ISSN 2409-563X

MEDICUS

International medical scientific journal

№ 3 (3), 2015

Founder and publisher:
Publishing House «Scientific survey»

The journal is founded in 2015 (January)

Volgograd, 2015

UDC 61
LBC 72

MEDICUS
International medical scientific journal, № 3 (3), 2015

The journal is founded in 2015 (January)
ISSN 2409-563X

The journal is issued 6 times a year

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Communications, Information Technology and Mass Communications.

Registration Certificate: ПИ № ФС 77 – 59575, 08 October 2014

EDITORIAL STAFF:

Head editor: Musienko Sergey Aleksandrovich
Executive editor: Manotskova Nadezhda Vasilyevna

Ivanova Olga Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences
Abdikarimov Serikkali Zholdasbaevich, Candidate of Medical Sciences
Komarovskikh Elena Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences
Lazareva Natalya Vladimirovna, Doctor of Medical Sciences

Authors have responsibility for credibility of information set out in the articles.
Editorial opinion can be out of phase with opinion of the authors.

Address: Russia, Volgograd, Angarskaya St., 17 "G"
E-mail: scimedicus@mail.ru
Website: http://scimedicus.ru/

Founder and publisher: Publishing House «Scientific survey»

© Publishing House «Scientific survey», 2015

UDC 61
LBC 72

MEDICUS
Международный медицинский научный журнал, № 3 (3), 2015

Журнал основан в 2015 г. (январь)
ISSN 2409-563X

Журнал выходит 6 раз в год

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС 77 – 59575 от 08 октября 2014 г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор: Мусиенко Сергей Александрович
Ответственный редактор: Маноцкова Надежда Васильевна

Иванова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук
Абдикаримов Сериккали Жолдасбаевич, кандидат медицинских наук
Комаровских Елена Николаевна, доктор медицинских наук
Лазарева Наталья Владимировна, доктор медицинских наук

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Адрес редакции: Россия, г. Волгоград, ул. Ангарская, 17 «Г»
E-mail: scimedicus@mail.ru
Website: http://scimedicus.ru/

Учредитель и издатель: Издательство «Научное обозрение»

© Publishing House «Scientific survey», 2015

CONTENTS

Biomedicine

Kalachev A.G., Aleshkevich V.V., Berdnikov D.V.,
Granitova L.V., Makarova I.N., Nikolaeva T.F., Pykhtina L.V., Timofeev V.V.
HEART RATE VARIABILITY EVALUATION OF TRACK-AND-FIELD ATHLETES 8

Veterinary

Siben A.N., Silivanova E.A.
PERSPECTIVES OF IMMUNOMODULATORS
APPLICATION WHILE REINDEERS DEWORMING 12

Internal diseases

Sonina E.V.
ANTIHYPERTENSIVE THERAPY EFFICIENCY
OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME 15

Gynecology

Litsova A.O., Peretyatko L.P., Malyshkina A.I.
CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF FAST-GROWING UTERINE FIBROIDS IN THE TREATMENT
OF PATIENTS BY AGONISTS OF GONADOTROPHIC RELEASING HORMONE 19

Samoilova A.V., Chernyshov V.V., Levitskaya V.M., Sidorov A.E.
NORMALIZATION OF HEMODYNAMICS IN WOMEN WITH CHRONIC
INFLAMMATORY DISEASES OF PELVIC ORGANS (HVZOMT) BY NON-DRUG METHODS 23

Cardiology

Zhazykbayeva L.K., Ospanova A.T.
NURSING CARE IN REHABILITATION OF PATIENTS
WITH ARTERIAL HYPERTENSION AFTER ACUTE
CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS (LITERATURE SURVEY) 26

Oncology

Egorova A.G., Ishcheryakov S.N., Osetrova O.V., Lipina Yu.V., Orlov A.E.
THE SITUATION OF PALLIATIVE CARE FOR ONCOLOGY PATIENTS
IN SAMARA OBLAST IN 2014 AND ITS DEVELOPMENT NECESSITY SUBSTANTIATION 32

Pediatry

Vorobyeva E.A., Gordeeva N.V., Filkina O.M.,
Dolotova N.V., Kuzmenko G.N., Sitnikova O.G., Nazarov S.B.
FEATURES OF SOMATIC PATHOLOGY, SEPARATE
FUNCTIONAL AND BIOCHEMICAL VALUES OF CHILDREN
OF EARLY AGE WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY 38

Ivanova O.N.
ADAPTIVE MECHANISMS OF CHILDREN'S
IMMUNE SYSTEM IN THE CONDITIONS OF FAR NORTH 41

Pavlova A.N., Makarova V.I.
HEALTH STATE OF TEENAGERS LIVING IN ECOLOGICALLY NEGLECTED ZONE 44

Pulmonology

Zhazykbayeva L.K., Inozemtseva O.V.
CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EFFICACY
OF THE TREATMENT OF I AND II GENERATION PATIENTS
WITH BRONCHIAL ASTHMA AFFECTED BY IONIZING RADIATION 48

Critical care medicine

Shen N.P., Lukin S.Yu., Boltaev P.G., Ushakov S.A., Skorokhodova L.A.
CLINICAL AND ECONOMIC EFFICIENCY OF EARLY SURGICAL RIBS STABILISATION
OF RIBCAGE NONPENETRATING TRAUMA WITH THE SOLUTION OF ITS CONTINUITY 51

Odontology

Telyaeva N.N., Karkabaeva K.O., Sultanova E.I.
THE ATTITUDE OF RHEUMATOLOGIC PATIENTS
OF THE KAZAKHS TOWARD THE VOLUME AND QUALITY
OF DENTAL SERVICE TO DATA OF SOCIOLOGICAL STUDIES..... 54

Hemadenology

Enkhzhargal Ya., Enkhtuul Ch., Batzorig B.,
Altaisankhan H., Angar D., Tserendagva D., Davaalkham D.
OUTCOMES OF DIABETES EDUCATION OF PATIENTS
WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN MONGOLIA 58

СОДЕРЖАНИЕ

Биомедицина

Калачев А. Г., Алешкевич В.В., Бердников Д.В., Гранитова Л.В., Макарова И.Н., Николаева Т.Ф., Пыхтина Л.В., Тимофеев В.В.
ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У СПОРТСМЕНОВ-ЛЕГКОАТЛЕТОВ 8

Ветеринария

Сибен А.Н., Силиванова Е.А.
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИИ СЕВЕРНЫХ ОЛЕНЕЙ 12

Внутренние болезни

Сонина Е.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 15

Гинекология

Лицова А.О., Перетятко Л.П., Малышкина А.И.
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЫСТРОРАСТУЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК АГОНИСТАМИ ГОНАДОТРОПНЫХ РИЛИЗИНГ-ГОРМОНОВ 19

Самойлова А.В., Чернышов В.В., Левицкая В.М., Сидоров А.Е.
НОРМАЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ХВЗОМТ) НЕЛЕКАРСТВЕННЫМИ МЕТОДАМИ 23

Кардиология

Жазыкбаева Л.К., Оспанова А.Т.
СЕСТРИНСКИЙ УХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) 26

Онкология

Егорова А.Г., Ищеряков С.Н., Осетрова О.В., Липина Ю.В., Орлов А.Е.
СОСТОЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 ГОДУ И ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ 32

Педиатрия

Воробьева Е.А., Гордеева Н.В., Филькина О.М., Долотова Н.В., Кузьменко Г.Н., Ситникова О.Г., Назаров С.Б.
ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ОТДЕЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА 38

Иванова О.Н.
АДАПТАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИММУННОЙ
СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА 41

Павлова А.Н., Макарова В.И.
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РАЙОНЕ 44

Пульмонология

Жазыкбаева Л.К., Иноземцева О.В.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ЛИЦ I, II ПОКОЛЕНИЯ,
ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ 48

Реаниматология

Шень Н.П., Лукин С.Ю., Болтаев П.Г., Ушаков С.А., Скороходова Л.А.
КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКТИКИ
РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕБЕР ПРИ ЗАКРЫТОЙ
ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ЕЕ КАРКАСА 51

Стоматология

Теляева Н.Н., Каркабаева К.О., Султанова Э.И.
ОТНОШЕНИЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КАЗАХСКОЙ
НАЦИОНАЛЬНОСТИ К ОБЪЕМУ И КАЧЕСТВУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 54

Эндокринология

Энхжаргал Я., Энхтуул Ч., Батзориг Б.,
Алтайсайхан Х., Ангар Д., Цэрэндагва Д., Даваалхам Д.
ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА 58

Biomedicine
Биомедицина

УДК 612.171.1

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У СПОРТСМЕНОВ-ЛЕГКОАТЛЕТОВ

А. Г. Калачев[1], В.В. Алешкевич[2], Д.В. Бердников[3], Л.В. Гранитова[4], И.Н. Макарова[5], Т.Ф. Николаева[6], Л.В. Пыхтина[7], В.В. Тимофеев[8]

[1] кандидат медицинских наук доцент, [2] кандидат медицинских наук, [3, 4, 5, 6, 7, 8] врач высшей категории

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Диагностический Центр Алтайского края» (Барнаул), Россия

Аннотация. *Проведен анализ показателей ВРС 2475-минутных фрагментов ЭКГ у 142 спортсменов, 93 мужчин и 49 женщин в возрасте от 14 до 32 лет. Исследование проводилось с использованием программно-аппаратного комплекса «Кардиотехника 04-М», «Поли-Спектр – 8Е/8В». По правилам международных стандартов для анализа были взяты записи, в которых источником ритма являлся синусовый узел. Анализировались показатели вариабельности сердечного ритма. Доказано, что при оценке показателей КИГ с увеличением возраста наблюдалась тенденция к более выраженному увеличению напряжения регуляторных систем.*

Ключевые слова: *спортсмены, выносливость, временные и спектральные показатели вариабельности сердечного ритма, индекс напряжения, вегетативная регуляция.*

Доказано, что достижение высоких спортивных результатов неразрывно связано с рациональным построением тренировочного процесса, при этом одним из наиболее важных его принципов является соответствие нагрузок текущему функциональному состоянию человека [2, 5].

Объективными критериями оценки уровня функциональной подготовленности спортсмена являются физиологические показатели, отражающие деятельность симпатического и парасимпатического отделов нервной системы человека, прежде всего, механизмы вегетативной регуляции сердечной деятельности [4]. Сбалансированная деятельность сердечно-сосудистой системы позволяет спортсмену, при наличии должного уровня мотивации, максимально использовать свой функциональный потенциал, обеспечивает необходимую экономизацию функций при работе на выносливость, определяет течение восстановительных процессов. Нарушение вегетативной регуляции сердечной деятельности, как правило, служит ранним признаком срыва адаптации организма к нагрузкам, ведет к снижению работоспособности [10].

В последние годы для оценки функционального состояния спортсменов все более популярным становится анализ вариабельности ритма сердца (ВРС), являющийся простым неинвазивным информативным методом исследования состояния вегетативной нервной системы [1, 8]. Как известно, ВРС является интегральным показателем функционального состояния сердечно-сосудистой системы и организма в целом [8, 11]. Низкие показатели ВРС, наблюдаемые при доминировании симпатического отдела вегетативной нервной системы, свидетельствуют о недостаточном восстановлении спортсменов, прежде всего, при тяжелых физических нагрузках, перетренированности, интоксикациях и других патоморфологических состояниях [9].

Существуют различные методы анализа ВРС. Среди них выделяют методы временного анализа, частотного анализа, вариационной пульсометрии. Временной и спектральный анализ ВРС позволяет получить наиболее ценную информацию о функциональном состоянии спортсменов в конкретный период времени и, в зависимости от его уровня, своевременно корректировать тренировочный процесс [2, 4, 9]. Из этого следует, что внедрение методов временного и спектрального анализа ВРС в практику подготовки спортсменов высокого уровня является необходимым и перспективным.

Для анализа вариабельности ритма сердца используют длительные (от 6 до 72 часов) и короткие (от 3 до 7 минут) записи. Оба способа не идеальны, но имеют определенные достоинства. Преимуществом коротких записей является возможность неоднократного амбулаторного исследования ВРС в течение одного тренировочного дня без установки у обследуемого дополнительного навесного оборудования. Значимость суточного (холтеровского) мониторирования обусловлена тем, что оно даёт возможность проанализировать ВРС за длительный непрерывный период времени. Представляется важным комплексное использование этих методов у спортсменов. Чаще всего, для оценки краткосрочного функционального состояния организма в конкретный временной тренировочный цикл используют короткие записи. Для оценки динамики роста или снижения рабо-

© Калачев А. Г., Алешкевич В.В., Бердников Д.В., Гранитова Л.В., Макарова И.Н., Николаева Т.Ф., Пыхтина Л.В., Тимофеев В.В. / Kalachev A.G., Aleshkevich V.V., Berdnikov D.V., Granitova L.V., Makarova I.N., Nikolaeva T.F., Pykhtina L.V., Timofeev V.V., 2015

тоспособности спортсмена в течение всего учебно-тренировочного процесса проводят длительные мониторирования ВРС, как правило, один раз в полгода.

Целью настоящего исследования являлось определение типичных значений показателей ВРС у спортсменов с помощью обоих методов.

Материалы и методы

Проведен анализ показателей ВРС 2678-минутных фрагментов ЭКГ у 142 квалифицированных действующих спортсменов, проходивших обследование в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» в 2009-2014 гг. В исследование были включены данные 93 мужчин (236 наблюдений) и 49 женщин (117 наблюдений) в возрасте от 14 до 32 лет. Спортсмены имели квалификационный разряд не ниже I взрослого. Средний возраст спортсменов составлял 21,3 ± 0,3 г.

Исследование проводилось с использованием программно-аппаратных комплексов «Кардиотехника 04-М» [7] и «Поли-Спектр – 8Е/8В». По правилам международных стандартов [12] для анализа были взяты только записи, в которых основным источником ритма являлся синусовый узел. Записи с миграцией ритма по предсердиям и блокадами сердца не рассматривались. Артефакты и нарушения ритма по типу экстрасистолии удалялись из электронной записи автоматическим и ручным методами.

Анализировались следующие временные показатели вариабельности сердечного ритма: частота сердечных сокращений (ЧСС), средняя длительность нормальных интервалов RR (RRNN), стандартное отклонение величин NN-интервалов, квадратный корень из разброса NN (SDNN), квадратный корень средних квадратов разницы между смежными RR-интервалами (RMSSD), процент интервалов смежных NN, отличающихся более, чем на 50 мс (pNN50 %), коэффициент вариации ряда последовательных кардиоинтервалов, (SDNN/RRNN×100 %= CV – коэффициента вариации ряда последовательных кардиоинтервалов).

Среди показателей спектрального (частотного) анализа оценивались общая мощность спектра, мощность высокочастотного (HF), низкочастотного (LF) и очень низкочастотного (VLF) компонентов, доля (в %) указанных компонентов в общей мощности спектра, а также мощность HF и LF-волн в нормализованных единицах и соотношение LF/HF.

Использовались следующие показатели кардиоинтервалографии (КИГ): Мо (мода – наиболее часто встречающиеся значения RR-интервала), АМо (амплитуда моды – процент кардиоинтервалов RR, соответствующий значению моды); ВР (вариационный размах – разность между длительностью наибольшего и наименьшего RR-интервалов). На их основе рассчитывались индексы, предложенные Р.М. Баевским и нашедшие широкое применение для оценки процессов регуляции и степени адаптации сердечно-сосудистой системы к агрессивным факторам [2]: ИВР – индекс вегетативного равновесия (ИВР = АМо/ВР); ПАПР – показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР = АМо/Мо); ВПР – вегетативный показатель ритма (ВПР = 1/Мо×ВР); ИН – индекс напряжения регуляторных систем (ИН = АМо/2×ВР×Мо), а также оценкой величины реактивности «К» – индекс напряженности, которая определяется как отношение ИН2 в положение стоя к ИН1 – в положение лежа (К = ИН2/ИН1), и показывает к какому типу реактивности относится система данного организма [3, 6]. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы Statistica 6,0. Множественные парные сравнения проводили с использованием критерия Ньюмена-Кейлса.

Результаты и обсуждения

Первоначально все спортсмены были разделены по полу и возрасту. Поскольку достоверных различий результатов исследования ВРС у мужчин и женщин не было выявлено, при анализе показателей они были объединены в одну группу. Все обследованные были разделены на подгруппы по возрасту следующим образом: 14-21 лет, 22-26 лет, 27-32 лет. Значения показателей ВРС у спортсменов по временному, спектральному и анализу показателей вариабельности сердечного ритма по Р.М. Баевскому с учетом возраста представлены в таблицах 1, 2, 3.

Соотношение индексов напряженности ($ИН_1/ИН_2$) составляло 7,5 раза при норме до 3,00 – что говорит о повышенной реактивности организма на нагрузку.

Таблица 1

Показатели временного анализа вариабельности ритма сердца у спортсменов

Показатели	Возрастные группы (лет)		
	14-21	22-26	27-32
ЧСС, уд. / мин	55,5-74,6	54,7-73,1	53,4-74,5
RRNN, мс	864,2-1241,8	837,5-1198,7	849,4-1211,2
RMSSD, мс	48,2-112.4	49,3-118,5	37,4-109,8
pNN50%	29,6-70,1	27,4-49,8	11,3-23,9

Таблица 2

Показатели спектрального анализа вариабельности ритма сердца у спортсменов

Показатели	Возрастные группы (лет)		
	14-21	22-26	27-32
VLF, мс²	711-2299	769-2401	501-1997
LF мс²	524-1587	601-1644	347-1211
HF мс²	599-2301	467-2265	266-1987

Таблица 3

Показатели вариабельности сердечного ритма у спортсменов в покое и ортостатической пробе (ОП) (по Р.М. Баевскому)

Показатели	Возрастные группы (лет)					
	14-21		22-26		27-32	
	Покой	ОП	Покой	ОП	Покой	ОП
МО, с	0,82-,16	0,51-0,97	0,94-0,17	0,92-1,01	0,91-1,5	0,93-1,32
АМО, %	28.8-31.7	43,7-82,7	29,1-34,8	37,1-39,7	37,2-41,1	39,9-44,2
Ме, с	0,93-1,01	0,89-1,01	0,89-0,97	0,99-1,00	0,95-1,03	0,99-1,02
ВР, с	0,41-0,43	0,19-0,23	0,42-0,45	0,25-0,28	0,34-0,37	0,17-0,21
ИВР, у.е.	50,9-53,1	221-241	55,4-5,92	287-299	82,3-91,2	344-371
ПАПР, у.е.	24,3-27,8	69,7-72,6	26,4-30,1	68,1-71,4	39,5-41,2	80,1-84,3
ВПР, у.е.	2,29-3,12	6,42-6,57	2,27-2,30	6,47-6,55	2,31-2,34	6,78-6,83
ИН, у.е.	34,3-37,2	197,4-204,1	41,8-44,9	217,2-224,6	42,1-45,3	221,7-229,3

Выводы

При анализе показателей в подгруппах спортсменов можно отметить следующее. С увеличением возраста наблюдалось снижение ЧСС (с 57 уд/мин в 1 подгруппе до 54 уд/мин в 3 подгруппе, однако эти различия не были статистически значимыми. Показатели временного анализа ВРС изменялись с тенденцией к уменьшению. Так, медиана значений RMSSD – 63,7 мс и 37,1 мс; pNN50 % – 47,4 % и 22,6 %. Между 1 и 2 подгруппами, с одной стороны, и 3 подгруппой, с другой, различия по этим показателям были статистически значимы ($p < 0,001$). При анализе показателей спектрального анализа можно отметить, что более высокими были значения VLF-, LF- и HF- компонентов. Статистически высоко значимые различия между этими подгруппами имели значения показателей общей спектральной мощности записи во всех диапазонах (0,003-0,4 Гц) –(TP), VLF, LF, HF ($p < 0,001$). Таким образом, с увеличением возраста у спортсменов достоверно снижалась мощность всех составляющих спектральной составляющей временного анализа вариабельности сердечного ритма. Во 2 подгруппе показатели ВРС имели преимущественно промежуточные (между 1 и 3 подгруппой) значения. При оценке показателей КИГ с увеличением возраста наблюдалась тенденция к более выраженному увеличению напряжения регуляторных систем. Так, значения ИН статистически значимо увеличились в 3 подгруппе, по сравнению с 1 подгруппой. Также статистически значимо увеличились значения АМо, ИВР и ПАПР. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что с увеличением возраста, несмотря на активную тренировочную деятельность, у спортсменов наблюдалось постепенное снижение вегетативных влияний на ритм сердца – уменьшение активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы, что приводит к увеличению напряжения регуляторных систем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баевский, Р. М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: метод. рекомендации / Р. М. Баевский [и др.]. – М., 2002. – 53 с.

2. Баевский, Р. М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе / Р. М. Баевский [и др.]. – М. : Наука, 1984. – 219 с.

3. Баевский, Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – М. : Медицина, 1997. – 265 с.

4. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и практическое применение: тез. докл. IV всерос. симп. / отв. ред. Н. И. Шлык, Р. М. Баевский. – Ижевск, 2008. – 344 с.

5. Земцовский, Э. В. Функциональная диагностика состояния вегетативной нервной системы / Э. В. Земцовский [и др.]. – СПб. : ИНКАРТ, 2004. – 80 с.

6. Коркушко, О. В. Методы анализа и возрастные нормы вариабельности ритма сердца: метод. рекомендации / О. В. Коркушко [и др.]. – Киев, 2003. – 25 с.

7. Макаров, Л. М. Холтеровское мониторирование / Л. М. Макаров. – М. : Медпрактика, 2008. – 456 с.

8. Михайлов, В. М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода / В. М. Михайлов. – Иваново, 2002. – 290 с.

9. Рябыкина, Г. В. Вариабельность ритма сердца / Г. В. Рябыкина, А. В. Соболев. – М. : Оверлей, 2001. – 200 с.

10. Berkoff, D. J. Heart rate variability in elite American track-and-field athletes / D. J. Berkoff [et al.] // J. Strength Cond. Res. 2007. – Vol. 21. – № 1. – P. 227–231.

11. Sztajzel, J. Heart rate variability: a noinvasive electrocardiographic method to measure the autonomic nervous system / J. Sztajzel // Swiss Med System. – 2004. – Vol. 134. – P. 514–522.

12. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. Heart rate variability. Standarts of Measurement. Physiological interpretation and clinical use // Circulation., 1996. – V. 93. – P. 1043–1065.

Материал поступил в редакцию 15.04.15.

HEART RATE VARIABILITY EVALUATION OF TRACK-AND-FIELD ATHLETES

A.G. Kalachev[1], V.V. Aleshkevich[2], D.V. Berdnikov[3], L.V. Granitova[4], I.N. Makarova[5], T.F. Nikolaeva[6], L.V. Pykhtina[7], V.V. Timofeev[8]
[1] Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, [2] Candidate of Medical Sciences,
[3, 4, 5, 6, 7, 8] Physician of Superior Merit
Altai Krai Diagnostic Center (Barnaul), Russia

Abstract. *In this article, the analysis of HRV factors of ECG 2475-minute fragments of 142 athletes, 93 males and 49 females at the age from 14 to 32 years old. The research was conducted with the usage of hardware-software complex "Kardiotekhnika 04-M", "Poli-Spektr – 8E/8B". According to the international standards the notes in which the source of rhythm was sinoatrial node are analyzed. The factors of HRV are analyzed. It is proved that during the cardiointerval recording evaluation there is a tendency of more intense exertion of regulatory systems according to the age increment.*

Keywords: *athletes, endurance, time and spectral index of heart rate variability, tension index, autonomic regulation.*

Veterinary
Ветеринария

УДК 619 615.275.4 636.294

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИИ СЕВЕРНЫХ ОЛЕНЕЙ

А.Н. Сибен[1], Е.А. Силиванова[2]

[1] кандидат ветеринарных наук, доцент кафедры общей биологии Агротехнологического института, старший научный сотрудник лаборатории энтомозов животных, [2] кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории ветеринарных проблем в животноводстве, доцент кафедры экологии и генетики
[1] ФГБОУ ВПО «Государственный аграрный университет Северного Зауралья» (Тюмень),
[1, 2] ФГБНУ «Всероссийский научно-исследовательский институт ветеринарной энтомологии и арахнологии» (Тюмень), [2] ФГБОУ ВПО Тюменский государственный университет, Россия

Аннотация. *В статье рассмотрены вопросы возможности применения иммуномодуляторов при дегельминтизации северных оленей. Дана краткая характеристика основных групп иммуномодуляторов, с перспективой их применения в ветеринарной практике. Отмечено, что вследствие особенностей ведения северного оленеводства перспективным является изучение действия и отработка схем применения таких препаратов, как Ронколейкин, Гамавит, Имунофан, Риботан при дегельминтизации животных.*

Ключевые слова: *иммуномодуляторы, иммунитет, инвазионные болезни, дегельминтизация, северные олени.*

Широкое распространение инвазионных болезней северных оленей наносит значительный экономический ущерб оленеводческой отрасли хозяйства [4]. Гельминты, паразитируя в различных органах и тканях кишечника животных, вызывают тяжелые патологические изменения, часто необратимые, приводят к снижению продуктивности, выживаемости молодняка и воспроизводства оленей [9].

Особенностью иммунного ответа при гельминтозах является его слабая специфичность, обусловленная гетерогенностью антигенов гельминтов и наличием у них наряду с видо- и стадиеспецифическими антигенами, составляющими лишь незначительную часть антигенной мозаики, множества антигенов, перекрестно реагирующих с антигенами других, таксономически не только близких, но и далеких по систематическому положению видов, а также с антигенами хозяина. Литературные данные [1, 2] свидетельствуют об иммуносупрессивном действии гельминтов на организм хозяина. В основе этого явления лежит способность гельминтов подавлять защитные реакции хозяина к другим инфицирующим его агентам, угнетать Т- и В-лимфоцитарное звено иммунитета.

Для лечения иммунодефицитных состояний, вызванных в том числе паразитарными инвазиями, а также для профилактики инфекционных заболеваний применяются иммуномодуляторы – лекарственные препараты, восстанавливающие функции иммунной системы. При этом следует учитывать, что некоторым иммуномодуляторам присущи антивирусные, адаптогенные, детоксицирующие и антиоксидантные свойства. Эффект от применения иммуномодуляторов зависит от множества факторов: химическая структура иммуномодулятора, доза, способ и схема введения, исходное состояние организма и т. д.

Целью настоящей работы является поиск и анализ свойств современных иммуномодуляторов для использования при дегельминтизации северных оленей с целью коррекции иммунного статуса и увеличения эффекта дегельминтизации.

Материалы и методы.

С целью выбора иммунокорректоров был проведен анализ научно-технической информации и имеющихся на рынке ветеринарных препаратов, обладающих иммунокорегирующим эффектом.

Результаты исследования.

Анализ рынка ветеринарных препаратов показал наличие большого количества иммуномодуляторов различного происхождения и отличающихся механизмом действия на организм животных.

Классификация иммуномодулирующих веществ, характеристики их основных групп подробно описаны в ряде работ [6, 7, 8]. Иммуномодуляторы классифицируют в зависимости от их состава, происхождения, мишеней приложения и механизма действия.

Основными группами модуляторов в зависимости от происхождения являются микробные продукты (рибомунил, бронхомунал, натрия нуклеинат, гликопин, сальмозан и др.), продукты животного происхождения (тактивин, тимостимулин, лейкинферон, миелопид, деринат, риботан, полиферрин А и др.), растительные про-

© Сибен А.Н., Силиванова Е.А. / Siben A.N., Silivanova E.A., 2015

дукты (иммунал, эхинацин, элеутерококк и др.) и химически чистые соединения (полиоксидоний, левамизол и др.). Подразделяют также иммунотропные препараты на естественные (продукты или экстракты живых организмов), синтетические (созданные химическим путем аналоги веществ эндогенного происхождения – тимоген, иммунофан, полудан, анандин и др.), рекомбинантные (продуцируемые модифицированными живыми организмами с последующим выделением и очисткой – реаферон, ронколейкин, беталейкин). В ветеринарной практике иногда выделяют в отдельную группу комплексные иммуномодуляторы – гамавит, мастим-OL, риботан. По воздействию на иммунную систему различают препараты, преимущественно воздействующие на Т-лимфоциты или В-лимфоциты (пролиферация, дифференцировка, функциональная активность); препараты, преимущественно влияющие на фагоцитарную активность, показатели врожденного иммунитета; препараты, оказывающие влияние на межклеточную кооперацию (цитокины). Такое подразделение в известной степени условно, т.к. все звенья иммунитета находятся в тесной взаимосвязи.

Применение иммуномодуляторов при гельминтозах животных имеет ряд особенностей. Как правило, при гельминтозах необходимо восстановить функции иммунной системы и других систем организма уже после проведенной дегельминтизации [3]. Известно, что токсическое воздействие на организм оказывают не только антгельминтики, но и продукты распада гельминтов, снижающие иммунитет и вызывающие аллергические реакции. В связи с этим особое значение при гельминтозах приобретают иммуномодуляторы, обладающие одновременно детоксикантной и/или антиоксидантной активностью. К таким препаратам относится гамавит, обладающий детоксикационными свойствами. Изучив эффективность применения гамавита для повышения иммунного статуса у коров и их потомства, исследователи [5] отмечают увеличение фагоцитарного индекса и фагоцитарной активности нейтрофилов в крови животных, усиление лизоцимной и бактерицидной активности сыворотки крови, активацию Т- и В-клеточного звена иммунитета под влиянием гамавита.

Перспективным направлением в иммунотерапии является применение веществ, воздействующих на межклеточную кооперацию – цитокинов, тимических гормонов и индукторов синтеза эндогенного интерферона. В этом отношении представляет интерес ронколейкин, являющийся рекомбинантным интерлейкином и зарекомендовавший себя в разных областях животноводства, а также иммунофан, синтетический аналог фрагмента тимопоэтина. Имеются литературные данные о повышении эффективности ронколейкина при совместном применении с фоспренилом или гамавитом.

Проведение массовых лечебно-профилактических мероприятий в условиях тундры представляет собой трудоемкий процесс, связанный с большими денежными затратами, так как в основном доставка препаратов и специалистов осуществляется на вертолетах. С экономической точки зрения выгодно совмещать противопаразитарные обработки (дегельминтизацию, раннюю химиотерапию эдемагеноза), иммунизацию и другие профилактические мероприятия (применение иммуномодуляторов, витаминотерапия и т.д.).

В связи с указанными особенностями оленеводства применение иммодуляторов должно отвечать требованиям:

1.возможность однократного применения препарата и продолжительное его действие;

2.совместимость с другими лекарственными препаратами (антгельминтиками, инсектоакарицидами и т.д.).

Заключение.

Таким образом, при проведении дегельминтизации северных оленей с целью коррекции иммунного ответа, снижения токсического действия продуктов распада паразитов на организм животных наиболее целесообразно изучение действия иммуномодуляторов из разных групп, для отработки схем применения, таких как ронколейкин, гамавит, иммунофан, риботан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Даугалиева, Э. Х. Иммунный статус и пути его коррекции при гельминтозах сельскохозяйственных животных / Э. Х. Даугалиева, В. В. Филлипов. – М. : Агропромиздат, 1991. – 188 с.

2. Ершов, В. С. Проблемы ветеринарной иммунологии / В. С. Ершов – М. : Агропромиздат, 1985. – С. 17–22.

3. Санин, А. В. Особенности применения иммуномодуляторов при паразитарных инвазиях / А. В. Санин, О. Ю. Сосновская, В. Ю. Санина и др. // Ветеринария Кубани, 2010. – №2. – С. 15–18.

4. Сивков, Г. С. Нозографии инвазионных болезней северных оленей Ямала / Г. С. Сивков, А. В. Сергушин, М. В. Лещев // Труды Всероссийского научно-исследовательского института ветеринарной энтомологии и арахнологии. Тюмень, 2006. – № 48. – С. 3–19.

5. Топурия, Г. М. Иммунный статус крупного рогатого скота при применении гамавита / Г. М. Топурия, Л. Ю. Топурия // Известия Оренбургского государственного аграрного университета, 2011. – Т.1, № 29-1. – С. 69–71.

6. Топурия, Л. Ю. Основные принципы иммунокоррекции в ветеринарной медицине / Л. Ю. Топурия, Г. М. Топурия // Ветеринария Кубани, 2010. – №4. – С.3–4.

7. Федоров, Ю. Н. Иммунокоррекция: применение и механизм действия иммуномодулирующих препаратов / Ю. Н. Федоров // Ветеринария, 2005. – №2. – С. 3–6.

8. Хаитов, Р. М. Иммуномодуляторы: механизм действия и клиническое применение / Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин // Иммунология, 2003. – № 4. – С.196–202.

9. Albon, S. D. The role of parasites in the dynamics of a reindeer population / S. D. Albon, A. Stien et al. // Proc.R.Soc.Lond. B., 2002. – N. 269. – P. 1625–1632.

Материал поступил в редакцию 23.04.15.

PERSPECTIVES OF IMMUNOMODULATORS APPLICATION WHILE REINDEERS DEWORMING

A.N. Siben[1], E.A. Silivanova[2]
[1] Candidate of Veterinary Science, Associate Professor of General Biology
Department of Agrotechnological Institute, Senior Researcher of Animals Myiosis Laboratory
[2] Candidate of Biological Science, Leading Researcher of Animal Husbandry Veterinary Problems Laboratory,
Associate Professor of Ecology and Genetics
[1] State Agrarian University of Northern Zauralye (Tyumen),
[1, 2] All-Russia Research Institute for Veterinary Entomology and Arachnology (Tyumen),
[2] Tyumen State University, Russia

Abstract. *In this article, the opportunities of immunomodulators application while deworming reindeers are considered. The brief characteristic of the basic groups of immunomodulators is determined and prospects of their usage in veterinary practice as well. The authors note that due to the peculiarities of reindeers breeding the effect study and testing of usage scheme of such drugs as Roncoleukin, Gamavit, Imunofan, Ribotan while animals deworming is promising.*

Keywords: *immunomodulators, immunity, parasitic diseases, deworming, reindeers.*

Internal diseases
Внутренние болезни

УДК 615.225.2 616 – 008.9 – 085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Е.В. Сонина, кандидат медицинских наук, доцент
ГУ «Луганский государственный медицинский университет» (Луганск), Украина

Аннотация. *Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний как изолированно, так и в комбинации даже при незначительной своей выраженности повышают риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Повышенные цифры артериального давления у больных с излишней массой тела, дислипидемией, инсулинорезистентностью, абдоминально-висцеральным ожирением и ранний атеросклероз в совокупности определяют понятие метаболического синдрома. Один или несколько неблагоприятных факторов определяют группу пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых катастроф. Поэтому, в лечении артериальной гипертензии (АГ) у больных с метаболическим синдромом (МС) необходимо использовать патогенетически обоснованную комбинацию гипотензивных препаратов в сочетании с базисной терапией.*

Ключевые слова: *ишемическая болезнь сердца, метаболический синдпом, престариум, би-престариум.*

Актуальность темы. Метаболический синдром, включающий абдоминально-висцеральное ожирение, инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемию, дислипидемию, АГ, нарушение толерантности глюкозы (НТГ), микроальбуминурию и ранний атеросклероз, играет важную роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [8, 9, 12]. Патофизиологически этот синдром представляет собой сочетание гормональных и метаболических нарушений, которые в конечном итоге у большинства больных реализуются в конкретные нозологические формы: в том числе сахарный диабет 2-го типа и ИБС. Распространенность МС, составляет от 14 до 24 % в общей популяции и увеличивается с возрастом, являясь серьезной проблемой здравоохранения во всем мире [1, 2, 13]. К 2025 году прирост числа пациентов с этим синдромом составит около 50 % [5, 9, 14]. Следует заметить, что эффективность лечения МС, как и любого хронического состояния, тесно связана с его продолжительностью. Поэтому достижение максимальных положительных результатов лечения можно ожидать лишь на начальных стадиях его развития. Раннее выявление и лечение синдрома занимает ведущее место в предупреждении инфаркта миокарда и других осложнений ССЗ, а также в профилактике СД [3, 6, 10].

Течение ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с СД 2-г типа отличается выраженной агрессивностью. При одном и том же количестве традиционных факторов риска смертность от ИБС у больных СД 2-го типа значительно выше. Так, при стенокардии и инфаркте миокарда смертность больных СД 2-го типа в 2-4 раза превышает соответствующие показатели у лиц в общей популяции. Особенно часто летальный исход у этих больных наблюдается при нарастающих явлениях застойной сердечной недостаточности [4, 7, 110]. Кроме того, 30-70 % сосудистых осложнений при СД 2-го типа сопровождается присоединением АГ.

Следовательно, сочетание ИБС, СД 2-го типа, АГ, ожирения и дислипидемии у больных с МС определяет их в группу пациентов с высоким и очень высоким риском развития фатальных осложнений. В лечении этих больных необходимо использовать патогенетически обоснованные комбинации гипотензивных препаратов в комплексе с базисной терапией коморбидной патологии.

Цель работы: оптимизировать лечение АГ у больных с МС. Для чего сравнить эффективность влияния ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (престариума) с комбинацией, включающей ингибитор ангиотензинпревращающего фермента и антагонист кальция (би-престариумом), у больных с сочетанием ИБС, ГБ и СД 2-го типа. Материалы и методы исследования. В условиях инфарктного отделения Луганской городской клинической многопрофильной больницы №1 обследованы 24 больных (12 мужчин и 12 женщин) с сочетанной патологией. У всех пациентов диагностирована стабильная стенокардия напряжения III фк в сочетании с ГБ II стадии и СД 2-го типа. Коморбидное течение болезни было осложнено сердечной недостаточностью (СН) II А стадии, ФК II. Согласно критериям Европейского общества кардиологов, эти пациенты принадлежат к группам высокого и очень высокого риска. Возраст больных составил от 40 до 68 лет (средний возраст 59,5 ± 1,6 года). Все они имели избыточную массу тела. Индекс массы тела (ИМТ) у мужчин составил 25,8 ± 1,7 кг / м2, у женщин – 26 ± 1,4 кг / м2 (норма 18,5-25,0 кг / м2).

При обследовании учитывались: пол, возраст, масса тела, ИМТ, систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений (ЧСС). Исследовались биохимические показатели крови: глюкоза, креатинин, липидный спектр (уровень общего холестерина (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеины

© Сонина Е.В. / Sonina E.V., 2015

низкой плотности (ЛПНП). Рассчитывался индекс атерогенности (ИА). По формуле Кокрофта-Голта определялась скорость клубочковой фильтрации. Из инструментальных методов использовались электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭХО КС). В М и В-режимах определялись конечный систолический (КСО) и конечный диастолический объемы (КДО), а также фракция выброса (ФВ).

Полученные результаты обработаны на персональном компьютере Core 2 Duo 2, 66 GHz, Microsoft Windows^{xp} professional с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof и Statistica, расчитанных на обработку медицинской информации методом вариационной статистики.

Все больные получали базисную терапию: антикоагулянты, диуретики, бета-блокаторы, статины, бигуаниды.

В соответствии с целью работы методом случайной выборки сформированы две подгруппы наблюдения. Первая подгруппа (12 больных) дополнительно к базисной терапии принимала престариум (Сервье) в дозе 10 мг / сутки. Вторая подгруппа (12 больных) дополнительно к базисной терапии принимала би-престариум (Сервье) (10мг / 10 мг / сут).

Результаты обследования и их обсуждение. Метаболический синдром (МС) у обследованных больных представлен сочетанием стенокардии III ф.к., ГБ II стадии в сочетании с СД 2го типа. Клиника сердечной недостаточности (СН) у них соответствовала II А стадии и III фк. Длительность стенокардии анамнестически составляла от 5 до 7 лет. Анамнез сопутствующей АГ II стадии был около 10 лет. Сахарным диабетом 2-го типа пациенты страдали от 3 до 5 лет. Индекс массы тела в группе обследованных был повышенным и соответствовал 27,6 ± 3,3кг / м2.

Несмотря на нозологическую однородность общей группы больных, сформированные из них подгруппы имели некоторые различия.

Так, гемодинамически первая подгруппа представлена следующим образом: частота сердечных сокращений (ЧСС) у 6 больных составляла в среднем 76 ударов в минуту и у 6 больных – свыше 100 ударов в минуту. Артериальное давление (АД) в этой подгруппе составило 178 / 105 мм рт. ст.

Уровень гликемии крови натощак соответствовал 7,4 ± 3,4ммоль / л, К- крови – 4,9 ± 3,8 ммоль / л. У 8 больных выявлен комбинированный тип дислипопротеинемии (IIа по классификации Fredrixon) и у 4 –IУ тип (гипертриглицеридемия). При этом уровень ОХ превышал норму в 0,5 раз, ТГ – в 0,3 раза при одновременном повышение уровня ЛПНП, что сопровождалось увеличением ИА до 4,3 ± 3,9. Креатинин плазмы крови в подгруппе был в пределах 103 ± 3,8ммоль / л. Скорость клубочковой фильтрации – 81,3 ± 5,8 мл / мин (таблица 1).

При поступлении на ЭКГ у 7 больных этой подгруппы регистрировались политопные желудочковые экстрасистолы, у 4 больных – блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса (БПВЛНпГ). Эхокардиографически КДО составил 142,5 ± 5,14 мл, КСО – 69 ± 5,9 мл и ФВ – 48,4 ± 5,8 %.

Вторая подгруппа больных гемодинамически характеризувалась следующими показателями: ЧСС у 7 больных в среднем был73 в минуту, у 5 больных – 110 ударов в минуту. Артериальное давление в подгруппе было в среднем 181 / 98 мм рт. ст.

Уровень гликемии крови натощак в подгруппе составлял 7,6 ± 4,1ммоль / л, К- крови – 5,1 ± 3,5 ммоль / л. У 6 больных выявлен комбинированный тип дислипопротеинемии (IIа по классификации Fredrixon) и у 6 – гипертриглицеридемия (IУтип). Уровень ОХ у этих больных превышал норму в 0,4 раз, ТГ – в 0,4 раза при одновременном повышении уровня ЛПНП и увеличении ИА до 4,6 ± 3,7. Креатинин в плазме крови составлял 109 ± 3,6ммоль / л. Скорость клубочковой фильтрации достигалала 78,3 ± 5,9 мл / мин.

На ЭКГ при поступлении у больных второй подгруппы регистрировались единичные и групповые желудочковые экстрасистолы – (7) и у 4 больных – БПВЛНпГ. Эхокардиографически составляет КДО 142 ± 6,7 мл, КСО 69 ± 5,8 мл, ФВ – 51,4 ± 5,9 %.

Результаты исследования больных первой подгруппы, принимавших кроме базисного лечения престариум, свидетельствуют о позитивном влиянии на клиническое течение заболевания. Артериальное давление у них снизилось до 135 ± 3,8 мм рт. ст. ($p < 0,05$). Частота сердечных сокращений к окончанию стационарного периода лечения в среднем составила 75 ± 2,6 ударов в минуту. Индекс массы тела снизился до 25,8 ± 2,9 кг / м2 в сравнении с 27,6 ± 3,3кг / м2 ($p < 0,05$) (таблица 1).

Уменьшилась гликемия натощак до 6,9 ± 2,4 ммоль / л ($p > 0,05$)., К-крови – до – 4,5 ± 2,6 ммоль / л ($p < 0,05$).

Включение в комплекс лечения престариума позволило снизить концентрацию в плазме крови ОХ на 8 %, ТГ – на 6 % ЛПНП – на 6 % (таблица 2). В результате чего ИА составил 3,2 ± 2,7 против 4,3 ± 3,9 исходно ($p < 0,05$). Уровень креатинина в крови снизился до 94,3 ± 3,8 ммоль / л при исходном показателе 109 ± 3,8 ммоль / л ($p < 0,05$). Скорость клубочковой фильтрации существенно не изменилась.

У3 больных имевших политопные желудочковые экстрасистолы, после лечения оставались единичные желудочковые экстрасистолы. Престариум не оказал существенного влияния на имевшиеся нарушения проводимости.

Изменения эхокардиографических показателей при наличии положительной тенденции не достигло уровня достоверности.

Следовательно, в подгруппе больных, стабильно получавших престариум, достигнута положительная динамика в виде снижения систолического АД при нормализации ЧСС. Также уменьшился ИМТ. Однако, оста-

вался повышенным. уровень глюкозы крови натощак. При этом престариум достоверно снизил показатели липидного спектра (ОХ на 8 %, ТГ на 6 %, ЛПНП на 6 %), что привело к снижению ИА (таблица 2). Уровень креатинина в крови оставался повышеным, недостаточно увеличилась СКФ.

Во второй подгруппе, принимавшей дополнительно к базисной терапии би-престариум, уровень АД нормализовался до 123 ± 2,7 мм рт. ст. ($p < 0,05$), ЧСС достигла 70 ± 2,8 ударов в минуту ($p < 0,05$) Индекс массы тела достоверно снизился до 24,5 ± 2,6 кг / м2 в сравнении с исходным – 26,9 ± 3,6 кг / м2 (таблица 1).

Гликемия крови натощак существенно снизилось и достигло 5,5 ± 2,4ммоль / л ($p < 0,05$). Калий крови также достоверно снизился до 4,3 ± 2,8 ммоль / л Показатель ОХ снизился на 9 %, ТГ – на 7 %, ЛПНП – на 5 %, в результате чего ИА уменьшился до 3,0 ± 2,7. Уровень креатинина крови после лечения в подгруппе составил 86,2 ± 4,6 ммоль / л при исходнм показателе – 112 ± 3,6ммоль / л ($p < 0,05$). Лечение значительноувеличило СКФ до 85 ± 5,9 мл / мин при исходном – 78,3 ± 5,4 мл / мин (таблица 2).

На ЭКГ после лечения регистрировались лишь единичные желудочковые экстрасистолы у 2 больных. На нарушения проводимости би-престариум влияния не оказал. Изменения эхокардиографических показателей при наличии положительной тенденции не достигло уровня достоверности.

Следовательно, в подгруппе больных, стабильно получавших би-престариум, достигнута положительная динамика в виде нормализации систолического АД, ЧСС. Достигнуто снижение ИМТ. Уровень гликемии крови натощак нормализован, при этом би-престариум достоверно снизил показатели липидного спектра (ОХ на 9 %, ТГ на 7 %, ЛПНП на 5 %), что привело к нормализации ИА (таблица 2). После лечения нормализовался уровень креатинина в крови, увеличилась СКФ

Таблица 1

Влияние лечения на гемодинамические показатели и ИМТ у больных с МС

Показатели	Группа А (n = 12)			Группа В (n = 12)			
	До лечения	После лечения	Р	До лечения	После лечения	Р	Р1
ИМТ, кг / м^2	27,6 ± 3,3	25,8 ± 2,9	(p < 0,05)	26,9 ± 3,6	24,5 ± 2,6	(p < 0,05)	(p < 0,05)
САД, мм рт. ст.	178,9 ± 3,6	135 ± 3,8	(p < 0,05)	181,4 ± 3,5	123 ± 2,7	(p < 0,05)	(p < 0,05)
ЧСС, уд / мин	97 ± 4,5	75 ± 2,6	(p < 0,05)	99 ± 4,5	70 ± 2,8	(p < 0,05)	(p < 0,05)

Р – достоверность показателей до и после лечения; Р1 – достоверность показателей в группах после лечения.

Таблица 2

Изменения биохимических показателей у больных МС под. влиянием лечения

Показатели	Группа А (n = 12)			Группа В (n = 12)			
	До лечения	После лечения	Р	До лечения	После лечения	Р	Р1
ОХ, ммоль / л	6,7 ± 2,6	5,7 ± 3,4	(p < 0,05)	6,6 ± 2,5	5,3 ± 2,6	(p < 0,05)	(p > 0,05)
ТГ, ммоль / л	1,9 ± 3,3	1,7 ± 2,5	(p > 0,05)	1,81 ± 2,5	1,61 ± 2,7	(p > 0,05)	(p > 0,05)
ИА	4,3 ± 3,7	3,2 ± 2,7	(p < 0,05)	4,6 ± 3,7	3,0 ± 2,7	(p < 0,05)	(p < 0,05)
Сахар крови, ммоль / л	7,4 ± 4,1	6,9 ± 2,4	(p < 0,05)	7,6 ± 3,7	5,5 ± 2,4	(p < 0,05)	(p < 0,05)
К, ммоль / л	5,1 ± 3,5	4,5 ± 2,6	(p < 0,05)	5,1 ± 3,5	4,3 ± 2,8	(p < 0,05)	(p > 0,05)
Креатинин ммоль / л	109 ± 3,6	94,3 ± 3,8	(p < 0,05)	112 ± 3,6	85,2 ± 2,9	(p < 0,05)	(p < 0,05)
СКФ, мл / мин	78 ± 5,9	82,4 ± 5,2	(p > 0,05)	78,3 ± 5,4	85 ± 5,9	(p < 0,05)	(p < 0,05)

Р – достоверность показателей до и после лечения; Р1 – достоверность показателей в группах после лечения.

Использование престариума в лечении коморбидной патологии способствует снижению систолического АД, нормализации ЧСС, уменьшению ИМТ. Однако, остается повышенным. уровень глюкозы крови натощак. При этом достоверно снижаются показатели липидного спектра (ОХ на 8 %, ТГ на 6 %, ЛПНП на 6 %), что приводит к уменьшению ИА. Уровень креатинина в крови остается повышеным. Недостаточно увеличивается СКФ.

У больных, стабильно получавших би-престариум, нормализуется систолическое АД, ЧСС. Достигнуто снижение ИМТ. Уровень гликемии крови натощак нормализовано, при этом достоверно снизились показатели липидного спектра (ОХ на 9 %, ТГ на 7 %, ЛПНП на 5 %), что привело к нормализации ИА. После лечения нормализовался уровень креатинина в крови, увеличилась СКФ.

Перспективы дальнейших исследований. Результаты, полученные при проведении данного исследования, могут быть использованы специалистами для более эффективного гипотензивного эффекта у больных с метаболическим синдромом**.**

Выводы:

1. Артериальная гипертензия у больных с метаболическим синдромом, сочетаясь с множественными дополнительными факторами риска, протекает в агрессивной форме (высокий и очень высокий сосудистый риск) и приводит к ранним и частым осложнениям.

2. Использование престариума в комплексном лечении способствует снижению систолического АД, нормализации ЧСС, уменьшению ИМТ. При этом остается повышенным. уровень глюкозы крови натощак. При использовании би-престариума в комплексном лечении у больных нормализовано систолическое АД, ЧСС, снижен ИМТ, уровень глюкозы крови натощак нормализован.

3. Достоверно снижаются показатели липидного спектра: ОХ на 8 %, ТГ на 6 %, ЛПНП на 6 % в первой подгруппе и ОХ на 9 %, ТГ на 7 %, ЛПНП на 5 % во второй подгруппе, что приводит к уменьшению ИА в первой подгруппе и к нормализации ИА во второй подгруппе.

4. Уровень креатинина в крови остается повышеным, недостаточно увеличивается СКФ у больных, постоянно принимающих престариум. Нормализуется уровень креатинина крови, и наблюдается увеличение СКФ у больных, получающих би-престариум.

5. Обе комбинации позволяют снизить риск ишемических катастроф, но использование би-престариума показало преимущества в достоверном снижении АД, ЧСС, ИМТ, нормализации глюкозы крови, ИА, креатинина крови, повышении СКФ, что эффективно у пациентов с АГ, МС на фоне СД 2-го типа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Еганян, Р. А. Информированность врачей первичного звена здравоохранения в области профилактики артериальной гипертензии и факторов риска ее развития / Р. А. Еганян, Е. В. Ощепков, И. Н. Шатерников / / Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – №3. – С.6–9.

2. Каспрук, Г. Б. Маса міокарда лівого шлуночка у хворих з метаболічним синдромом / Г. Б. Каспрук, В. Ю. Мітченко, В. Ю. Романов / / Новости медицины и фармакологии. – 2010. – №338. – С. 32–31.

3. Коваленко, В. Н. Проблемі діагностики и ведения больніх с метаболическим синдромом / В. Н. Коваленко, Е. Г. Несукай, А. Ю. Яковенко / / Укр. Кард. Журн. – 2006. – №4. – С. 98–105.

4. Коваль, С. М. Взаємозв`язок гыперурекимыъ з клынычними, гемодынамычними та метаболічними показниками у хворих на гыпертонычну хворобу / С. М. Коваль, Л. А. Рєзнік, В. В. Божко, А. Є. Замазій / / Артерыальна гыпертензыя. – 2009. – №6. – С. 25–29.

5. Мітченко, О. І. Метаболічний синдром, стан проблеми та лікувальні підходи / О. І. Мітченко / / практична ангіологія. – 2005. – №1. – С. 14–18.

6. Мухин, Н. В. Влияние антагонистов кальция на качество жизни пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией и медикаментозной гипотензией / Н. В. Мухин, И. Г. Фомина, В. А. Лосева / / Рос. Кардиол. Журнал. – 2003. – №2 (40). – С. 39–13.

7. Свищенко, Е. П. Артериальная гипертензия / Е. П. Свищенко, Ю. Н. Сиренко, Л. В. Безродная и др. – К. :Морион, 2008. – 164 с.

8. Свищенко, Е. П. Контроль артериального давления у пациента с артериальной гипертензией и сахарным діабетом 2-го типа – вектор, ведучий к сохранению жизни / Е. П. Свищенко / / Здоров`я України. – 2010. – №23 (252). – С. 8–11.

9. Скибчик, В. А. Досвід застосування різних схем комбінованої терапії хворих з артеріальною гіпертензією високого дуже високого ризику / В. А. Скибчик, С. Д. Бабляк / / Укр. Мед. Часопис. – 2010. – №6(80). – С. 94–96.

10. Суржаева, С. Г. Клиническая эффективность фиксированной комбинации амлодипина с лизиноприлом (экватор) у больных стабильной стенокардией и / или безболевой ишемией миокарда в сочетании с артериальной гипертензией / С. Г. Суржаева, О. А. Суржаева, Н. А. Казаева и др. / / Новости медицины и фармакологии. – 2010. – №338. – С. 24–31.

11. Подходы к лечению больных с сахарным диабетом 2-го типа. Место фибратов в современной клинической практике / / Новости медицины и фармакологии. – 2010. – №338. – С. 39–45.

12. 2007 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension / / J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25.

13. Fernandez, R., Puig, J. G., Rodriguez-Perez, J. C. et al. On behalf of the TRAVEND Study Group. Effect of two antihypertensive combinations on metabolic control in type-2 diabetic hypertensive patients with albuminuria: a rondomiset, double-blind study / R. Fernandez, J. G. Puig, J. C. Rodriguez-Perez et al / / Journal of Human Hypertension. – 2001. – 15. – P. 849–856.

14. Kotchen, T. A. Hypertension control: trends, approaches and goals / T. A. Kotchen / / Hypertension. – 2007. – Vol. 49, №1. – P. 19–20.

Материал поступил в редакцию 05.05.15.

ANTIHYPERTENSIVE THERAPY EFFICIENCY OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

E.V. Sonina, Candidate of Medicine, Associate Professor
Lugansk State Medical University, Ukraine

Abstract. *The risk factors of cardiovascular disease both separately and in combination, even of low intensity increase the risk of cardiovascular complications development. The arterial tension increase of patients with increased mass index, dislipidemy, insulin resistance and transabdominal visceral adiposopathy and early atherosclerosis in complex determine the notion of metabolic syndrome. One or few unfavorable factors determine the group of patients with high and very high risk of cardiovascular accidents. That's why during the treatment of arterial hypertension of patients with metabolic syndrome it is necessary to use pathogenetically substantiated antihypertensive drugs along with the basic therapy.*

Keywords: *ischemic heart disease, metabolic syndrome, Prestarium, Bi-Prestarium.*

Gynecology
Гинекология

УДК 618.14-006.36-08-091

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЫСТРОРАСТУЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК АГОНИСТАМИ ГОНАДОТРОПНЫХ РИЛИЗИНГ-ГОРМОНОВ

А.О. Лицова[1], Л.П. Перетятко[2], А.И. Малышкина[3]
[1] кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник отдела медико-социальных исследований,
[2] доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией патоморфологии и электронной микроскопии, [3] доктор медицинских наук, директор
ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия

Аннотация. *Представлен анализ результатов исследований, посвященный изучению клинико-морфологической характеристике женщин репродуктивного возраста с быстрорастущей лейомиомой матки, которым проведена предоперационная подготовка агонистами гонадотропных рилизинг-гормонов, а затем выполнено органосохраняющее оперативное лечение. Основными клиническими параметрами эффективности предоперационной терапии являлись: уменьшение размеров матки и миоматозных узлов по данным УЗИ и тяжести клинических симптомов основного заболевания. Уменьшение миоматозных узлов связано со структурными изменениями сосудов и стромального компонента.*

Ключевые слова: *лейомиома матки, пролиферация, вторичные изменения, агонисты гонадотропных рилизинг гормонов.*

Проблемы изучения механизмов возникновения, формирования и разработки эффективных методов лечения лейомиомы матки (ЛМ) обсуждаются не одно десятилетие. В литературе существуют различные подходы к классификации ЛМ с различным типом роста. Так, Г.А. Савицкий (2000) разделяет типы роста миоматозных узлов на «истинный» и «ложный» [8]. «Истинный» рост опухоли обусловлен активной пролиферацией гладкомышечных клеток. Зоны пролиферации миоцитов представлены гипертрофированными гладкомышечными клетками с гиперхромными ядрами, содержащими повышенное количество ДНК [10]. Морфологическая картина «ложного» роста иная. «Ложный» тип роста ЛМ характеризуется дистрофическими изменениями, отёком, склерозом, гиалинозом, петрификацией и некрозом [4, 10]. Известно, что у пациенток пролиферирующая ЛМ имеет менее благоприятное течение, поскольку такие женщины относятся к группе риска по развитию гиперпластических процессов в эндометрии и молочных железах, кистозных доброкачественных и злокачественных образований в яичниках, а также возможны рецидивы и озлокачествление опухоли [10]. Определение типов роста ЛМ является важным моментом в разработке оптимальной тактики ведения пациенток.

Важнейшей задачей гинекологии остается сохранение матки у пациенток репродуктивного возраста. Обширные органосохраняющие операции сопряжены с техническими сложностями выполнения, высоким риском интраоперационного кровотечения, образованием спаек и рецидивом заболевания [15]. В настоящее время, с целью снижения риска во время и после операций, применяется патогенетически обоснованное комбинированное лечение ЛМ – хирургическое и медикаментозное [1, 5].

К эффективно используемым препаратам в составе комплексной терапии ЛМ относят агонисты гонадотропных рилизинг-гормонов (аГнРГ). В основе действия лежит связывание препарата с рецепторами ГнРГ гипофиза, с последующей блокадой секреции гонадотропинов и, соответственно, половых стероидов, которые являются основными факторами роста ЛМ. Блокада рецепторов и стероидов, сохраняющаяся на протяжении всего периода лечения, приводит к торможению роста и обратному развитию ЛМ [13].

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологических изменений в различных отделах миоматозных узлов после проведенной предоперационной терапии аГнРГ.

Материал и методы исследования.

Работа выполнена на базе гинекологической клиники ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России. Обследовано 15 пациенток репродуктивного возраста с быстрорастущей ЛМ.

Схема обследования пациенток включала общеклинические и ультразвуковые (УЗИ) методики, согласно отраслевым стандартам объемов исследования в гинекологии. Осуществлялась обзорная гистология

© Лицова А.О., Перетятко Л.П., Малышкина А.И. / Litsova A.O., Peretyatko L.P., Malyshkina A.I., 2015

ткани миоматозных узлов. Нативный материал фиксировали в 10 %-ном нейтральном формалине в течение 72 часов. После стандартной парафиновой проводки готовились срезы толщиной 4–5 мкм, окрашивались гематоксилином Эрлиха с докраской эозином и заключались в бальзам. В обзорных препаратах изучалось соотношение межуточной ткани, сосудов и мышечного компонента мезенхимального новообразования, гистологический вариант ЛМ, «истинный» или «ложный» тип роста узла.

Статистический анализ осуществлялся в пакете прикладных лицензионных программ «Statistica 6.0», «Microsoft Office 2007», «GenStat» и «Open Epi».

Результаты

Возраст женщин с ЛМ колебался от 24 до 41 года, средний возраст составил 34,8 ± 1,2 года. Каждая третья пациентка предъявляла характерные для данного заболевания жалобы в виде обильных и длительных менструаций (66,7 %), не связанных с menses болевого синдрома (38,2 %) и дизурическими проявлениями (26,7 %). Давность формирования ЛМ у 66,7 % пациенток составила от 1 до 5 лет. Из них ЛМ выявлена менее года назад у 26,7 %, более 5 лет – у 6,7 % женщин. У 66,7 % пациенток диагностированы множественные, у 33,3 % женщин единичные миоматозные узлы. Количество опухолевых узлов варьировало от 1 до 25. В среднем количество миом на каждую пациентку с множественными опухолевыми узлами составило 3,6 ± 1,24. Локализация узлов у 73,3 % больных была интерстициально-субсерозной, у 26,7 % – интерстициальной с деформацией полости матки.

К моменту обследования размеры матки вместе с миоматозными узлами соответствовали 10–13 неделям беременности у 33,3 % (n = 5) больных, 14–16 неделям – у 46,7 % (n = 7) пациенток, 17–20 неделям – у 20,0 % (n = 3) женщин.

Пациенткам трижды проводилось ультразвуковое исследование: до начала лечения (на 5–7-й день менструации), перед операцией (в течение одной недели после окончания лечения) и в послеоперационном периоде.

По завершении общеклинического обследования, пациенткам в качестве предоперационной подготовки проводилась терапия бусерелином в дозировке 3,75 мг один раз в 28 дней внутримышечно, в течение 3 месяцев. Спустя 3 недели после последней инъекции женщины поступили на оперативное лечение. Переносимость препарата оценивали по общему состоянию, жалобам пациенток и частоте побочных реакций.

Основными клиническими критериями эффективности предоперационной терапии являлись уменьшение размеров матки и миоматозных узлов, согласно данным ультразвуковой диагностики, и тяжести клинических симптомов заболевания. Характер жалоб пациенток, на фоне проводимой терапии, изменился. Ведущими жалобами до лечения были нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи (66,7 %), боли внизу живота и в поясничной области (26,7 %), дизурические расстройства (26,7 %). После лечения у 33,3 % женщин отмечались приливы и потливость (20,0 %), нарушение сна (13,3 %) и эмоционального состояния (20,0 %). Побочные эффекты при лечении аГнРГ, связанные со снижением эстрогенного фона, регрессировали на протяжении 1–2 месяцев после окончания лечения.

По данным УЗИ отмечалось уменьшение размеров матки и миоматозных узлов у 93,3 % женщин. Объем матки в среднем уменьшился на 35,4 % (p = 0,000), а доминантного миоматозного узла – на 35,2 % (p = 0,000).

Курс лечения сопровождался повышением средней концентрации гемоглобина на 13,3 % (p = 0,000) и количества эритроцитов на 9,1 % (p = 0,008). Благодаря улучшению гематологических показателей оперативное вмешательство проводилось на более благоприятном фоне.

После окончания лечения, через 3 недели после последней инъекции препарата, всем пациенткам выполнена миомэктомия лапаротомическим доступом. Оперативное вмешательство не вызывало технических затруднений. Послеоперационный период протекал без осложнений.

В зависимости от морфологического типа ЛМ узлов выделены две подгруппы женщин с быстрорастущей опухолью. Первую подгруппу составили пациентки с «истинным» ростом узлов, вторую – с «ложным». У пациенток с «истинным» ростом в опухоли преобладали пролиферативные процессы, у больных с «ложным» ростом увеличение узлов и матки в целом происходило за счет отека, склероза, гиалиноза миоматозных узлов. Среди всех узлов пролиферирующие опухоли составили 20,0 % (n = 3), очагово пролиферирующие 20,0 % (n = 3) и стационарные, без признаков пролиферации, но с выраженными субтотальными или тотальными вторичными изменениями в 60,0 % (n = 9) случаев. Следует отметить, что признаки повреждения и дистрофические изменения разной степени выраженности встречались в миоматозных узлах всех женщин.

Среди пролиферирующих миом, диагностированы следующие гистологические варианты: простая (33,4 %), клеточная (33,4 %) и сосудистая (16,6 %). Наряду с основными вариантами в 16,6 % случаев диагностирована фибромиома. Фибромиома, в зависимости от соотношения, преобладающего в опухолевых узлах стромального компонента над мышечным, имела различное гистологическое строение.

В клеточных (33,4 %) и сосудистых (16,6 %) ЛМ выявлены структурные изменения в миоматозных узлах. Диспропорция сосудов, с уменьшением синусоидальных и относительным увеличением крупных с фиброзированной стенкой дифференцированных сосудов, выраженный периваскулярный склероз, значительное уменьшение вторичных изменений в виде отека, фибриноидного некроза, гиалиноза можно объяснить лекарственным патоморфозом. Гипоплазия сосудов, проявляющаяся их количественным уменьшением и приводящая к гиповаскуляризации, сочетается с деформацией просвета, изменением толщины медии, вплоть до гипо- и

аплазии, и прогрессированием стеноза. К структурным особенностям ЛМ узлов следует отнести образование многочисленных очагов склероза. В миоматозных узлах на фоне гиповаскуляризации и терапевтического воздействия препарата встречаются обширные некрозы опухолевой ткани в сочетании с очаговыми кровоизлияниями, либо формирование псевдокистозных образований в центре зон некроза.

После оперативного лечения женщины наблюдались в течение 1 года. С целью профилактики рецидива ЛММ всем пациенткам назначен аГнРГ в течение 3 месяцев. После окончания лечения пациенткам назначены низкодозированные КОК, применяемые до момента планирования беременности. Для оценки состояния матки в динамике проводилось УЗС (через 3, 6, 9 месяцев после операции).

Через 1 год после оперативного лечения у 1 женщины (6,7 %), по данным ультразвукового исследования, обнаружен новый миоматозный узел.

Маточная беременность самостоятельно наступила у 4 пациенток (26,7 %): 3 (20,0 %) из них сохраняли беременность, у 1 (6,7 %) произошло самопроизвольное прерывание беременности в ранние сроки.

Обсуждение

Основным критерием выбора оптимального метода лечения ЛМ является патогенетическая обоснованность. Традиционно, в качестве предоперационной подготовки для уменьшения размеров миомы, наиболее широко применяются аГнРГ [3, 7, 10].

Проведенное исследование выявило определенные преимущества применения аГнРГ при предоперационной подготовке. Прежде всего, это уменьшение матки и миоматозных узлов, что согласуется с данными литературы [3, 10]. Регрессия миоматозных узлов вызвана не только гипоэстрогенным состоянием [1, 11], но и другими факторами. АГнРГ регулируют пролиферацию и апоптоз клеток [13], блокируют активность митогенных факторов роста, таких как TGF и VEGF [11]. Кроме того, уменьшению размеров миомы способствует уменьшение маточного и опухолевого кровоснабжения [10]. Существует мнение о том, что в патогенезе гормонально-зависимых опухолей, в том числе и ЛМ основную роль играют эстрогены и прогестерон. Считается, что эстрогены стимулируют опухолевый рост за счет гиперплазии гладкомышечного компонента, повышения митотической активности клеток, инициации продукции факторов роста и активности рецепторов. Прогестерон стимулирует дифференцировку миоцитов в опухолевом узле [8].

Вероятно, благодаря временному прекращению менструальных кровотечений, у пациенток произошло стойкое улучшение гематологических показателей. Оказываемый эффект препаратом приобретает особо важное значение у больных ЛМ, поскольку приводит к снижению интраоперационной кровопотери и, следовательно, к уменьшению потребности в гемотрансфузии [3, 10, 12]. Улучшение самочувствия пациенток на фоне терапии аГнРГ связано с исчезновением симптомов основного заболевания. Важным преимуществом назначения аГнРГ перед операцией следует считать снижение технических затруднений во время оперативного вмешательства и уменьшение хирургической травматизации [3, 10].

При выборе тактики ведения больных после органосохраняющих операций важным моментом является определение типов роста опухоли. Как известно, пролиферирующая ЛММ имеет менее благоприятное течение в связи с высокой вероятностью рецидива заболевания [15] и развития гиперпластических процессов в органах репродуктивной системы [10].

Проведенное морфологическое исследование показало, что в тканях миоматозных узлов, в результате диспропорции сосудов с увеличением крупных фиброзированных, с периваскулярным склерозом и уменьшением сосудов синусоидального типа, уменьшаются вторичные изменения в виде отека, фибриноидного некроза и гиалиноза, что следует связать с лекарственным патоморфозом. Не последнюю роль в нарушениях васкуляризации опухолевой ткани играет аГнРГ. Применение бусерелина приводит к дистрофическим изменениям в ЛМ [10]. Не случайно миоматозные узлы уменьшаются в размерах в 1,5-2 раза. Более того, миоматозная ткань под влиянием препарата, на фоне диспропорции и гипоплазии сосудов, перестраивается в сторону появления обширных некрозов и кровоизлияний, вероятнее всего, связанных с опосредованным влиянием на эндотелий сосудов и снижением синтеза факторов роста. По мере рассасывания некротических масс, в узлах формируются псевдокистозные образования. Известно, что лечение аГнРГ на протяжении 3-4 месяцев приводит к снижению содержания рецепторов эстрогенов в тканях лейомиомы и миометрии [6], что дополнительно подтверждает гипотезу о ведущей роли эстрогенов в патогенезе лейомиоматоза. Дисбаланс эстрогенов, прогестерона и рецепторного аппарата в тканях матки, при различных вариантах овариальной недостаточности, являются необходимыми условиями развития гиперпластических процессов, в первую очередь миом, в гормонально зависимых тканях [2].

Заключение

Клиническими критериями эффективности терапии аГнРГ являются уменьшение объемов матки и миоматозных узлов, нормализация гематологических показателей, достаточно хорошая переносимость препарата, низкая рецидивность заболевания.

Пациенткам с «истинным» типом роста опухоли целесообразно назначение аГнРГ в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива заболевания. Этиотропная терапия при наличии «ложного» типа роста миоматозных узлов заключается в воздействии на активные формы урогенитальной инфекции, коррекции иммунологического статуса, восстановлении факторов неспецифической резистентности и ликвидации микроциркуляторных расстройств.

Диспропорция между дифференцированными и с незавершенной дифференцировкой сосудами, уменьшение вторичных изменений, прогрессирование геморрагических и некротических процессов, псевдокистозная трансформаця в зонах резорбции некротического детрита приводят к существенному уменьшению размеров узлов, что позволяет провести органосохраняющую операцию с локальной энуклеацией узлов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян, Л. В. Новые подходы к медикаментозному лечению симптомной миомы матки / Л. В. Адамян, А. В. Козаченко, З. В. Ревазова // Пробл. Репродукции, 2013. – № 3. – С. 22–24.

2. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е. М. Вихляева. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 398 с.

3. Ильина, О. Ю. Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона в предоперационной подготовке больных с миомой матки / О. Ю. Ильина, У. В. Столярова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2011. – №1. – С. 11–12.

4. Малышкина, А. И. Иммунные механизмы быстрого роста миомы матки / А. И. Малышкина [и др.]. – Иваново, 2010. – 272 с.

5. Озолиня, Л. А. Оптимизация оперативного лечения больных миомой матки в репродуктивном периоде / Л. А. Озолиня, И. А. Лапина // Гинекология, 2013. – Т. 15, № 1. – С. 56–59.

6. Осиновская, Н. С., Иващенко Т.Э.. Джемлиханова Л.Х. и др. Особенности полиморфизма генов рецепторов эстрогена и прогестерона у женщин с миомой матки / Н. С. Осиновская, Т. Э. Иващенко, Л. Х. Джемлиханова и др. // Журнал акушерства и женских болезней, 2012. – Т. 26, выпуск 3. – С. 109-113.

7. Пролиферативное влияние агонистов ГнРГ на патологические очаги у женщин с эндометриозом, аденомиозом и миомой матки / K. N. Khan [et al.] // Репродукция человека, 2013. – № 1 (31). – С. 60–72.

8. Савицкий, Г. А. Миома матки: проблема патогенеза и патогенетической терапии / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – СПб. : ЭЛБИ, 2000. – 236 с.

9. Самойлова, Т. Е. Возможности и перспективы медикаментозного лечения миомы матки / Т. Е. Самойлова, Д. Ж. Максутова // Медицинский совет, 2013. – № 3. – С. 106–109.

10. Сидорова, И. С. Миома матки / И. С. Сидорова. – М. : МИА, 2002. - 256 с.

11. Тихомиров, А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. – М. : МИА, 2006. – 176 с.

12. Fleischer, R. Pathophysiology of fibroid disease: angiogenesis and regulation of smooth muscle proliferation / R. Fleischer, G. C. Weston, B. J. Vollenhoven, et al. // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2008. – Vol. 22, № 4. – P. 603–614.

13. Kang, J. L. Паракринная регуляция апоптоза с помощью агониста гонадотропин-рилизинг-гормона в культуре клеток эндометрия у женщин с симптоматическими миомами / J. L. Kang, D. Y. Wang, X. X. Wang, J. Yu // Репродукция человека. – 2012. – № 4 (28). – С. 40–46.

14. Parker, W. H. Uterine myomas: management / W. H. Parker // Fertility Sterility. – 2007 – Vol. 88. – P. 255–271.

15. Predictors of leiomyoma recurrence after laparoscopic myomectomy / E. H. Yoo [et al.] // J. of Minimally Invasive Gynecol. – 2005. – Vol. 12. – P. 241 – 246.

Материал поступил в редакцию 05.05.15.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FAST-GROWING UTERINE FIBROIDS IN THE TREATMENT OF PATIENTS BY AGONISTS OF GONADOTROPHIC RELEASING HORMONE

A.O. Litsova[1], L.P. Peretyatko[2], A.I. Malyshkina[3]

[1] Candidate of Medicine, Junior Research Associate of Medical and Social Studies Department, [2] Doctor of Medicine, Professor, Pathomorphology and Submicroscopy Laboratory Head, [3] Doctor of Medicine, Head

Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkov of the Ministry of Health of Russian Federation, Russia

Abstract. *In this article, the research results analysis is considered, which is devoted to the study of clinical and morphological characteristics of women of childbearing age with the fast developing uterine leiomyoma, who had the preoperative preparation by agonists of gonadotrophic releasing hormone and then had organ-preserving operative treatment. The basic clinical characteristics of preoperative therapy efficiency are decreased size of alvus and myomatous nodules according to ultrasonography and clinical symptoms severity. The decrease of myomatous nodules is caused by the structural changes in vessels and stromal component.*

Keywords: *uterine leiomyoma, proliferation, deuteric alteration, agonists of gonadotrophic releasing hormone.*

УДК 61

НОРМАЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ХВЗОМТ) НЕЛЕКАРСТВЕННЫМИ МЕТОДАМИ

А.В. Самойлова[1], В.В. Чернышов[2], В.М. Левицкая[3], А.Е. Сидоров[4]
[1] доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, [2, 3, 4] кандидат медицинских наук, доцент
Чувашский государственный университет им И.Н. Ульянова, медицинский факультет,
кафедра акушерства и гинекологии им. Г.М. Воронцовой (Чебоксары), Россия

Аннотация. *Проведена нелекарственная терапия 82 женщин с ХВЗОМТ. Получен положительный результат лечения, подтвержденный динамической допплерометрической сонографией контроля кровотока в маточных и яичниковых артериях. Объективно результат новой уникальной технологии терапии можно оценить количеством возникших беременностей у бесплодных женщин (19,5 %). В течение 2-3 циклов лечения число желанных беременностей удвоилось (31,7 %). Перспективность метода вполне доказательна.*

Ключевые слова: *хронические воспалительные заболевания органов малого таза, нелекарственные методы традиционной терапии, маточные и яичниковые артерии, нормализация кровотока.*

Введение. Проблемы терапии воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин общеизвестны и, при наличии внушительного арсенала современных средств диагностики и лечения, еще достаточно далеки от своего окончательного разрешения. Особенно неблагоприятно обстоит ситуация с курацией больных ХВЗОМТ. При несвоевременном и неадекватном распознавании и лечении достаточно быстро возникающие патологические цепочки (воспаление – выкидыши – эктопические беременности – спаечный процесс в малом тазу и брюшной полости – нарушение функции яичников – бесплодие) поражают основную, репродуктивную способность женщины. Большинство исследователей склоняются к мнению, что инфекционный процесс – основа практически всей гинекологической патологии, проблем при беременности, а с возрастом – и разнообразной онкологической патологии [3, 6].

Инфекция при ХВЗОМТ, персистирующая в большинстве случаев почти бессимптомно, через каскад сосудистых и иммунных реакций, как правило, повреждает микро-, а затем и макрогемоциркуляторное звено региона воспаления со склерозированием сосудистой стенки и редукцией капиллярного русла. В этих клинических ситуациях богатый арсенал современных фармакологических препаратов не в состоянии в полной мере оказать лечебное воздействие на организм больной женщины вследствие нарушения транспортировки этих лекарств к очагу патологии. Особо следует отметить, что очаги хронического воспаления формируются также и далеко за пределами малого таза женщины, образуя множественные (мультифокальные) источники распространения инфекции по всему организму больной [7].

Цель исследования. Основное направление научно-практической работы кафедры акушерства и гинекологии им. Г.М. Воронцовой ЧГУ – разработка и внедрение в медицинскую практику доказательных и патогенетически обоснованных методов нелекарственной терапии больных с ХВЗОМТ, с нарушениями проходимости маточных труб, менструального цикла, с закономерно возникающим при этом бесплодием. Общее количество пролеченных нами больных женщин с означенной патологией более 400. Представляем фрагмент исследования: ***немедикаментозная нормализация кровотока в органах малого таза***.

Материал и методы. Под руководством профессора Г.А. Иваничева (КГМА) и Г.М. Воронцовой (ЧГУ) разработана новая оригинальная методика лечения, включающая в себя комбинированные методы безлекарственной терапии: рациональный синтез приемов мануальной медицины и акупунктуры для воздействия на биоактивные зоны преимущественно поясничного, а также и других отделов позвоночника, на локальные и дистальные биоактивные точки иглоукалывания, в сочетании с индивидуальными, разработанными для каждой больной комплексами кинезо-, фито- и диетотерапии. Методика подробно изложена в запатентованных источниках [1, 2, 5] и в многочисленных научных публикациях кафедры.

С нашей точки зрения, наиболее оптимальным является комплексное лечение всех имеющихся в организме очагов воспаления. Новаторским методом является применение мануальной медицины для лечения генитальной и соматической патологии у данного контингента хронических больных. Экологически чистый метод терапии – акупунктура, занимает особое место в медицине, дает возможность использовать резервы собственного организма для нормализации функций органов и систем без применения медикаментов.

Под наблюдением в группе, тестированной непосредственно на состояние кровотока в органах малого таза, находились 82 женщины репродуктивного возраста. Критериями отбора больных служили наличие в анамнезе ХВЗОМТ, спаечного процесса в малом тазу, синдрома тазовой боли, бесплодия трубно-перитонеального и эндокринного генеза от 3 до 6, а в некоторых случаях – 12 и более лет. В анамнезе у 97,5 %

© Самойлова А.В., Чернышов В.В., Левицкая В.М., Сидоров А.Е. / Samoilova A.V., Chernyshov V.V., Levitskaya V.M., Sidorov A.E., 2015

больных были искусственные аборты, неразвивающаяся беременность, аномальные маточные кровотечения с выскабливанием стенок полости матки.

Клиническое обследование больных включало в себя изучение акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, гинекологическое и вертебрологическое обследование, проведение комплексных общеклинических и по необходимости специальных методов исследования, таких как иммунологические, гормональные, гемостазиологические, реологические, рентгенологические методы. Всем без исключения больным в начале и в динамике лечения проводились УЗИ с трансвагинальной эхографией и цветной допплеровской сонографией маточных и яичниковых артерий на аппаратах типа «SonoAce 8000», Toshiba SSH 140 и подобных им.

Комплексную терапию больных мы начинали на 6-7 день менструального цикла с тем, чтобы закончить за 3-4 дня до наступления очередной менструации. Средняя продолжительность одного курса лечения составила 8-9 сеансов с частотой через один день в течение трех недель, а средняя продолжительность одного сеанса до 45-60 минут. Допплеровская сонография проводилась больным строго на 5-7 день менструального цикла (в фазе ранней пролиферации) до и после лечения с целью нивелировать гормональные и иные влияния на артерии матки и яичников. Для оценки изменений в кровотоке маточных и яичниковых артерий был выбран индекс периферического сопротивления (индекс резистентности IR) как мало зависящий от угла наклона датчиков фиксации скоростей кровотока и потому достаточно информативный.

Результаты. Данные научных диссертационных работ на кафедре указывают на коррекцию и нормализацию иммунного статуса, гемостазиологических показателей, реологических свойств крови, баланса гормонов воспаления, алгических нарушений и др. И, в частности, мы оценили циркуляторные соответствия во внутренних половых органах при лечении больных с ХВЗОМТ.

В результате проведенного курса терапии исследуемый индекс резистентности (IR) маточных артерий достоверно снизился с 0,921 ± 0,024 до 0,861 ± 0,029 (правая маточная артерия, уровень значимости $p < 0,05$) и с 0,963 ± 0,021 до 0,879 ± 0,023 (левая маточная артерия, уровень значимости $p < 0,05$) при норме 0,88 ± 0,02. Определение IR яичниковых артерий также закономерно показало положительную динамику: у артерий справа сопротивление кровотоку изменилось с 0,594 ± 0,012 в начале лечения до 0,539 ± 0,0107 после лечения, а слева – от 0,62 ± 0,0153 до 0,573 ± 0,0132 при норме 0,52 ± 0,02 ($p < 0,05$) [4]. Анализ полученных данных проводили при помощи компьютерной программы Statistica for Windows (версия 6.0).

Практически все женщины (92,6 %) после проведенного первого цикла лечения отметили улучшение общего состояния (показатель восстановления нарушенного здоровья). Критерием оценки эффективности метода терапии следует считать наступление желанных беременностей у 16 пациенток (19,5 %), а после проведения 2-3 циклов лечения число желанных беременностей практически удвоилось до 26 (31,7 %).

Выводы. Полученные результаты позволили сделать вывод о том, что у больных с ХВЗОМТ до лечения был больше затруднен кровоток в маточных и яичниковых артериях слева по сравнению с таковыми справа, возможно в силу большей выраженности поствоспалительных и склеротических изменений сосудистой стенки. Нами зарегистрировано достоверное положительное снижение индекса резистентности у пациенток, которые прошли цикл комплексного мануального и иного нелекарственного воздействия. Это указывает на улучшение кровообращения в бассейнах маточных и яичниковых артерий, на снижение сосудистого сопротивления и восстановление нарушенного патологическим процессом кровотока. В дальнейшем достигнутые результаты могут служить как основой для более успешной лекарственной терапии воспаления, так и для последующего самостоятельного комплексного нелекарственного лечения ХВЗОМТ и женского бесплодия. Считаем перспективность метода нелекарственного лечения ХВЗОМТ вполне доказательной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воронцова, Г. М., Воронцов, Г. Я., Левицкая, В. М., Ефремов, Г. Г. Яковлева, Л. М. Способ лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних органов. Патент РФ на изобретение № 2169549 / Г. М. Воронцова, Г. Я. Воронцов, В. М. Левицкая, Г. Г. Ефремов, Л. М. Яковлева. – М. : Рос. агентство по патентам, 2001.

2. Воронцова, Г. М., Воронцова, И. Е., Левицкая, В. М., Суслонова, Н. В., Чернышов, В. В. и др. Способ лечения дисменореи. Патент РФ на изобретение № 2303435 / Г. М. Воронцова, И. Е. Воронцова, В. М. Левицкая, Н. В. Суслонова, В. В. Чернышов и др. – М. : Рос. агентство по патентам, 2007.

3. Гинекология. Национальное руководство. / Под ред. В. И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И. Б. Манухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С 394–404.

4. Допплерография в гинекологии. Руководство для врачей. /Под ред. Б. И. Зыкина, М. В. Медведева. – М. : изд-во «Реальное время», 2000. – С. 35–44.

5. Иваничев, Г. А., Воронцова, Г. М., Шарапова, О. В. Способ лечения трубно-перитонеального бесплодия воспалительного генеза методами мануальной терапии. Патент РФ № 2173974 / Г. А. Иваничев, Г. М. Воронцова, О. В. Шарапова. – М. : Рос. агентство по патентам, 2001.

6. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / Под .ред. В. И. Кулакова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С 45–48.

7. Vorontsova, G. M., Chernyshov, V. V., Levitskaja, V. M., Vorontsova, I. E. Non medicamental therapy caused by unfavourable ecology ofimmunodeficiencies in gynecological patients with multifoci inflammation. Environment and human health / G. M. Vorontsova, V. V. Chernyshov, V. M. Levitskaja, I. E. Vorontsova. – St. Petersburg, 2003. – S. 469–470.

Материал поступил в редакцию 29.04.15.

NORMALIZATION OF HEMODYNAMICS IN WOMEN WITH CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF PELVIC ORGANS (HVZOMT) BY NON-DRUG METHODS

A.V. Samoilova[1], V.V. Chernyshov[2], V.M. Levitskaya[3], A.E. Sidorov[4]
[1] Doctor of Medicine, Professor, Department Head, [2, 3, 4] Candidate of Medicine, Associate Professor
Obstetrics and Gynecology Department named after G.M. Vorontsova, Faculty of Medicine,
Chuvash State University (Cheboksary), Russia

Abstract. *Non-medicated therapy of 82 women with inflammatory diseases of pelvic organs (PID) is conducted. A positive result of treatment is confirmed by a dynamic Doppler monitoring of blood flow in the uterine and ovarian arteries. Objectively the result of a new unique technology therapy can estimate the amount of uterine pregnancies in infertile women (19.5 %). Within 2-3 cycles of treatment, desired sum of pregnancies has doubled (31.7 %). Promising methods is quite probative.*

Keywords: *chronic inflammatory diseases of the pelvic organs, non-medicated methods of traditional therapy, normalization of blood flow, uterine and ovarian arteries.*

Cardiology
Кардиология

УДК 616.12–008. 331 -616.831 -005-616 -083

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Л.К. Жазыкбаева[1], **А.Т.Оспанова**[2]
[1] кандидат медицинских наук, ассистент, [2] магистрант
Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Государственный медицинский университет (Семей), Казахстан

Аннотация. *В статье описаны особенности организации сестринского ухода в реабилитации больных с артериальной гипертензией, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Пациенты с артериальной гипертензией, перенесшие ОНМК нуждаются в длительной и комплексной реабилитации. Одним из частых осложнений артериальной гипертензии является ОНМК. Использование современных технологий организации сестринского ухода в реабилитации больных с артериальной гипертензией, перенесших ОНМК, способствует повышению качества и эффективности сестринской помощи. Анализу этих причин посвящается данная работа.*

Ключевые слова: *артериальная гипертензия, острое нарушение мозгового кровообращения, сестринский процесс, сестринский уход, реабилитация.*

Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан (далее – РК) разработан в соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа в системе здравоохранения», Государственной программой развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Комплексным планом развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2013-2016 годы, утверждённым распоряжением Премьер-Министра РК от 20 декабря 2013 года № 190-р, Постановлением Правительства РК от 1 июля 2014 года № 752 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Концепции по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира на 2014-2020 годы».

Тенденции развития сестринского дела значительно усиливают роль медсестры в современной системе здравоохранения. В настоящее время современные теории сестринского дела, основанные на научном подходе и доказательных практиках, представляют медсестру в качестве равноправного партнёра врача, который принимает самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход, отражая его в сестринской документации. Сейчас партнёрство врача и медсестры заключается в том, что врач оказывает пациенту врачебную помощь, а медсестра – сестринскую помощь, работая в рамках мульти профессиональной команды специалистов здравоохранения для повышения эффективности качества медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения.

Именно поэтому во всем мире специалисты сестринского дела в настоящее время проходят подготовку не только на уровне базового технического и профессионального образования, но также и в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры по сестринскому делу.

Вхождение Казахстана в Болонский процесс диктует необходимость приведения образования, профессиональных стандартов, квалификаций и должностных позиций в соответствии с Европейскими директивами, в том числе и по сестринскому делу.

Настоящая Концепция развития сестринского дела разработана в целях приведения системы сестринского дела в Казахстане к международному уровню в соответствии с потребностями современного здравоохранения для повышения качества, эффективности и безопасности здравоохранения РК [21].

Лидирующее место в общей структуре заболеваемости и смертности населения Казахстана продолжают занимать болезни системы кровообращения (БСК). В рамках реализации Государственной программы развития «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, в настоящее время проводится работа по дальнейшему совершенствованию кардиологической службы, в которой существенное внимание уделяется профилактике ССЗ, ранней диагностике и реабилитации кардиологических пациентов, внедрению международных стандартов и эффективных подходов к диспансерному наблюдению, формированию здорового образа жизни граждан Казахстана, качеству подготовки кадров здравоохранения [28].

Сестринский уход в реабилитации больных с артериальной гипертензией, перенесших ОНМК является

© Жазыкбаева Л.К., Оспанова А.Т. / Zhazykbaeva L.K., Ospanova A.T., 2015

одной из актуальных проблем в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы, тяжести прогноза и социальной значимости, обусловленных ранней инвалидизацией больных [22].

Медицинские сестры – самая многочисленная и наиболее близкая пациентам группа медицинских работников. Слова основоположницы классической теории сестринского ухода Вирджини Хендерсон: «Сестра – это ноги безногого, глаза слепого, опора ребёнку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя» – были написаны в 60-х годах прошлого века [11, 33].

Сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций.

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов:

1. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод – это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте; релевантные данные об окружающей среде. Источником информации является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента. Объективный метод – это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входит измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом этого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом – документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза.

Проблемы пациента подразделяются на: существующие и потенциальные. Существующие проблемы – это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные – те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам. Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем.

3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

4. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

5. Оценка эффективности сестринского ухода. Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры.

Все вышеизложенное определило необходимость комплексного ухода в реабилитации больных с артериальной гипертензией, перенесших ОНМК с использованием пяти этапов сестринского процесса с целью рекомендаций для дальнейшего использования унифицированных методов медсестринского ухода [32].

Адекватная организация работы медицинской сестры на этапах реабилитации больного включает раннюю активизацию, адаптацию к окружающей среде, обучение приемам самообслуживания, приобретение знаний о своем заболевании, рациональное медикаментозное обеспечение, психологическую поддержку больному и родственникам [13, 70].

Артериальная гипертензия – синдром повышения артериального давления (АД) при артериальной гипертензии и симптоматических артериальных гипертензиях.

Взаимосвязь между уровнем АД и риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний линейна и не зависит от других факторов риска. Чем выше АД, тем больше вероятность инфаркта миокарда, ОНМК, сердечной недостаточности и поражения почек. В связи с этим выделяют оптимальное, нормальное, высокое АД [1, 7, 8, 9, 10, 43]. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются одной из ведущих причин среди смертности во всём мире. ССЗ включают в себя заболевания сердца, заболевания сосудов головного мозга и заболевания кровеносных сосудов. Основной причиной смертности являются заболевания сердца, в частности артериальная гипертензия и ОНМК [3, 57].

ОНМК – одна из наиболее тяжелых форм и осложнений сосудистых поражений головного мозга. Это остро возникающий дефицит мозговых функций, вызванный нетравматическим повреждением головного мозга. Вследствие повреждения церебральных кровеносных сосудов, происходит расстройство сознания и/или дви-

гательные, речевые, когнитивные нарушения [19].

Заболеваемость и смертность от ОНМК, несмотря на различные многочисленные методы первичной и вторичной профилактики, в России, США, странах Восточной Европы остаются очень высокими с тенденцией к росту [12]. Заболеваемость ОНМК в России составляет 2,5-3,0 случая на 1000 населения в год [15]. К трудовой деятельности возвращаются не более 10-12 % больных, 10 % становятся инвалидами и нуждаются в постоянном уходе. Первичные ОНМК составляют в среднем 75 %, повторные – около 25 % всех случаев инсульта [26].

Так, в мире ежегодно регистрируются не менее 6 миллионов новых случаев церебральных инсультов, в России – более 450 тысяч. При этом около 75 % пациентов, перенесших ОНМК, выживает, однако у большинства из них формируются какие-либо функциональные ограничения различной степени выраженности [6, 12, 16].

ОНМК является наиболее частой причиной инвалидизации и смертности не только в Казахстане, но и во всём мире. Ежегодно инсульт развивается у 5,6-6 млн. человек. По смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди стран СНГ Казахстан находится на втором месте после Молдовы. В Казахстане зарегистрированы 2 млн. человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, что составляет 12 % трудоспособного населения страны. В 2010 году в Казахстане перенесли ОНМК более 32 000 человек. Число больных, получающих пособие по инвалидности в связи с перенесенным ОНМК, превышает 200 000 человек [18].

В настоящее время изменение свойств крупных артерий рассматривают как важный фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пожилых больных и лиц с артериальной гипертензией [20].

У большинства пожилых пациентов имеет место сочетание нескольких факторов сердечно-сосудистого риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Следовательно, у этой категории больных сестринский уход должен быть индивидуальным.

Развитие когнитивных нарушений является одной из главных причин снижения качества жизни пожилых людей.

Под когнитивными нарушениями принято понимать приобретённое устойчивое снижение совокупности мнестико-интеллектуальных функций (таких как память, речь, зрительно-пространственная ориентация, логическое мышление), вызванное деструктивным поражением головного мозга.

Депрессия – один из наиболее частых последствий ОНМК. Депрессия развивается в среднем у 30-40 % пациентов, перенесших церебральный инсульт. У пациентов с постинсультной депрессией чаще встречается снижение когнитивных функций и выше смертность.

Этиология и патогенез постинсультной депрессии остаются неясными. Выделяют две основные группы потенциальных механизмов развития постинсультной депрессии – биологические и психологические.

Сторонники психологической гипотезы объясняют развитие депрессии действием стрессовых факторов, связанных с развитием церебрального инсульта.

Согласно биологической гипотезе, постинсультная депрессия возникает под влиянием ряда факторов. Предполагают, что она может быть обусловлена очаговым поражением головного мозга, в частности левой лобной доли и базальных ганглиев [23].

Последствия мозгового инсульта являются на сегодняшний день одной из основных причин инвалидизации населения и длительной временной утраты трудоспособности, что в большинстве случаев связано с двигательными нарушениями. Гемипарез в остром периоде инсульта выявляется у 80-90 % больных, в 40-50 % случаев отмечаются сенсорные расстройства [31].

Первичная профилактика мозгового инсульта подразумевает комплексную коррекцию ряда известных факторов риска, к числу которых относятся: социальные (образование, статус работы), поведенческие (стресс, неправильное питание, малоподвижный образ жизни, курение, злоупотребление алкоголем) и биологические (артериальная гипертензия, нарушение липидного обмена, ожирение, сахарный диабет, мерцательная аритмия и др.) [2, 27].

Восстановительная терапия после ОНМК является важной медико-социальной задачей. По данным ВОЗ, лишь половина выживших после инсульта сохраняют функциональную состоятельность.

Важная роль в прогнозе реабилитационной программы отводится мониторингу сердечно-сосудистой системы, мульти дисциплинарному подходу и организации сестринского ухода [25].

Реабилитация – комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций. Основные принципы реабилитации:

1. ранее начало;
2. систематичность и длительность;
3. комплексность и индивидуальный подход с учётом характера нарушений, возраста, состояния сердечной деятельности;
4. активное участие самого больного и его близких в реабилитационном процессе [5, 17,37,42,46,47,53].

Реабилитационные мероприятия:

1. Лечение положением;
2. Пассивная гимнастика;
3. Массаж;
4. Учить ходить, занятия активной гимнастикой;

5. Навыки самообслуживания;
6. Занятия с логопедом [22, 55, 56, 59].

Одним из путей оптимизированного ухода в реабилитации больных с артериальной гипертензией, перенесших ОНМК, являются Европейские рекомендации [4].

В литературе особое внимание уделяется вопросам совершенствования организации кардиологической помощи. Вопросы правового регулирования оказания неотложной медицинской помощи при кардиологических заболеваниях, организационные структуры и порядок их деятельности рассматриваются в работе С.Ф. Тараян [30].

В тяжелых случаях при полной неподвижности тела и конечностей частота развития пролежней может достичь 90 %. Поэтому необходим особый контроль медсестры для тяжелых больных [19, 22].

Питание – важная физиологическая потребность организма. Оно является важным и равноправным элементом в структуре лечебных мероприятий. При ОНМК питание является основным фактором, влияющим на выздоровление. Руководство осуществляет врач диетолог [24].

Лечебно- охранительный режим включает:

1. устранение негативно действующих раздражителей;
2. продление физиологического сна;
3. устранение отрицательных психологических переживаний, связанных со способами лечения, проведения операций;
4. устранение болезненных ощущений, связанных с лечебными манипуляциями;
5. сочетание режима покоя и физической активности;
6. поднятие общего нервно-психического тонуса больных;
7. приготовление вкусной пищи и своевременную её подачу;
8. соблюдение медицинской этики и деонтологии.

Лечебно-охранительный режим, как важный компонент терапии при любой нозологии, находит свое отражение в правилах внутреннего распорядка, которое разрабатывает каждое лечебно-профилактическое учреждение [29].

По рекомендациям ВОЗ используются следующие основные критерии для оценки качества жизни:

1. физические;
2. психологические;
3. уровень независимости;
4. жизнь в обществе;
5. окружающая среда;
6. духовность [14].

Согласно литературным данным, не уделяется должного внимания вопросам организации и совершенствования организации медсестринской помощи в Казахстане.

Таким образом, необходимо проведение оптимизации сестринского дела с использованием унифицированных алгоритмов введения сестринского процесса в лечебно-профилактических учреждениях Казахстана, занимающихся реабилитацией больных, перенесших ОНМК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева, Г. Ф. Влияние длительной антигипертензивной терапии на выраженность «эффекта белого халата» у больных со стабильной артериальной гипертензией / Г. Ф. Андреева, А. Д. Деев, В. М. Горбунов и др. // Профилактическая медицина, 2013. – № 2. – С. 45–48.

2. Андреева, Г. Ф. Влияние качества жизни на сезонные колебания артериального давления у больных со стабильной артериальной гипертензией / Г. Ф. Андреева, А. Д. Деев, В. М. Горбунов и др. // Профилактическая медицина, 2014. – № 3. – С. 18–23.

3. Антипова, С. И. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления / С. И. Антипова, В. В. Антипов // Медицинские новости, 2011. – № 12. – С. 37–43.

4. Бадейникова, К. К. Основные положения Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (обзор литературы) / К. К. Бадейникова, М. Н. Мамедов // Профилактическая медицина, 2014. – № 4. – С.25–32.

5. Баландина, И. Реабилитация пациентов в кардиологии и неврологии / И. Баландина // Сестринское дело, 2012. – № 2. – С. 20–22.

6. Балунов, О. А. Результаты восстановительного лечения при заболеваниях головного мозга постинсультного и посттравматического характера и периферической нервной системы / О. А. Балунов, Т. Д. Демиденко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000. – №6. – С. 9–12.

7. Беленкова, Ю. Н. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова – М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012. – 864 с.

8. Беленкова, Ю. Н. Кардиология: Клинические рекомендации. – 2-е изд., испр. и доп. / Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.

9. Беленкова, Ю. Н. Кардиология: Национальное руководство / Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 1232 с. – (серия «Национальные руководства»).

10. Беленкова, Ю. Н. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии / Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2007. – 398 с.

11. Беляева, В. В. Коммуникации в практике медицинской сестры / В. В. Беляева // Сестринское дело, 2012. – № 4. – С. 12–14.

12. Верещагин, Н. В. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы / Н. В. Верещагин, Ю. Я. Варанкин // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 2001. – Вып. 1. – Приложение «Инсульт». – С. 34–40.

13. Гольдблат, Ю. В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю. В. Гольдблат. – СПб. : Политехника, 2006. – 246 с.

14. Гуревич, К. Г. Использование критериев качества жизни в современной медицине / К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант, М. А. Черепахина // Сестринское дело, 2013. – № 1. – С. 15–18.

15. Гусев, Е. И. Современный взгляд на проблему инсульта / Е. И. Гусев // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 2003. – №9. – С. 3–5.

16. Гусев, Е. И. Эпидемиология инсульта в России / Е. И. Гусев [и др.] // Неврология, 2003. – С. 5–7.

17. Екушева, Е. В. Реабилитация после инсульта: значение процессов нейропластичности и сенсоматорной интеграции / Е. В. Екушева, И. В. Дамулин // Журнал неврологии и психиатрии, 2013. – Т. 113, № 12. – С. 35–41.

18. Еркебаева, С. К. Эпидемиология и климато-географические факторы риска церебрального инсульта в Южно-Казахстанской области / С. К. Еркебаева, Е. С. Нургужаев, Б. Г. Гафуров // Журнал неврологии и психиатрии, 2013. – Т. 113. – № 3. – Вып. 2. – С. 3–8.

19. Ермакова, М. М. Что должна знать медсестра об инсульте / М. М. Ермакова, А. В. Голенков // Медицинская сестра, 2013. – № 6. – С. 7–11.

20. Ефремушкин, Г. Г. Объёмный кровоток в магистральных артериях при различных уровнях артериального давления у больных артериальной гипертонией пожилого возраста / Г. Г. Ефремушкин, Т. В. Филиппова, Е. А. Денисова // Российский Кардиологический журнал, 2010. – № 6. – С. 11–15.

21. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года. // Мейірбике ісі. Сестринское дело, 2014. – № 3 (22). – С. 36–43.

22. Котова, С. В. Сестринское дело в неврологии. Учебное издание / С. В. Котова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 248 с.: ил.

23. Кутулбаев, М. А. Нейроиммунные механизмы в развитии постинсультной депрессии / М. А. Кутулбаев, Л. Р. Ахмадеева // Журнал неврологии и психиатрии, 2013. – Т. 113. – № 2. – С. 76–79.

24. Лавут, Л. М. Роль медицинской сестры в организации лечебного питания / Л. М. Лавут // Сестринское дело, 2013. – № 4. – С. 16.

25. Майорчикова, С. А. Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательной и нервной систем / С. А. Майорчикова, Л. А. Черникова. – М., 2004. – 398 с.

26. Макаров, А. Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы [под ред. А. Ю. Макарова] / А. Ю. Макаров, В. Г. Помников. – СПб. : ООО Золотой век, 1998. – 600 с.

27. Мамедов, М. Н. Артериальная гипертония при сахарном диабете: классические представления и современные тенденции / М. Н. Мамедов // Кардиология, 2013. – Т. 53. – № 1. – С. 87–90.

28. Резолюция IV Конгресса кардиологов Республики Казахстан // IV Конгресс кардиологов Республики Казахстан. – Алматы, 2012. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http: // www.kzcardio.org/congress/iv-конгресс кардиологов-2012-год/резолюция.html.

29. Сопина, З. Э. Современная организация сестринского дела: учебное пособие / под ред. З. Э. Сопина, Ю. А. Тарасова, Э. О. Костюкова и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 576 с.

30. Тараян, С. Ф. Порядок оказания неотложной помощи при кардиологических заболеваниях [Электронный ресурс]. / С. Ф. Тараян, О. Б. Агопян // Современные научные исследования, 2012. – № 14. – Режим доступа: http: // sni-vak.ru/статьи-вак/law/порядок оказания неотложной медицинской помощи при кардиологических заболеваниях.

31. Хабиров, Ф. А. Ранняя реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, в системе мульти дисциплинарных бригад / Ф. А. Хабиров // Неврологический вестник, 2005. – Т. XXXVII, вып. 1-2. – С. 85–92.

32. Яромич, И. В. Сестринское дело / И. В. Яромич. – М. : Издательство Оникс, 2010. – 464 с:ил.

33. Aadal, L. Nursing Roles and Functions in the Inpatient Neurorehabilitation of Stroke Patients: A Literature Review / L. Aadal, S. Angel, P. Dreyer et al. // J Neurosci Nurs, 2013. – Jun;45(3):158–170.

34. Adams, H. P. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke / H. P. Adams, R. J. Adams, G. del Zoppo T. et al. // 2005 Guidelines Update. A Scientific statement from the stroke council of the American Heart Association/ American Stroke Association. – Ibid, 2005. – 36. – P. 916–921.

35. Allen, D. How has the impact of 'care pathway technologies' on service integration in stroke care been measured and what is the strength of the evidence to support their effectiveness in this respect? / D. Allen, L. Rixson // Int J Evid Based Healthc, 2008 Mar. – 6(1):78–110.

36. Amir, Y. Pressure ulcer prevalence and quality of care in stroke patients in an Indonesian hospital / Y. Amir, R. J. Halfens, C. Lohrmann et al. // J Wound Care. 2013 May;22(5):254-60.

37. Barreca, S. Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit / S. Barreca, S. Wilkins // J Adv Nurs, 2008. – Jul. – 63(1):36-44.

38. Bogousslavsky, J. Recovery After Stroke / J. Bogousslavsky, M. R. Barnes, B. Dobkin // Medical, 2005. – P. 668.

39. Boschen, K. A. Variables affecting independent living for persons with physical disabilities / K. A. Boschen // Rehabilitation. Progress Reports. Baltimore, 2004. – P. 131.

40. Bowler, W. Approaches to the measurement of quality of life / W. Bowler, R. Brown, R. Cummins et al. // 12th World Congress IFPRM – Book of abstracts, Synday, 2005. – P. 39.

41. Britton, M. Home rehabilitation after stroke. Review of the literature / M. Britton // Nord Med, 2004. – V. 112. – № 9. – P. 323–326.

42. Castillo, J. Blood pressure decrease during the acute phase of ischemic stroke is associated with brain injury and poor stroke outcome / J. Castillo, R. Leira, M. Garcia et al. // Stroke, 2004. – 35. – P. 520–527.

43. Chalmers, J. Management of hypertension: evidence from the Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration and from major clinical trials / J. Chalmers, H. Arima // PolskieArch iwum Medycyny Wewnetrznej, 2009. – v. 119(6). – P. 373–380.

44. Chouinard, P. A. Changes in effective connectivity of the primary motoicortex in stroke patients after rehabilitative therapy / P. A. Chouinard, G. Leonard, T. Paus // Exp. Neurol., 2006. – Vol. 201(2). – P. 375–387.

45. Dwyer, D. Experiences of registered nurses as managers and leaders in residential aged care facilities: a systematic review / D. Dwyer // Int J Evid Based Healthc, 2011 Dec. – 9(4):388-402.

46. Falkoner, J. A. Stroke Inpatient Rehabilitation: A Comparison Across Age Groups / J. A. Falkoner, B. J. Naughton, D. C. Strasses, et al. // J. Am. Geriatr. Sos, 2004. – V. 42. – P. 39–44.

47. Feher, M. Effect of Mydocalm in the rehabilitation of hemiparesis / M. Feher, P. Juvancz, M. Szontagh // Balneologia Rehailitdcio Gyogyfurdougy, 1985. – Vol. 6. – P. 201–205.

48. Gallichio, J. E. Pharmacologic management of spasticity following stroke / J. E. Gallichio // Phys Ther, 2004. – Vol. 84. – P. 973–981.

49. Hart, R. G. Stroke with intermittent atrial fibrillation: incidence and predictors during aspirin therapy. Stroke Prevention in Atrial fibrillation Investigators / R. G. Hart, L. A. Pearce, R. M. Rothbart // J. Amer. Coll, Cardiol, 2000. – 35. – P. 183–187.

50. Indredavik, B. Stroke unit treatment: Long- term effects / B. Indredavik, S. Slordahl, F. Bakke, et al. // Stroke, 2001. – V. 28. – P. 1951–1996.

51. Keith, R. A. Functional Status and Health Status / R. A. Keith // Arch. Phys. Med. Rehab, 2004. – V. 74. – P. 478–483.

52. Kuperberg, E. B. // J. Of Tropical and Geographic Neurology / E. B. Kuperberg, M. B. Yarustovsky, A. E. Gaidashev, et al. – 1992. – № 2. – P. 109–114.

53. Lin, J. H. Efficiency and effectiveness of stroke rehabilitation after first stroke / J. H. Lin, C. M. Chang, C. K. Liu, et al. // J. Formos Med. Assos, 2000. – Jun; 99 (6). – P. 483–490.

54. Mant, J. Family support for stroke: a randomized controlled trial / J. Mant, J. Carter, D. T. Wade, et al. // Lancet, 2000. – V. 356 (9232). – P. 808–813.

55. Mauritz, K. General Rehabilitation / K. Mauritz // Curr. Opin. in Neurology and Neurosurgery, 2000. – № 3. – P. 714–718.

56. McGinnes, A, Easton S, Williams J, Neville J. The role of the community stroke rehabilitation nurse / A. McGinnes, S. Easton, J. Williams, et al. // Br J Nurs, 2010. – Sep 9-22;19(16):1033-1038.

57. Mendis, S. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними / S. Mendis, P. Puska, B. Norrving. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 162 с.

58. Nelson, E. C. The functional status of patients: how can it be measured in physician offices / E. C. Nelson, J. M. Landgraf, R. D. Hays, et al. // Med. Care. – 2000. – V. 28. – P. 1111–1116.

59. Nosek, M. A. Life satisfaction of people with disabilities: relationship to personal assistance, disability status and handicap / M. A. Nosek, J. Marcus, G. Potter // Rehabilitation Prog. Rep. Baltimore, 2004. – P. 130.

60. Potter, P. A. Development and testing of NLINKs Evidence-based Nursing (EBN) Matrix and Related Databases / P. A. Potter, A. G. Perry, M. A. Lavin // J. Med. Lib. Ass, 2005. – v. 93 (1): 104-115.

61. Rusin, M. J. Stroke rehabilitation: a geropsychological perspective / M. J. Rusin // Arch. Phys. Med. Rehab, 2000. – V. 71. – № 11. – P. 914–922.

62. Sacco, R. L. Leisure – time physical activity and ischemic stroke risk: the Northern Stroke Study / R. L. Sacco, R. Gan, B. Boden-Albala et. al. // Stroke, 2001. – V. 29. –P. 380–387.

63. Santos, A.C.S. Prevalencia de incapacidades em dois diferentes grupos sociais em Salvador, Brasil / A.C.S. Santos, I. Lessa // Bol. Ofic. Sant. Panamer, 2001. – V. 106. – № 4. – P. 304–313.

64. Vermeulen, C. J. Time Use of Stroke Patients with Stroke Admitted for Rehabilitation in Skilled Nursing Facilities / C. J. Vermeulen, B. I. Buijck, J. C. van der Stegen, et al. // Rehabil Nurs, 2013 May 29. doi: 10.1002/rnj. – P. 79.

65. WHO MONICA Project, Principal Investigators // J. Clin. Epidemiol, 1998. – Vol. 41. – P. 105–114.

66. Widen-Holmquist, L. Stroke rehabilitation in Stockolm. Basis for late intervention in patients at home / L. Widen-Holmquist, J. de Pedro Cuesta, M. Holm, et. al. // Scand. J. Rehab. Med., 2003. – V. 25, № 4. – P. 173–181.

67. Williams, L. S. Health – related quality of life / L. S. Williams // Neuroepidemiology, 1998. – V. 17. – P. 116–120.

68. Wolf, P. A. Epidemiology of stroke / P. A. Wolf, R. B. D'Agostino // In: Barnett H.J.M., Mohr J. P., Stein B. M., Yatsu F.M., eds. Stroke : pathophysiology, diagnosis, and management. – Philadelphia : Churchill Livingstone. – 2001. – P. 3. – 28.

69. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2005. Conquering suffering enriching humanity.

70. Zhang, W. W. Stroke rehabilitation in China: a systematic review and meta-analysis / W. W. Zhang, S. Speare, L. Churilov etc. //Int .J .Stroke, 2013. – v. 112. – P. 846–855.

Материал поступил в редакцию 19.03.15.

NURSING CARE IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AFTER ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS (LITERATURE SURVEY)

L.K. Zhazykbaeva[1], A.T. Ospanova[2]

[1] Candidate of Medical Sciences, Research Assistant, [2] Candidate for a Master's Degree

Internal Medicine Propaedeutics Department, Semey State Medical University, Kazakhstan

Abstract. *In this article, the nursing care peculiarities in rehabilitation of patients with arterial hypertension after acute cerebral circulatory disorders are described. Patients with arterial hypertension after acute cerebral circulatory disorders need long and complex rehabilitation. Acute cerebral circulatory disorder is one of the most frequent complications of arterial hypertension. The usage of modern nursing care organization technologies during rehabilitation of patients with arterial hypertension after acute cerebral circulatory disorders promotes quality and efficiency of nursing care. This article is devoted to analysis of these causes.*

Keywords: *arterial hypertension, acute cerebral circulatory disorders, nurse work, rehabilitation.*

Oncology
Онкология

УДК 616-006-039.75 614.2(470.43)

СОСТОЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 ГОДУ И ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

А.Г. Егорова[1], С.Н. Ищеряков[2], О.В. Осетрова[3], Ю.В. Липина[4], А.Е. Орлов[5]
[1] кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по организационно-методической работе,
[2] заведующий отделением паллиативной помощи, [3] главный врач АНО «Самарский хоспис»,
[4] врач-онколог отдела противораковой борьбы и онкологический
статистики с популяционным раковым регистром, [5] главный врач ГБУЗ СОКОД
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер (ГБУЗ СОКОД), Россия

Аннотация. *По данным Самарского популяционного ракового регистра в 2014 году в регионе было зарегистрировано 5320 онкологических больных 4 клинической группы. Именно эти контингенты онкобольных больше всего нуждаются в многообразных формах паллиативной помощи. С целью дальнейшего совершенствования медицинской помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований (ЗНО) и разработки управленческих решений по ее оптимизации, проведены анализ и оценка результатов деятельности службы паллиативной помощи Самарской области в период 2010-2014 гг. В результате использования высокотехнологичных методик при лечении онкобольных с распространенными формами рака и организационно-методических мероприятий, проводимых в службе паллиативной онкологической помощи, в Самарской области повысилось качество лечения и диспансерного наблюдения онкологических больных 4 клинической группы. Однако, представленный анализ показал, что уровни конечных показателей деятельности службы паллиативной помощи в регионе пока не соответствуют нормативам ВОЗ. В этой связи, в рамках программы курации проводятся интенсивные организационные мероприятия, направленные на повышение качества и доступности паллиативной помощи онкологическим больным. А проводимый мониторинг конечных показателей деятельности службы позволяет оперативно оценивать качество диспансерного наблюдения и лечения онкологических больных с хроническим болевым синдромом в каждом учреждении здравоохранения, принимать необходимые организационные решения и контролировать их выполнение.*

Ключевые слова: *специализированный и квалифицированный уровень паллиативной медицинской помощи онкологическим больным, отделения паллиативной помощи, хосписы, высокотехнологичные паллиативные операции, мониторинг конечных показателей деятельности службы паллиативной помощи.*

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на выдающиеся успехи, достигнутые в диагностике и терапии опухолей, по прогнозам экспертов ВОЗ, в ближайшем будущем заболеваемость и смертность от рака будут увеличиваться [1, 4, 5, 6]. По данным Самарского популяционного ракового регистра в 2014 году в регионе было зарегистрировано 5320 онкологических больных 4 клинической группы [2]. Именно эти контингенты онкобольных больше всего нуждается в многообразных формах паллиативной помощи [1, 6]. В соответствии с рекомендациями Международной ассоциации хосписной и паллиативной помощи (IAHPC) в каждой стране необходимо разработать собственную модель паллиативной помощи, а не копировать модели, действующие в странах с развитой экономикой. Не существует единственно верной модели [8].

В Самарской области в 2010 году была осуществлена оптимизация региональной организационной модели паллиативной помощи, в соответствии с которой лечение и диспансерное наблюдение больных с распространенными формами рака осуществляется на квалифицированном и специализированном уровнях медицинской помощи [3]. При этом, специальное паллиативное лечение онкобольных в соответствии с действующими клиническими онкологическими стандартами, утвержденными МЗ РФ, проводится в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере (ГУЗ СОКОД), а также в онкоотделениях ГКБ№5 г. Тольятти и ЦГБ г. Сызрани. В подразделениях участковой службы, в хосписах, в общехирургических стационарах районных и городских больниц осуществляется симптоматическое паллиативное лечение онкобольных, в том числе и больных 4 клинической группы. Общий показатель укомплектованности специалистами по службе в целом в 2014 году составил 77,8 %.

© Егорова А.Г., Ищеряков С.Н., Осетрова О.В., Липина Ю.В., Орлов А.Е. / Egorova A.G., Ishcheryakov S.N., Osetrova O.V., Lipina Yu.V., Orlov A.E., 2015

Координация деятельности подразделений службы и контроль качества полноты исполнения алгоритмов лечения больных с распространенными формами рака возложены на отделения паллиативной помощи (ОПП) ГБУЗ СОКОД и ГКБ №5 г. Тольятти, функционирующие по типу выездной службы стационара на дому, а также на организационно-методический Центр паллиативной помощи, функционирующий на базе Самарского ракового регистра [3]. Мероприятия, выполненные в рамках вышеописанной модели в 2010-2012 гг. позволили увеличить число онкобольных с распространенными формами ЗНО, получавших лечение в соответствии с рекомендациями ВОЗ и повысить качество лечения и диспансерного наблюдения онкологических больных 4 клинической группы. Однако, удельный вес онкобольных с ХБС, получавших препараты 3 ст. обезболивания, по-прежнему оставался низким – в конце 2012 г. он составил всего 12,1 % [3].

С целью дальнейшего совершенствования медицинской помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований (ЗНО) и разработки управленческих решений по ее оптимизации, проведены анализ и оценка результатов деятельности службы паллиативной помощи Самарской области в период 2010-2014 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом настоящего исследования были онкологические больные с хроническим болевым синдромом (ХБС), проживающие в Самарской области, сведения о которых включены в базу данных Самарского популяционного ракового регистра «Автоматизированная система оценки качества диагностики, лечения злокачественных опухолей и диспансерного наблюдения онкологических больных» (лицензия № 2010612497 от 09.04.2010г.).

Для характеристики службы паллиативной помощи были использованы показатели ресурсного обеспечения (число коек, штатных должностей, фельдшерских и врачебных бригад) и результатов оперативной деятельности ее специалистов (число посещений, консультаций, манипуляций, число выездов бригад, число пролеченных больных, средний койко-день, число выполненных операций).

Ежемесячный мониторинг индикаторов качества диспансеризации онкобольных с хроническим болевым синдромом, регламентированный Приказом МЗ и СР Самарской области от 30.08.2011 г. № 1753 «О совершенствовании организации льготного лекарственного обеспечения жителей Самарской области, страдающих онкологическими заболеваниями». Этим приказом также были утверждены «Программа гарантированного лекарственного обеспечения обезболивающими препаратами граждан, страдающих онкологическими заболеваниями и находящихся на 3-й ступени обезболивания» и алгоритмы обезболивающей терапии больных 4 клинической группы.

Программа статистического мониторинга предусматривала анализ ряда показателей. Среди них: «общее число онкобольных с ХБС (нарастающим итогом)», «число больных, получавших препараты 3 ст. обезболивания (нарастающим итогом)», удельный вес больных, находящихся на 1-й, 2-й, 3-й ступенях обезболивания, а также отношение числа больных, находящихся на 2-й и 3-й ступенях обезболивания, которое по рекомендациям ВОЗ должно стремиться к 1 [7, 9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Центральным звеном региональной модели паллиативной помощи в Самарской области являются два отделения (ОПП), работа которых организована по типу выездной службы стационара на дому, так как эта форма организационной деятельности признана наиболее приемлемой, учитывая финансовые возможности региона, потребности, мнения руководителей здравоохранения. ОПП ГБУЗ СОКОД укомплектовано 4 бригадами (3 врачебные и 1 фельдшерская), а ГКБ №5 г. Тольятти – 22 бригадами (3 врачебные и 19 фельдшерских). В **отделениях паллиативной помощи** работает 31 специалист: 7 врачей, 22 средних медработника, 3 санитарки и 2 медицинских психолога. Показатель укомплектованности специалистами в ОПП в 2014 году составил 64,3 %.

В ОПП поступают пациенты с распространённой формой опухолевого процесса, как после проведенного специального лечения, продолжение которого невозможно в связи с выраженной прогрессией заболевания, так и пациенты с впервые выявленным злокачественным новообразованием в запущенной стадии. 100 % из обратившихся за помощью пациентов имели болевой синдром различной степени выраженности. При первичном осмотре и в ходе дальнейшего лечения имеют большое значение жалобы больного, подробно собранный анамнез, оценка психологического состояния больного, а также ежедневный контроль эффективности проводимого лечения с использованием нескольких визуальных шкал оценки боли.

Учитывая характер работы отделений паллиативной помощи региона и его возможности, разработаны специальные критерии принятия пациентов на обслуживание. На лечение принимаются больные с онкологическим заболеванием в терминальной стадии, у которых обслуживание в условиях участковой поликлиники невозможно из-за тяжести состояния. В период лечения пациенты должны находиться в черте города Самары, так как выездная бригада большое количество времени затрачивает на переезд с одного места обслуживания до другого. Пациенты из сельских районов Самарской области на паллиативное хирургическое лечение направляются в хирургический стационар, а для подбора обезболивающей и другой симптоматической терапии – консультируются с районными онкологами и специально обученными терапевтами. Очень часто специалисты отделения паллиативной помощи консультируют своих коллег и родственников по телефону, уточняя и согласовывая тактику ведения и лечения больных. В ОПП лечатся больные, нуждающиеся в малых хирургических вмешательствах: лапароцентез, торакоцентез, эпицистостомии, гемостаз с прошиванием сосудов, туалет и замена трахеостомической трубки, дренирование плевральной и брюшной полостей, некрэктомии, установка

назогастрального зонда при хронической непроходимости желудочно-кишечной трубки, мочевого катетера, катетеризации периферических сосудов, постановки дозировочных установок для непрерывной инфузии лекарственного препарата и т.д.

Лечебная работа в отделении выстроена по следующему алгоритму (маршруту): консультация с рекомендациями онкологу первичного онкокабинета и ВОП по тактике ведения и алгоритму лечения; госпитализация в ОПП и развертывание для больного стационара на дому; госпитализация больного в хирургический стационар общей лечебной сети для выполнения симптоматического паллиативного пособия; госпитализация больного в ГБУЗ СОКОД для проведения специального лечения; госпитализация больного в хоспис. После окончания этапа лечения в ОПП, стационаре, хосписе пациент вновь передается для дальнейшего наблюдения ВОП и онкологу первичного онкокабинета.

В период с 2010 по 2014 годы число консультаций, выполненных специалистами ОПП, возросло с 1921 до 4089, а число пролеченных больных – с 635 до 1306. Средний койко-день в ОПП ГБУЗ СОКОД составил 15,2, а в ОПП ГКБ №5 г. Тольятти – 37,5 (среднее значение за последние 5 лет) (таблица 1). В 2014 году специалистами врачебных бригад было выполнено 3126 различных манипуляций и услуг – в 3,3 раза больше, чем в 2010 году. При этом, 737 больным выполнена обработка пролежней, 620 – торакоцентез, 232 – лапарацентез, 189 больным установлен желудочный зонд, 99 – мочевой катетер, 7 пациентам проведена эпидуральная анестезия и 4 больным выполнены блокады; с 1238 пациентами и их родственниками проведены различные психокоррегирующие занятия. Специалистами фельдшерских бригад в 2014 году было выполнено 17206 различных манипуляций: 4136 перевязок, 3768 внутривенных инфузий и 8610 внутримышечных инъекций; 690 родственников больных обучено основам ухода. В целом, объем услуг отделений паллиативной помощи Самарской области в период с 2010 по 2014 годы возрос с 17593 до 20332, или на 15,5 % (таблица 1).

В специализированных подразделениях онкослужбы проводилось **специальное паллиативное лечение** онкобольных с распространёнными формами рака – химиотерапия, лучевая терапия, а также различные циторедуктивные операции, в том числе высокотехнологические (резекция печени при mts, РЧА mts печени, легкого, костей, опухолей почки, химиоэмболизация печеночных артерий, почечных артерий, маточных артерий, чрезпеченочная холанхиография с наружно-внутренним дренированием, стентирование холедоха, рентгенохирургическая нефростомия, удаление метастазов головного мозга, видеоассистированная резекция легкого, лобэктомия, нефрадреналэктомия, установка порта для в\в инфузий). Участковые врачи после посещения больных на дому (так называемая активная санация больных в терминальной стадии), представляют их на комиссию в отделение паллиативной помощи ГБУЗ СОКОД для решения вопроса о возможности выполнения различных паллиативных высокотехнологичных вмешательств.

Таблица 1

Основные показатели деятельности отделений паллиативной помощи Самарской области в 2010-2014гг. (ГБУЗ СОКОД и ГКБ №5 г. Тольятти)

Наименование	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г
Число консультаций врача ОПП	1921	2334	2356	3191	4089
Число выездов врачебных бригад	2678	3086	3610	3587	4118
Число выездов фельдшерских бригад	32255	24770	29952	32568	32840
Число пролеченных больных	635	1013	1054	1160	1306
Ср. к\д ОПП ГБУЗ СОКОД	*	15,2	15,0	14,5	16,1
Ср. к\д ОПП ГКБ №5 г. Тольятти	37,7	39,6	37,2	38,1	34,7
Оперативная работа врачебных бригад					
Лапароцентез	170	182	183	207	232
Торакоцентез	230	343	485	669	620
Обработка пролежней	198	265	378	177	737
Блокады	7	4	6	4	7
Эпидуральная анестезия	27	4	4	2	4
Катетеризация мочевого пузыря	84	108	110	122	99
Установка желудочного зонда	48	99	102	223	189
Психокоррекция пациентов	168	417	384	1210	1238
Всего услуг, оказанных врачами и психологами ОПП	932	1422	1652	2614	3126
Оперативная работа фельдшерских бригад					
Перевязки	3734	3462	4293	4135	4136
В\в инфузии	3929	3758	3670	3780	3768
В\м иньеции	8363	6472	6032	7531	8610
Число обученных основам ухода	635	579	594	660	692
Число услуг, оказанных фельдшерами и медсестрами ОПП	16661	14271	14589	16106	17206
Всего услуг, оказанных специалистами ОПП	17593	15693	16241	18720	20332

Всего в 2014 году различные виды специального паллиативного лечения получили 7230 онкобольных.

При этом, хирургическое лечение было выполнено 3513 больным (в том числе 575 больным выполнены высокотехнологичные операции), химиотерапевтическое – 3203 и лучевое – 514 (таблица 2).

Таблица 2

Число онкобольных, получивших различные виды специального паллиативного лечения в Самарской области в 2014 году

Вид лечения	ГБУЗ СОКОД	ГКБ№5 Тольятти	ЦГБ Сызрани	ИТОГО
Хирургическое	2794	630	89	3513
Химиотерапевтическое	2072	875	256	3203
Лучевое	302	134	78	514
ИТОГО	5168	1639	423	7230

В тесном контакте с отделениями паллиативной помощи работали онкокабинеты, участковая служба и 6 хосписов, коечный фонд которых составляет 70 паллиативных онкологических коек. Хосписные отделения функционировали в ГБ №7 г. Самара, ГБ-3 г. Сызрань, Жигулевской ЦГБ, Кинель-Черкасской ЦРБ, Нефтегорской ЦРБ; также функционировал НО «Самарский хоспис». В 2014 году в хосписах работали 63 специалиста, в том числе 10 врачей, 31 средний медработник, 13 санитарок и 1 медицинский психолог. Показатель укомплектованности специалистами хосписных отделений в 2014 году составил 93,6 %.

Таблица 3

Объемы оперативной деятельности хосписов Самарской области в 2010-2014 годах

Показатель	2011г	2012г	2013г	2014г
Число выездов врачебных и сестринских бригад	9301	9439	9737	11230
Число больных, пролеченных на дому (выездная служба хосписа)	516	478	548	527
Средняя длительность наблюдения больных на дому	39,2	39,3	31,3	51,8
Число больных, пролеченных в стационаре хосписа	725	730	701	769
Работа койки	301,2	310,1	323,4	344,8
Средний к\день	29,0	29,6	31,8	35,2

В составе **хосписов** активно работали 6 выездных бригад, число выездов которых в период с 2011 по 2014гг. возросло на 20,7 %. В 2014 году на дому специалистами хосписов наблюдалось 527 больных (средний день наблюдения – 51,8); в стационаре пролечено 769 больных (средний койко-день – 35,6). В период с 2011 по 2014 гг. работа онкологической паллиативной койки в Самарской области возросла с 301,2 до 344,8 дней году (таблица 3).

Кроме лечебной работы, специалистами отделений паллиативной помощи и хосписов активно проводились **организационно-методические мероприятия,** направленные на обеспечение преемственности между специалистами ОПП, районными онкологами, участковыми терапевтами и ВОП учреждений здравоохранения области. Внедрены обучающие образовательные программы по диагностике и терапии боли у онкологических больных. Всего в период с 2010 по 2014 годы было обучено более 1000 специалистов участковой службы, проведено 19 конференций и 8 мастер классов по порядку обезболивания и психологической поддержки больных и родственников. На выездах у постели больного проведено 10 мастер классов по технике выполнения малых хирургических операций (торакоцентез и лапароцентез), 14 – по методике организации назогастрального питания, 4 – по технике дренирования плевральной полости.

Координация деятельности подразделений службы и **контроль качества** и полноты исполнения алгоритмов лечения больных с распространенными формами рака осуществляются главным специалистом по паллиативной помощи, профильной комиссией по паллиативной помощи МЗ Самарской области, профильным организационно-методическим центром, функционирующим на базе Самарского ракового регистра. При этом, в соответствии с Приказом МЗ Самарской области № 1753 от 30.08.2010 г., проводился ежемесячный мониторинг индикаторов качества диспансеризации онкобольных с хроническим болевым синдромом.

По результатам мониторинга в 2014 году в Самарской области было зарегистрировано 5320 онкобольных 4 клинической группы, из них только 1350 получали препараты 3 ст. обезболивания, или 25,4 % (норматив по рекомендациям ВОЗ 40,0 % [9]). Средний показатель по городам составил 25,2 %. Норматив был выполнен только в г. Жигулевске (51,9 %) и г. Тольятти (37,7 %). Неудовлетворительным уровень показателя оказался в г. Отрадном (10,0 %), Новокуйбышевске (10,0 %) и Октябрьске (13,9 %).

По г. Самара удельный вес больных, находившихся на 3 ст. обезболивания (нарастающим итогом) составил 21,5 %. Норматив был выполнен только в МСЧ-2 (44,3 %), МСЧ-5 (43,5 %) и ГП-15 (41,5 %). Очень низкие значения показателя зарегистрированы в ГБ-7 (2,8 %), ГП-9 (5,6 %) и ГБ-10 (10,2 %). В г. Тольятти нормативные значения показателя были достигнуты только в ГП-3 (69,9 %) и ГП-1 (44,1 %), а в г. Сызрани – только в ГБ-2 (44,8 %).

Средний показатель по сельским районам составил 20,0 %. Норматив был выполнен только в Челновершинской ЦРБ (50,0 %), Похвистневской ЦРБ (43,3 %), Кинельской ЦРБ (38,8 %), Борской ЦРБ (36,8 %) и Клявлинской ЦРБ (35,3 %). Неудовлетворительным уровень показателя оказался в Шигонской ЦРБ.

Проведенный анализ также показал, что в период с 2010 по 2014 годы удельный вес больных 1 ст. обезболивания, хотя и снизился с 38,5 % до 34,7 %, но все же не достиг нормативного значения (20,0 %) [9]; удельный вес больных 3 ст. обезболивания, хотя и возрос с 9,3 % до 12,4 %, но остается значительно ниже норматива ВОЗ (40,0 %) [9]; а в показателе «удельный вес больных 2 ст. обезболивания» (норматив 40,0 % [9]) вообще не зарегистрировано положительных тенденций, так как он возрос с 46,9 % до 50,3 %. Все это не позволило достичь нормативного значения в показателе «отношение числа больных, находящихся на 2-й и 3-й ст. обезболивания», хотя он и снизился с 5,1 до 4,1 (таблица 4).

Таблица 4

Индикаторы качества диспансерного наблюдения онкобольных с ХБС в Самарской области в 2010-2014гг.

Показатель	Норма по рек. ВОЗ [9]	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Уд. в. онкоб-х на 1-ст. (%)	20,0	38,5	36,5	35,3	36,0	34,7
Уд. в. онкоб-х на 2-й ст. (%)	40,0	46,9	45,7	43,6	46,4	50,3
Уд. в. онкоб-х на 3-й ст. (%)	40,0	9,3	10,1	10,0	11,5	12,4
Отнош. числа онкоб-х 2-й и 3-й ст.	1,0	5,1	4,5	4,3	4,1	4,1

ВЫВОДЫ

В Самарской области сформирована и внедрена в практическую деятельность модель оказания паллиативной помощи с выездной службой, которая позволила улучшить качество медицинской помощи больным в терминальной стадии и обеспечила психологическую и социальную поддержку близким пациента. Региональная служба паллиативной помощи онкологическим больным функционирует по специально прописанным алгоритмам, предусматривающим порядок взаимодействия специалистов отделений паллиативной помощи с врачами общей практики, специалистами хосписов и онкологами учреждений здравоохранения региона и специализированных подразделений онкослужбы.

Ежегодно около 600 больных с основными локализациями рака, которым в предыдущие годы выполнялись только традиционные экстренные хирургические вмешательства или назначалась только симптоматическое лечение, получают сегодня высокотехнологичную хирургическую помощь на специализированном уровне службы паллиативной помощи. Также возросли объемы медицинской помощи на ее квалифицированном уровне.

В результате использования высокотехнологичных методик при лечении онкобольных с распространенными формами рака и организационно-методических мероприятий, проводимых в службе паллиативной онкологической помощи, в Самарской области повысилось качество лечения и диспансерного наблюдения онкологических больных 4 клинической группы

Однако представленный анализ показал, что уровни конечных показателей деятельности службы пока не соответствуют нормативам ВОЗ. В этой связи, в регионе в рамках программы курации и организационно-методической поддержки учреждений здравоохранения области по онкологии, проводятся интенсивные организационные мероприятия, направленные на повышение качества и доступности паллиативной помощи онкологическим больным. А проводимый мониторинг конечных показателей деятельности службы позволяет оперативно оценивать качество диспансерного наблюдения и лечения онкологических больных с хроническим болевым синдромом в каждом учреждении здравоохранения, оперативно принимать необходимые организационные решения и контролировать их выполнение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абузярова, Г. Р. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях/ Г. Р. Абузярова, Л. М. Александрова, В. П. Тюрин и др. / Методические рекомендации. – М. : ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий», 2012. – 36 с.

2. Гридасов, Г. Н. Состояние и перспективы развития онкологической службы Самарской области / Г. Н. Гридасов, А. Е.Орлов, А. Г. Егорова // Новые технологии в онкологии: Сборник материалы ежегодной научно-практической конференции. – Самара, 2013. – 258 с.

3. Егорова, А. Г. Результаты и перспективы деятельности службы паллиативной помощи онкологическим больным в Самарской области / А. Г. Егорова, А. Е. Орлов, О. В. Осетрова и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2013. – №4 – с. 14–21.

4. Каприн, А. Д. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г.В.Петрова; под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М. : ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий», 2014. – 250 с.

5. Каприн, А. Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г. В. Петрова; под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В.Петровой. – М. : ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий», 2015. – 250 с.

6. Каприн, А. Д. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях/ А. Д. Каприн, Г. Р. Абузярова, В. Э. Хороненко и др. / Методические рекомендации. – М. : ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий», 2015. – 41 с.

7. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Тридцать четвертый доклад ВОЗ. – Женева : ВОЗ, 2007.

8. Новиков, Г. Н. Организационно-методологические проблемы эффективного обезболивания в паллиативной по-

мощи онкологическим больным в России / Г. Н. Новиков, Н. А. Осипова и др. // Практическая онкология. – 2001. – №1(5). – с. 14–17.

9. Seya, Marie-Josephine. A First Comparison Between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels / Marie Josephine Seya, Susanne F. A. M. Gelders, Obianuju Uzoma Achara, et al. // Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. – 2011. № 25. – с. 6–18.

Материал поступил в редакцию 08.05.15.

THE SITUATION OF PALLIATIVE CARE FOR ONCOLOGY PATIENTS IN SAMARA OBLAST IN 2014 AND ITS DEVELOPMENT NECESSITY SUBSTANTIATION

A.G. Egorova[1], S.N. Ishcheryakov[2], O.V. Osetrova[3], Yu.V. Lipina[4], A.E. Orlov[5]

[1] Candidate of Medicine, Deputy Chief Doctor on Organizational and Methodological Work,
[2] Palliative Care Department Head, [3] Chief Doctor of Samara hospice, [4] Oncologist of Fight Against Cancer and Oncologic Statistics with the population-based cancer registries,
[5] Chief Doctor of Samara Regional Clinical Oncology Center
Samara Regional Clinical Oncology Center, Russia

Abstract. *According to the data of Samara population-based cancer registries, in 2014 there were 5320 oncology patients of clinical group 4 registered in the region. This group of patients especially needs various forms of palliative care. The assessment and analysis of results of Samara oblast palliative care service activity in 2010-2014 were conducted, aimed at the further development of medical care for oncology patients with the widespread forms of malignant neoplasms and managerial decisions development for medical care enhancement. Increased quality of treatment and regular medical check-up of the 4th clinical group oncology patients in Samara oblast resulted from the treatment of oncology patients with the widespread forms of cancer, using high technology methodologies and organizational and methodological activities conducted in Samara oblast palliative care service. However, this analysis has shown that the final figure levels of palliative care service activity in the region still do not correspond to WHO standards. In this respect within the framework of curation program, the active organizational arrangements are implemented aimed at the increase of quality and accessibility of palliative care for oncology patients. Final figures monitoring of service activity allows taking necessary organizational decisions and control of their execution, as well as dynamic quality assessment of regular medical check-up and treatment of oncology patients with chronic pain syndrome in any health care institution.*

Keywords: *specialized and competent level of palliative medical care for oncology patients, palliative care departments, hospices, high technology palliative surgery, final figures monitoring of palliative care service activity.*

Pediatry
Педиатрия

УДК 616.831-009.11-053.37-07

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ОТДЕЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Е.А. Воробьева[1], Н.В. Гордеева[2], О.М. Филькина[3], Н.В. Долотова[4], Г.Н. Кузьменко[5], О.Г. Ситникова[6], С.Б. Назаров[7]

[1] доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела охраны здоровья детей,
[2] аспирант отдела охраны здоровья детей, [3] заведующий отделом охраны здоровья детей,
[4] старший научный сотрудник отдела охраны здоровья детей,
[5] ведущий научный сотрудник лаборатории клинической биохимии,
[6] старший научный сотрудник лаборатории клинической биохимии, [7] зав. лабораторией клинической биохимии
ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Иваново), Россия

Аннотация. *Установлено, что дети раннего возраста со спастическими формами детского церебрального паралича характеризуются высокой частотой фоновой патологии (гипотрофии, дефицитных анемий, рахита), хронических заболеваний ЛОР-органов, болезней органов пищеварения и почек, сниженным эмоциональным статусом, дисбалансом вегетативной нервной системы за счет повышенной активности парасимпатического отдела и снижения активности симпатического отдела, сниженной вегетативной реактивностью, наличием тканевой гипоксии, усилением интенсивности свободнорадикального окисления липидов и компенсаторным повышением антиоксидантной активности.*

Ключевые слова*: дети раннего возраста, детский церебральный паралич, соматическая патология, функциональные и биохимические показатели.*

Несмотря на многолетнее изучение, детский церебральный паралич (ДЦП) остается одной из главных причин инвалидности детей [4, 6, 7]. В настоящее время частота ДЦП не имеет тенденции к снижению, что объясняется большей выживаемостью детей с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС, в том числе маловесных детей, за счет совершенствования методов выхаживания и снижения смертности среди недоношенных детей и новорожденных с экстремально низкой массой тела, у которых риск развития данной патологии весьма значителен [2, 7, 9]. Наиболее распространенными являются спастические формы ДЦП, на долю которых приходится до 80-85 % [4, 6, 7].

Известно, что кроме неврологических нарушений у детей с ДЦП страдает и соматическое здоровье, регуляторные механизмы [1, 6]. Изучение эмоционального состояния, вегетативной регуляции, биохимических показателей у детей раннего возраста является неотъемлемой частью оценки психосоматического статуса ребенка, необходимой для объективного суждения об уровне его здоровья и реабилитационном потенциале [1, 6].

Целью исследования явилось изучение особенностей соматической патологии, отдельных функциональных и биохимических показателей детей раннего возраста со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 178 детей раннего возраста со спастическими формами ДЦП. У 52 детей диагностирован спастический тетрапарез, у 80 детей – спастическая диплегия, у 46 – спастический гемипарез. Контрольную группу составили 150 детей с перинатальными поражениями ЦНС легкой и средней степени тяжести с компенсацией неврологических нарушений к году.

Выявление соматической патологии проводилось путем клинического обследования и выкопировки данных из медицинской документации (истории развития ребенка (ф. №112/у)). Количественная оценка эмоционально-поведенческих реакций выполнялась при помощи шкалы эмоционального профиля детей раннего возраста [8]. Вегетативная регуляция оценивалась методом спектрального анализа вариабельности ритма сердца (ВРС) с использованием аппаратно-программного комплекса «Полиспектр-12» фирмы «Нейрософт» (Россия, г. Иваново) [3]. Определение концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови проводилось с помощью уреказы реактивами фирмы «Biolabo» (Франция) на биохимическом анализаторе «Sat-450»; определение содержания

© Воробьева Е.А., Гордеева Н.В., Филькина О.М., Долотова Н.В., Кузьменко Г.Н., Ситникова О.Г., Назаров С.Б. / Vorobyeva E.A., Gordeeva N.V., Filkina O.M., Dolotova N.V., Kuzmenko G.N., Sitnikova O.G., Nazarov S.B., 2015

лактата в венозной крови – электрохимическим методом с помощью чип сенсоров на приборе «BIOSEN C_line GP» (Германия). Оценка интенсивности свободнорадикального окисления (СРО) липидов и антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови и мочи осуществлялась методом индуцированной хемилюминесценции (ХЛ) на биохемилюминометре «БХЛ-07» (Россия) по стандартной методике. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ «MS Excel XP» и «STATISTICA 6.0.». Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$ [5].

Результаты и их обсуждение. У детей раннего возраста со спастическими формами ДЦП выявлена достоверно более высокая, чем в контрольной группе, частота фоновой патологии: гипотрофия отмечалась в 16,3 раза чаще (34,3 и 2,1 %, $p < 0,001$), дефицитные анемии – в 3,8 раза чаще (32,6 и 8,4 %, $p < 0,001$), рахит – в 1,7 раза чаще (18,0 и 10,5 %, $p < 0,05$). Хроническая патология ЛОР-органов диагностирована у 18,3 % детей с ДЦП (хронические аденоидиты, риниты, отиты), что в 6,5 раза чаще, чем в контрольной группе (2,8 %, $p < 0,01$). Заболевания органов пищеварения отмечались у 19,7 % детей с ДЦП (недостаточность кардиального отдела желудка, аномалии желчного пузыря, дисбактериоз кишечника, хронические запоры), что в 5,6 раза чаще, чем в контрольной группе (3,5 %, $p < 0,02$). Патология почек диагностировалась у 7,9 % детей с ДЦП (острый и хронический пиелонефрит, дисметаболическая нефропатия) и лишь у 0,9 % детей в контрольной группе ($p < 0,05$).

При оценке эмоционального статуса установлено, что у детей с ДЦП средняя суммарная оценка эмоционально-поведенческих реакций была достоверно ниже, чем в контрольной группе (12,5 ± 1,13 балла и 28,5 ± 1,46 балла; $p < 0,001$), за счет более выраженных отрицательных эмоций (-1,3 ± 0,23 балла и 2,3 ± 0,20 балла; $p < 0,001$), проявлений страха (-3,7 ± 0,30 балла и 0,88 ± 0,42 балла; $p < 0,001$) и гнева (0,4 ± 0,16 балла и 1,66 ± 0,09 балла; $p < 0,001$), менее выраженных социальных контактов (1,13 ± 0,31 балла и 2,62 ± 0,33 балла; $p < 0,002$).

При исследовании ВРС установлено, что в состоянии покоя у детей с ДЦП мощность LF-компонента и процент волн LF-диапазона в структуре спектра были достоверно ниже, чем в контрольной группе (49,8 ± 1,6 и 65,0 ± 2,50 n. u., $p < 0,001$; 35,8 ± 1,0 и 42,9 ± 2,20 %, $p < 0,01$), а мощность HF-компонента спектра и доля волн HF-диапазона – достоверно выше (50,2 ± 1,6 и 35,0 ± 2,50 n. u., $p < 0,001$; 40,4 ± 1,6 и 35,0 ± 3,1 %, $p < 0,001$), что свидетельствует о более высокой активности парасимпатического и более низкой активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) у детей с ДЦП.

При проведении ортостатической пробы у детей контрольной группы отмечалась адекватная реакция за счет достоверного повышения активности симпатического отдела ВНС. Средние значения мощности LF-компонентов спектра повысились с 65,0 ± 2,50 n.u. до 73,2 ± 2,70 n.u. ($p < 0,05$), индекс вагосимпатического взаимодействия (соотношение LF/HF) повысился с 1,9 ± 0,2 у.е. до 2,4 ± 0,3 у.е. У детей с ДЦП при ортостатической пробе спектральные показатели вариабельности ритма сердца достоверно не изменялись, но наблюдалась тенденция к уменьшению значений мощности LF-компонентов спектра (с 49,8 ± 1,6 n.u до 47,4 ± 1,71 n.u.) и увеличению значений мощности HF-компонентов спектра (с 50,2 ± 1,6 n.u. до 52,6±1,71 n.u.). В результате в ортоположении у детей с ДЦП значения мощности LF-компонента спектра остались достоверно ниже, чем в контрольной группе (47,4 ± 1,71 n.u. и 73,2 ± 2,7 n.u.; $p < 0,001$), а значения мощности HF-компонента спектра – достоверно выше (52,6 ± 1,71 n.u. и 34,9 ± 3,30 n.u.; $p < 0,001$). Индекс вагосимпатического взаимодействия (LF/HF) у детей с ДЦП стал достоверно ниже, чем в контрольной группе (1,29 ± 0,13 у.е. и 2,4 ± 0,30 у.е.; $p < 0,001$). Это указывает на неадекватное подключение симпатического отдела ВНС в ответ на ортопробу и свидетельствует о сниженной вегетативной реактивности и низких адаптационных возможностях организма.

При биохимическом обследовании установлено, что дети раннего возраста со спастическими формами ДЦП отличались от контрольной группы достоверно более высокими концентрациями лактата (2,49 ± 0,13 ммоль / л и 1,61 ± 0,15 ммоль / л; $p < 0,001$) и мочевой кислоты (147,1 ± 4,75 мкмоль/л и 120,5 ± 6,81 мкмоль / л; $p < 0,01$). При ХЛ исследовании у детей со спастическими формами ДЦП выявлены достоверно более высокие, чем в контрольной группе, значения Imax (102,8 ± 2,76 мВ и 94,4 ± 3,17 мВ; $p < 0,05$) и S сыворотки крови (1557,6 ± 46,08 мВсек и 1418,8 ± 49,89 мВсек; $p < 0,05$), Imax мочи (151,4 ± 7,06 мВ и 128,9 ± 8,82 мВ; $p < 0,05$), что свидетельствует о более высокой интенсивности СРО липидов. Также у них выявлены более высокие значения tgα мочи (23,96 ± 1,15 мВ/сек и 19,59 ± 1,54 мВ/сек; $p < 0,05$). Повышение этого показателя, как и более высокое содержание мочевой кислоты в сыворотке крови, указывает на повышение АОА. Известно, что при спастических формах ДЦП спастичность мышц приводит к сужению артериальных сосудов, ишемии и тканевой гипоксии [6]. Высокий уровень лактата у детей с ДЦП подтверждает наличие тканевой гипоксии, которая является одним из пусковых механизмов усиления СРО липидов и компенсаторного повышения АОА.

Таким образом, у детей раннего возраста со спастическими формами ДЦП выявлены высокая частота фоновой патологии (гипотрофии, дефицитных анемий, рахита), хронических заболеваний ЛОР-органов, болезней органов пищеварения и почек, сниженный эмоциональный статус, дисбаланс вегетативной нервной системы за счет повышенной активности парасимпатического отдела и снижения активности симпатического отдела, сниженная вегетативная реактивность, наличие тканевой гипоксии, усиление интенсивности свободнорадикального окисления липидов и компенсаторное повышение антиоксидантной активности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Евстигнеева, О. В. Возрастные особенности физического развития и функционального состояния кардиореспираторной системы детей с легкой степенью тяжести ДЦП / О. В. Евстигнеева, М. В. Балыкин // Вестник новых медицинских технологий, 2009. – Т.XVI, №2. – С.185–188.

2. Лильин, Е. Т. Современные представления об этиологии детского церебрального паралича / Е. Т. Лильин, И. Н. Иваницкая // Российский педиатрический журнал, 2002. – №3. – С.35–40.

3. Михайлов, В. М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода / В. М. Михайлов. – Иваново, 2002. – 290 с.

4. Немкова, С. А. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений / С. А. Немкова, Л. С. Намазова-Баранова, О. И. Маслова, Н. Н. Заваденко [и др.]. – М. : Союз педиатров России, 2012. – 60 с.

5. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва – М. : Медиасфера, 2006. – 312 с.

6. Семенова, К. А. Эффективность различных методов восстановительного лечения детей с церебральными параличами / К. А. Семенова, Н. С. Кулеш // Детская и подростковая реабилитация, 2005. – №2. – С.19–22.

7. Смирнов, Д. Н. Факторы риска и ранние проявления отдельных форм детского церебрального паралича у детей различного гестационного возраста: автореф. дис. … канд. мед. наук / Д. Н. Смирнов – М., 2006. – 22 с.

8. Студеникин, М. Я. Адаптация детей к условиям детского дошкольного учреждения и стационара: методические рекомендации / М. Я. Студеникин, Ю. А. Макаренко, А. И. Баркан. – М., 1978. – 45 с.

9. Филькина, О. М. Особенности состояния здоровья детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, на первом году жизни / О. М. Филькина, О. Г. Андреюк, Н. В. Долотова и др. // Детская медицина Северо-Запада, 2011. – Т.2, №3. – С.18–21.

Материал поступил в редакцию 23.04.15.

FEATURES OF SOMATIC PATHOLOGY, SEPARATE FUNCTIONAL AND BIOCHEMICAL VALUES OF CHILDREN OF EARLY AGE WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY

E.A. Vorobyeva[1], N.V. Gordeeva[2], O.M. Filkina[3], N.V. Dolotova[4], G.N. Kuzmenko[5], O.G. Sitnikova[6], S.B. Nazarov[7]

[1] Doctor of Medical SCIENCES, Leading Researcher of Child Healthcare Department,
[2] Postgraduate Student of Child Healthcare Department, [3] Head of Child Healthcare Department,
[4] Senior Researcher of Child Healthcare Department, [5] Leading Researcher of Clinical Biochemistry Laboratory,
[6] Senior Researcher of Clinical Biochemistry Laboratory, [7] Head of Clinical Biochemistry Laboratory
Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkov
of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia

Abstract. *Early infants with spastic forms of cerebral palsy are characterized by frequent background pathology (hypotrophy, deficiency anemia, rickets), chronic diseases of upper respiratory tract, diseases of the digestive system and kidneys, acedia, autonomic imbalance due to the increased activity of the parasympathetic and decreased activity of the sympathetic part, reduced vegetative reactivity, tissue hypoxia, increased intensity of lipid free radical oxidation and a compensatory increase in antioxidant activity.*

Keywords: *early infants, infantile cerebral paralysis, somatic pathology, functional and biochemical values.*

УДК 616.345 - 008.87 - 053.4

АДАПТАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

О.Н. Иванова, доктор медицинских наук, профессор
Кафедра педиатрии и детской хирургии,
Медицинский институт Северо-Восточного Федерального университета им. М.К. Аммосова (Якутск), Россия

Аннотация. *В данной статье рассматриваются механизмы иммунной системы у детей в условиях Крайнего Севера, проводится исследование состояния иммунной и цитокиновой систем у детей с осложненными ОРВИ.*

Ключевые слова: *иммунная система, адаптационные механизмы, функциональное состояние, осложнения заболеваний.*

Введение

В основе осложнений ОРВИ у детей лежат состояния, характеризующиеся нарушением нормального функционирования одного или нескольких звеньев иммунитета. Функциональное состояние иммунокомпетентных клеток и способность к формированию межклеточной кооперации определяют возможность сопротивления иммунной системы ОРВИ, при недостаточности этих звеньев иммунной системы развиваются осложнения.

Вопрос эффективной иммунокоррекции у детей с ОРВИ привлекает внимание клиницистов, но остается до конца неразрешенным. Поскольку частые эпизоды ОРВИ в детстве могут приводить к негативным последствиям в виде осложнений заболеваний, основной задачей является сокращение числа ОРВИ, в частности с помощью иммунокоррекции [1, 2, 3, 4].

Цель исследования: исследование состояния иммунной и цитокиновой систем у детей с осложненными ОРВИ.

Материалы и методы исследования: обследовано 100 детей, часто болеющих ОРВИ (более 8 раз в год) в возрасте от 0 до 7 лет, а также 30 детей, болеющих ОРВИ не чаще 1 раза в год – контрольная группа. Нормативы разработаны коллективом Иммунологической лаборатории Диагностического центра Минздрава РС (Я) совместно с Институтом здоровья РС (Я) (в таблице 1 представлен возраст детей от 0 до 7 лет).

Все исследования проводились в период низких температур (зимнее время года).

Определение субпопуляций Т- и В-лимфоцитов производилось методом проточной цитометрии на аппарате «Navios» с помощью моноклональных антител.

Определение иммуноглобулинов проводилось на аппарате иммулайт.

Уровень IL-1, IL-13, FNO, IFN в сыворотке определяли с помощью метода ИФА, согласно инструкции, прилагаемой к наборам антител. Наборы для определения интерлейкинов иммуноферментным методом наборами реагентов «Pro Con IL-1», «Pro Con IF gamma» (ООО «Протеиновый контур» Санкт-Петербург). Принцип твердофазного ИФА основан на том, что фермент пероксидаза хрена, ковалентно присоединенный к антителам, при условии сохранения биологической активности (способность взаимодействовать с субстратом, связываясь при этом с иммобилизованным иммунным комплексом, образующимся на «сенсибилизированных» лунках, в которых инкубируют исследуемые образцы и стандартные реагенты.

Статистические расчеты выполнены на базе прикладных программ «SAS» и «SPSS» При анализе таблиц сопряженности (оценки корреляции признаком и оценкой значимости различий между группами) использовали критерий χ^2 (Пирсона и отношения правдоподобия) и точный тест Фишера. Сравнения средних величин проводили однофакторным дисперсионным анализом с помощью Т-критерия Стьюдента для оценки равенства средних F-критерия Фишера для оценки равенства дисперсии. Связь между параметрами оценивали с помощью коэффициентов линейной и ранговой корреляции. Для оценки относительного риска каждого из показателей факторов риска и их отдаленных градаций, а также для отбора наиболее значимых комбинаций факторов риска использовали логистическую регрессию (универиантный анализ для каждого из рассматриваемых признаков отдельно и множественный пошаговый метод для совокупности признака).

Результаты собственных исследований

Экстремальные климатогеографические условия Крайнего Севера оказывают влияние на иммунологические механизмы формирования осложнений ОРВИ, поэтому требуют изучения.

Нормативы разработаны коллективом Иммунологической лаборатории Диагностического центра Минздрава РС (Я) (в таблице 1 представлены данные детей в возрасте от 0 до 7 лет). Все исследования проводились в период низких температур (зимнее время года).

При анализе изменений иммунного статуса (таблица 1) выявлено наибольшее снижение показателей Т-клеточного звена и компонентов комплемента у детей с осложнениями ОРВИ. Средние показатели содержания компонентов комплемента С3 и С4 у детей с осложнениями ОРВИ ниже чем у здоровых и детей с ОРВИ, про-

© Иванова О.Н. / Ivanova O.N., 2015

текающей без осложнений. У детей с осложненными ОРВИ повышен уровень ЦИК, чем у здоровых, снижено содержание IFN-γ, FNO-ά. Уровень IgA снижен у в группе детей с осложнениями ОРВИ, уровень IgM, IgG достоверно не отличался в сравниваемых группах.

Подобные изменения: снижение уровня IFN-γ, FNO-ά свидетельствует о снижении противовирусной защиты.

Таблица 1

Показатели иммунного статуса у детей РС (Я) у детей группы длительно и часто болеющих ОРВИ

Показатели	Нормативы показателей РС (Я) для детей (n = 300), M ± m	Дети группы ЧДБ (n = 100), M ± m	Дети, редко болеющие ОРВИ (n = 30), M ± m
CD3+	52,6 ± 1,7	21,3 ± 1,02*	26,1 ± 1,2*
CD4+	26,3 ± 0,7	13,2 ± 0,9*	24,4 ± 0,2
CD8+	22,5 ± 0,23	15,2 ± 1,1	21,1 ± 1,2
CD16+	23,2 ± 0,54	7,6 ± 1,1*	19,4 ± 1,3
ИРИ	1,18 ± 0,64	0,8 ± 0,02	1,1 ± 0,02
IgA	2,34 ± 0,69	1,4 ± 0,3*	1,9 ± 0,2*
IgG	13,3 ± 0,16	10,2 ± 0,7	12,4 ± 1,3
IgM	1,6 ± 0,03	1,2 ± 0,09	1,06 ± 0,03*
CD22+	19,8 ± 0,16	10,9 ± 1,9	12,98 ± 1,54
C3	0,67 ± 0,12	0,21 ± 0,02*	0,42 ± 0,06
C4	0,34 ± 0,05	0,12 ± 0,02*	0,28 ± 0,04
ЦИК	96,8 ± 0,132	198,2 ± 1,5*	160,1 ± 2,4*
IL-1	0,52 ± 0,03	0,41 ± 0,001	0,34 ± 0,09*
IFN-γ	0,53 ± 0,02	0,16 ± 0,01*	0,48 ± 0,03*
FNO-ά	1,12 ± 0,04	0,3 ± 0,01*	1,26 ± 0,008

*p < 0,05 между нормативами и полученными показателями в каждой группе.

Сниженные показатели содержания СД3+, СД4+, СД8+, СД16+ отмечены в группе детей с ОРВИ и ОРВИ с осложнениями. Наиболее низкий уровень СД16+, СД4+ отмечен у детей с осложненными ОРВИ (рисунок 1).

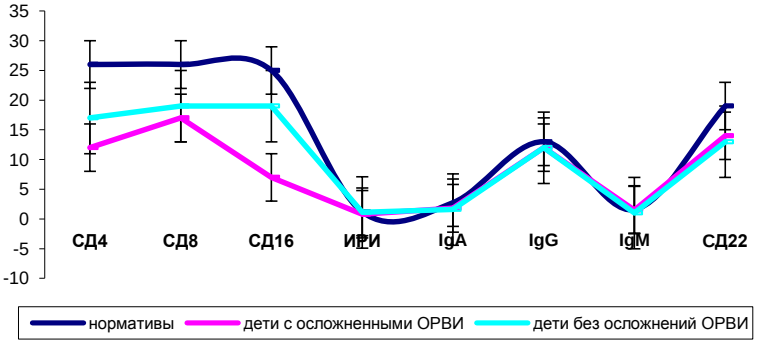

Рис. 1. Показатели иммунного статуса у детей РС (Я) с различными вариантами ОРВИ

При анализе содержания уровня цитокинов выявлено наибольшее снижение уровня IFN-γ, FNO-ά у детей с осложненными ОРВИ, что свидетельствует о снижении противовирусной защиты.

У 30 обследованных детей длительно и часто болеющих ОРВИ применялся препарат Бронхо-Ваксом, представляющий лифилизат бактерий, населяющих бронхолегочный тракт. Терапия проводилась десятидневным курсом (1 капсула в день) в течение трех месяцев. По окончании курса терапии Бронхо-Ваксомом проведен контроль иммунного статуса и выявлены следующие результаты.

Таблица 2

Показатели иммунного статуса у детей РС (Я) у детей группы длительно и часто болеющих ОРВИ после терапии препаратом Бронхо-Ваксом

Показатели	Дети группы ЧДБ, до проведения терапии препаратом Бронхо-Ваксом (n = 30), M ± m	Дети группы ЧДБ, после проведения терапии препаратом Бронхо-Ваксом (n = 30), M ± m
CD3+	21,3 ± 1,02*	34,1 ± 1,2*
CD4+	13,2 ± 0,9*	27,4 ± 0,2
CD8+	15,2 ± 1,1	19,1 ± 1,2
CD16+	7,6 ± 1,1*	19,4 ± 1,3
ИРИ	0,8 ± 0,02	1,1 ± 0,01
IgA	1,4 ± 0,3*	1,6 ± 0,23*
IgG	10,2 ± 0,7	17,4 ± 1,32
IgM	1,2 ± 0,09	1,06 ± 0,03*

Окончание таблицы 2

Показатели	Дети группы ЧДБ, до проведения терапии препаратом Бронхо-Ваксом (n = 30), M ± m	Дети группы ЧДБ, после проведения терапии препаратом Бронхо-Ваксом (n = 30), M ± m
CD22+	10,9 ± 1,9	18,98 ± 1,54
C3	0,21 ± 0,02*	0,42 ± 0,06
C4	0,12 ± 0,02*	0,28 ± 0,04
ЦИК	198,2 ± 1,5*	90,1 ± 2,4*
IL-1	0,41 ± 0,001	0,64 ± 0,09*
IFN-γ	0,16 ± 0,01*	0,52 ± 0,03*
FNO-ά	0,3 ± 0,01*	1,25 ± 0,008

*p < 0,05 между нормативами и полученными показателями в каждой группе.

В результате терапии препаратом Бронхо-Ваксом отмечено улучшение показателей иммунного статуса и отсутствие рецидивов ОРВИ в течение последующих 3 месяцев после проведенной терапии.

Выводы:

1. У детей с осложненными ОРВИ снижены показатели клеточного иммунитета (СД3+, СД4+, СД8+, СД16+, СД 22+). У детей с осложненными ОРВИ отмечено снижение уровня содержания цитокинов (IFN-γ, FNO-ά), что свидетельствует о снижении противовирусной защиты и о риске формирования осложнений ОРВИ.

2. В результате терапии препаратом Бронхо-Ваксом отмечено улучшение показателей иммунного статуса и отсутствие рецидивов ОРВИ в течение последующих 3 месяцев после проведенной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балаболкин, И. И. Дермо-респираторный синдром у детей / И. И. Балаболкин // Детский доктор, 2000. – №2. – С. 24–26.

2. Вогралик, М. В. Вторичные иммунодефицитные состояния. Иммунные заболевания системы крови / М. В. Вогралик, Л. В. Ковальчук // Учебно-методическое пособие. – Горький : ГМИ им. С.М. Кирова, 2000. – С. 25–67.

3. Маркова, Т. П. Практическое пособие по клинической иммунологии и аллергологии. – М., 2003. – С. 31–45.

4. Нигматуллина, Г. Н. Вирусиндуцированные заболевания органов дыхания / Г. Н. Нигматуллина, Е. Г. Еникеева // Тез. докл. 13-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. – СПб., 2003. – 106 с.

Материал поступил в редакцию 22.04.15.

ADAPTIVE MECHANISMS OF CHILDREN'S IMMUNE SYSTEM IN THE CONDITIONS OF FAR NORTH

O.N. Ivanova, Doctor of Medical Science, Professor
Pediatrics and Pediatric Surgery Department,
Medical Institute of North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov (Yakutsk), Russia

Abstract. *In this article, the mechanisms of children's immune system in the conditions of far north are considered, the study of immune and cytokine systems of children with the complications after ARVI is conducted.*

Keywords: *immune system, adaptive mechanisms, functional status, subsequent sickness.*

УДК 376.6

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РАЙОНЕ

А.Н. Павлова[1], В.И. Макарова[2]
[1] аспирант, [2] доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕ,
заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Северный государственный медицинский университет (Архангельск), Россия

Аннотация. *Проведены обследование и комплексная оценка состояния здоровья 14-летних подростков, проживающих в зоне целлюлозно-бумажного комбината. Полученные данные показали большой процент заболеваний репродуктивной и эндокринной систем.*

Ключевые слова: *состояние здоровья, подростки, антропогенные факторы, репродуктивное здоровье.*

Введение. Изучение проблем здоровья детей в наше время приобретает особую актуальность. Здоровье подрастающего человека – это проблема не только социальная, но и нравственная. Ребенок сам должен уметь быть не только здоровым, но и воспитывать в будущем здоровых детей. Антропогенное загрязнение окружающей среды оказывает значительное влияние на формирование популяционного здоровья населения. В последние годы образуется все больше опасных районов, отдельных зон неблагоприятной экологической обстановки, что приводит к ухудшению здоровья людей.

Загрязнение может оказывать различное воздействие на организм и зависит от его вида, концентрации, длительности и интенсивности воздействия. В свою очередь, реакция организма зависит от пола, возраста, индивидуальных особенностей и состояния здоровья человека. Более уязвимыми оказываются дети и больные хроническими заболеваниями. По оценкам многих авторов, факторы окружающей среды в 18-20 % определяют состояние здоровья и находятся на втором месте после образа жизни [3].

В последние десятилетия наблюдается увеличение распространенности отдельных нозологических форм, которые обусловлены загрязнением окружающей среды. К таким экозависимым заболеваниям относят заболевания эндокринной, мочеполовой системы, системы крови, органов пищеварения, дыхания и новообразования [7].

Результаты клинико-эпидемиологических исследований связывают рост аллергических заболеваний и хронических болезней органов дыхания у детей с экологическими факторами (по отдельным территориям от 28,1 % до 45,2 % соответственно) [1]. В условиях промышленных городов с более высокой антропогенной нагрузкой (целлюлозно-бумажные комбинаты, химическая промышленность) выявляется в 1,3 раза меньше здоровых детей в возрасте до 7 лет, в 1,5 раза больше часто болеющих детей, а также детей с функциональными отклонениями со стороны различных органов и систем.

При низкой рождаемости продолжается нарастание общей заболеваемости новорожденных, детей, подростков по большинству нозологических форм. Необходимо отметить, что состояние здоровья детей является индикатором загрязнения и степени опасности среды в силу высокой чувствительности организма, морфофункциональной незрелости системы адаптации и метаболического статуса. Кроме того, существует наследственное влияние негативных отклонений на здоровье, накопленное их родителями и передающееся по наследству следующему поколению [6]. Именно поэтому, здоровье детского населения является индикатором здоровья всего населения в целом, проживающего на изучаемой территории. Это связано с тем, что детский организм более чувствителен к вредному воздействию факторов окружающей среды, в силу физиологических особенностей получает дозовую нагрузку на килограмм веса тела больше, чем взрослые, при более низких способностях к детоксикации вредных веществ и их выведению из организма [2]. Кроме того, здоровье детей имеет особое медико-социальное значение, определяя настоящее и будущее здоровье популяции. Детская заболеваемость является приоритетной проблемой состояния здоровья населения [4].

Одним из важнейших критериев сохранения здоровья растущего организма является благоприятная экологическая атмосфера в месте проживания. Доступность методов ее влияния на детей, информативность получаемых данных придают физическому развитию наряду с заболеваемостью значение объективного критерия экологически-гигиенического благополучия населения на прилегающей территории. Четко установлена зависимость состояния здоровья детского населения от антропогенного загрязнения, основным источником которого являются выбросы промышленных предприятий [5].

Огромное значение среди проблем, определяющих качество здоровья детей в зависимости от экологической обстановки, имеют фоновые состояния, создающие условия для формирования хронических заболеваний, понижения иммунного статуса, изменения метаболизма и морфо-функциональных нарушений: кариес зубов, гиповитаминозы, отставание и дисгармония физического развития, нарушения опорно-двигательного аппарата в виде сколиозов и плоскостопия, близорукость, анемия, дисгармония полового развития, нервно-психические нарушения разнообразного происхождения. Данные фоновые состояния резко снижают интеллектуальный потенциал молодежи и являются основой для формирования хронических заболеваний.

© Павлова А.Н., Макарова В.И. / Pavlova A.N., Makarova V.I., 2015

Пубертатный период является крайне важной, рубежной, фазой развития человека, когда организм подвергается ряду изменений, способствующих наступлению его репродуктивной, физической и психической зрелости.

На возраст 14 лет приходится пик развития пубертата. От того, насколько полноценно у подростка 14 лет протекает и насколько благополучно завершается пубертат, во многом зависит окончательное становление репродуктивных функций, фертильность и детородный прогноз, финальный рост и метаболический статус у взрослого поколения. Формирование здоровья подростка зависит от наследственного статуса организма, социально-экономических и экологических условий, в которых развивается индивид.

Цель исследования: провести комплексную оценку здоровья подростков 14 лет, проживающих в зоне целлюлозно-бумажного комбината.

Материалы и методы. Нами проанализированы данные состояния здоровья 478 подростков в возрасте 14 лет (249 девушки и 229 юношей), проживающих в районе работы двух целлюлозно-бумажных комбинатов. Клиническое исследование включало оценку анамнеза, объективное обследование подростков, дополненное лабораторно-инструментальными методами (общий анализ крови, общий анализ мочи, спирометрия, электрокардиография, УЗИ щитовидной железы, УЗИ мошонки у юношей, УЗИ органов малого таза у девушек, динамометрия, определение остроты зрения) и консультацией эндокринолога, уролога-андролога, гинеколога.

Критерии включения – возраст от 13 лет 6 месяцев до 14 лет 5 месяцев 29 дней. Критерии исключения из выборки – отсутствие одного или нескольких клинических и параклинических исследований.

Математическая обработка результатов выполнена с помощью компьютерной программы для статистической обработки данных SPSS Statistics 17.0.

Результаты и обсуждения. Сравнительные данные антропометрии, индекса массы тела (ИМТ), частоты дыхания (ЧД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления и динамометрии представлены в таблице 1. Средние значения ЧД, САД, ДАД сопоставимы между юношами и девушками. У юношей отмечались более высокие значения длины тела (p = 0,0001) и массы тела (p = 0,0001), у девушек было выше значение ЧСС (p = 0,0001).

Таблица 1

Данные клинического обследования, M ± SD

Показатели	Пол		p	t
	муж	жен		
Масса тела	54,6±9,8	51,6±8,4	0,0001	-3,37
Длина тела	164,2±7,4	159,9±6,0	0,0001	-6,87
ИМТ	20,1±0,2	20,1±0,2	0,971	-0,04
ЧД	19,8±0,8	19,7±0,9	0,26	-1,13
ЧСС	76,6±5,9	78,6±5,3	0,0001	3,69
САД	116,4±7,2	114,6±7,9	0,01	2,6
ДАД	68,6±7,5	67,4±7,7	0,077	1,78
Динамометрия правой руки	26,2±5,5	20,9±3,9	0,0001	11,22
Динамометрия левой руки	23,8±5,4	19,0±4,0	0,0001	10,4

Большинство подростков имели среднее физическое развитие: 102 (44,5 %) юноши и 159 (63,9 %) девушек. У юношей чаще, чем у девушек физическое развитие отмечено как выше среднего, высокое и атипично высокое (47,2 % юношей против 26,0 % девушек). Избыточный вес выявлен у 46 (18,5 %) девушек и 50 (21,8 %) юношей; дефицит массы тела диагностирован у 19 (8,3 %) юношей и 23 (9,2 %) девушек. 72,7 % (181) девушек и 76 % (174) юношей имели ИМТ, соответствующий возрастной норме. ИМТ больше 25 выявлен у 12 девушек и 14 юношей. Недостаток веса при оценке ИМТ имели 22,5 % (56) девушек и 17,9 % (41) юношей.

Физическое развитие соответствует паспортному возрасту у 49,8 % (114) юношей и 64,3 % (160) девушек. У 44 % (101) юношей и 22,9 % (57) девушек физическое развитие опережает паспортный возраст на 1-4 эпикризных срока.

Значение систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления в пределах p25-p75 имели 88,5 % (423) подростков. Синдром повышенного артериального давления (САД и/или ДАД выше p95) выявлен у 1 % (5) детей, синдром пониженного артериального давления (САД и ДАД ниже p5) – у 10,5 % (50) детей.

Среднее значение показателей динамометрии у мальчиков на обеих руках выше, чем у девушек (p = 0,0001).

У 88,4 % (220) девушек и 89,5 % (205) юношей показатели общего анализа крови (ОАК) соответствовали нормальным значениям для данного возраста и пола. У юношей уровень содержания эритроцитов и гемоглобина в крови выше, чем у девушек (p = 0,0001).

Таблица 2

Показатели общего анализа крови, M±SD

Показатели	Пол		p	t
	муж	жен		
Эритроциты, 10^{12}	5,0 ± 0,4	4,6 ± 0,3	0,0001	11,95
Гемоглобин, г/л	139,2 ± 12,1	128,8 ± 10,1	0,0001	10,47
Тромбоциты, 10^9	231,3 ± 55,4	238,1 ± 60,2	0,231	-1,2
Лейкоциты, 10^9	6,8 ± 1,7	7,4 ± 8,6	0,184	-1,1
СОЭ, мм/ч	5,8 ± 3,9	6,5 ± 4,4	0,035	-2,12

Анемия (уровень гемоглобина ниже 110 г / л) выявлена у 1,3 % (6) подростков (только девушки). Тромбоцитопения (уровень тромбоцитов ниже 150 $*10^9$) выявлена у 28 (5,9 %) подростков. Повышение СОЭ (выше 15мм/ч) определено у 2,7 % (13) подростков.

При оценке общего анализа мочи у 91,0 % (435) обследуемых патологических изменений не выявлено. В единичных случаях отмечалась незначительная протеинурия, микрогематурия, салурия.

При проведении спирометрии средние значения (таблица 3) жизненной емкости легких (ЖЕЛ), функциональной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха ($ОФВ_1$) были значимо выше у юношей (p = 0,0001).

Таблица 3

Показатели функции внешнего дыхания, M±SD

Показатели	Пол		p	t
	муж	жен		
ЖЕЛ, л	4,0 ± 0,8	3,3 ± 0,6	0,0001	10,0
ФЖЕЛ, л	3,7 ± 0,9	3 ± 0,7	0,0001	9,2
$ОФВ_{1,}$ л	3,4 ± 0,9	2,8 ± 0,7	0,0001	8,13

Нормальные показатели функции внешнего дыхания имели большинство обследуемых – 76,6 % (366). Снижение ЖЕЛ выявлено у 5,7 % (13) юношей и 8,4 % (21) девушек. 83,7 % (400) подростков имели нормальную проходимость дыхательных путей. Проходимость дыхательных путей снижена у 18,1 % (45) девушек и у 14,4 (33) юношей.

У 72 % (344) подростков не было изменений на электрокардиографии (ЭКГ). Среди функциональных изменений на ЭКГ наиболее часто встречалось нарушение проведения по правой ножке п.Гиса – 9,8 % (47) детей. 10,3 % (49) обследуемых имели патологические отклонения на ЭКГ: экстрасистолию, укорочение pQ, феномен WPW, AV- блокаду 1 степени.

Оценка полового развития девочек показала, что у большинства развитие молочных желез (95,2 %-237), подмышечного (85,1 %-212) и лобкового оволосения (85,9 %-214) соответствовало 3 стадии по шкале J. Tanner. Менструальная функция установилась на момент исследования у 76,3 % (190) девушек. У 25 (10 %) девочек менархе не было.

При оценке полового развития юношей 43,7 % (100) юношей имели 2 стадию пубархе, 35,8 % (82) – 3 стадию, 15,7 %(36) – 1 стадию, 4,8 % (11) – 0 стадию.

По данным ультразвукового исследования щитовидной железы 90,6 % (433) подростка не имели патологических отклонений. 11,4 % (26) мальчиков и 7,6 % (19) девочек имели патологические изменения в ЩЖ в виде её гипоплазии (22 подростка), узлов, диффузных изменений.

При ультразвуковом обследовании органов репродуктивной системы выявлены патологические изменения в органах малого таза у 18,5 % (46) девочек в виде гипоплазии матки (19 девочек), кист яичников и у 18,8 % (43) мальчиков в мошонке в виде варикоцеле (9 человек), гидроцеле (19 человек), гипоплазии яичка, отсутствия яичка.

Острота зрения равна 1,0 для обоих глаз у 52,6 % (131) девушек и 62 % (142) юношей.

По заключению уролога патологию репродуктивной системы имеют 22,7 % (52) юношей. Чаще встречается варикоцеле (30 юношей), фимоз (6 юношей). По заключению гинеколога патологические изменения репродуктивной системы выявлены у 26,5 % (66) девушек в виде нарушения менструального цикла (42 девушки), гипоплазии матки, кисты яичника, задержки полового развития.

Эндокринологическую патологию (по заключению эндокринолога) имеют 36,6 % (175) детей: 87 юношей и 88 девушек. Ускоренное физическое развитие выявлено у 53 девушек и 21 юноши. Среди патологии эндокринной системы у девушек также встречается ожирение (11 подростков), дефицит веса, задержка роста, гипоплазия щитовидной железы, у юношей – задержка полового развития (17 юношей), избыток веса (12 юношей), юношеская гинекомастия (15 юношей), структурные изменения в щитовидной железе.

Распределение подростков по группам здоровья: 1 группа – 0 %, 2 группа – 55,4 % (265) подростков, из них 56,3 % (129) юношей и 54,6 % (136) девушек, 3 группа – 43,9 % (210) подростков, из них 43,2 % (99) юношей и 44,6 % (111) девушек, 4 группа – 0,6 % (3 человека).

Заключение. В результате проведенного исследования мы установили, что абсолютно здоровых подростков 14 лет нет, функциональные отклонения в состоянии здоровья имеют 55,4 % (265) подростков, хроническими заболеваниями страдают 44,6 % (213) человек.

Избыточный вес выявлен у 20,1 % (96) детей, дефицит массы тела определен у 8,8 % (42) подростков.

Проходимость дыхательных путей различной степени выраженности выявлена у 16,3 % (78) детей 14 лет.

У 72 % (344) подростков не отмечено грубых изменений на ЭКГ. Функциональные изменения на ЭКГ имели 17,6 % (84) подростков, а 10,3 % (49) из числа обследуемых имели патологические отклонения.

При ультразвуковом исследовании щитовидной железы у 9,4 % (45) подростков выявлены патологические изменения.

Патологические отклонения репродуктивной системы имеют 24,7 % (118) обследованных.

Эндокринологическая патология выявлена у 36,6 % (175) подростков 14лет.

В результате исследования не выявлено ни одного абсолютно здорового подростка, проживающего в зоне целлюлозно-бумажного комбината. Полученные результаты показывают необходимость углубленного обследования 14-летних подростков с целью уточнения причины имеющихся заболеваний, коррекции и разработки профилактических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Двинских, С. А. Экологические проблемы городских территорий (на примере г. Березники) / С. А. Двинских, Т. В. Зуева // География и регион: материалы международной научно-практической конференции / Перм. ун-т. Пермь, 2002. – С. 17–23.

2. Дуева, Л. А. Сенсибилизация к промышленным химическим аллергенам при бронхиальной астме у детей в условиях загрязнения окружающей среды / Л. А. Дуева, Ю. Л. Мизерницкий // Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии. Сб. мат. – Курск, 2006. – Т.1. – С. 418–421.

3. Иванов, В. П. Медицинская экология: учебное пособие для студентов медицинских вузов / В. П. Иванов, Н. В. Иванова // СпецЛит, 2011. – 320 с.

4. Мониторинг качества атмосферного воздуха для оценки воздействия на здоровье человека. – Региональные публикации ВОЗ, 2001. – Европейская серия – № 85.

5. Плаксин, В. А. Микроэкология верхних дыхательных путей у детей, воспитывающихся в разных условиях на Крайнем Севере России / В. А. Плаксин, Н. Ю. Плаксина, В.И. Макарова и др. // Экология человека, 2011. – №6. – С.49–54.

6. Попова, И. В. Распространенность аллергических заболеваний у детей в северном и центральном регионах Европейской части России / И. В. Попова, В. И. Макарова, Е. В. Ляпунова и др. // Экология человека, 2013. – №7. – С.40–43.

7. Розинова, Н. Н. Хронические заболевания легких у детей / Н. Н. Розинова, Ю. Л. Мизерницкий // Практика, 2011. – 224 с.

Материал поступил в редакцию 18.03.15.

HEALTH STATE OF TEENAGERS LIVING IN ECOLOGICALLY NEGLECTED ZONE

A.N. Pavlova[1], V.I. Makarova[2]

[1] Postgraduate Student, [2] Doctor of Medical Sciences, Member of Russian Academy of Natural Sciences,
Head of Childhood Diseases Propaedeutics and Outpatient Pediatrics Department
Northern State Medical University (Arkhangelsk), Russia

Abstract. *The examination and complex health evaluation of 14-year old teenagers, living in the area of pulp and paper plant are conducted. The data received has shown a big percentage of reproductive and endocrine systems.*

Keywords: *health condition, teenagers, anthropogenic factors, reproductive health.*

Pulmonology
Пульмонология

УДК 616.24+615.217.34-08

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ЛИЦ I, II ПОКОЛЕНИЯ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Л.К. Жазыкбаева[1], **О.В.Иноземцева**[2],
[1] кандидат медицинских наук, ассистент, [2] ассистент,
[1] кафедра пропедевтики внутренних болезней, [2] кафедра физиологических дисциплин
Государственный медицинский университет (Семей), Казахстан

Аннотация. *В статье описывается исследование клинико-иммунологической эффективности вобэнзима в комплексном лечении больных бронхиальной астмой у лиц I, II поколения, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения. Проведено рандомизированное исследование у 56 больных (30 мужчин, 20 женщин) бронхиальной астмой средней степени тяжести в возрасте от 34 до 55 лет. Принимался во внимание радиационный маршрут пациентов. Вобэнзим назначали по 5 таблеток 3 раза в день (за 30-40 минут до еды) в течение 12 дней. Группу сравнения составили 28 больных, принимавших базисное этиопатогенетическое лечение. Больные бронхиальной астмой получали комплексное базисное лечение. Контрольную группу составили 30 здоровых людей. Состояние иммунитета у больных бронхиальной астмой оценивали по содержанию в периферической крови СД3, СД4, СД8 с использованием моноклональных антител. Оценку эффективности вобэнзима осуществляли на основании клинических критериев (продолжительности основных клинических симптомов на фоне лечения) и динамики иммунологических показателей. Полученные данные были обработаны статистической программой SPSS. Проведенное исследование показало, что применение вобэнзима в составе комплексной терапии больных бронхиальной астмой лиц I и II поколения, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения, повышало терапевтический эффект. Проведенное исследование показало, что вобэнзим, в сравнении с традиционной терапией, значительно повышает клинический и иммунологический эффекты (повышением содержания СД3, СД4, уменьшением диспропорции СД4 / СД8, нормализацией ЦИК) у лиц I, II поколения, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения.*

Ключевые слова: *бронхиальная астма, вобэнзим, клинико-иммунологическая эффективность, лица I и II поколения, подвергшиеся воздействию ионизирующего излучения.*

Актуальность исследования:

Данные различных эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы и изучение распространенности бронхиальной астмы (БА) показали, что за последние 30 лет произошло удвоение случаев этого заболевания. В настоящее время показано, что от 4 до 8 % населения страдает от данного заболевания [1, 2, 3]. В детской популяции этот процент повышается до 5-10 %, а во взрослой – колеблется в пределах 5 % [4, 5, 6, 7, 8].

Таким образом, число детей, подростков и взрослых, имеющих данную патологию, превышает четверть миллиона человек [9, 10, 11, 12].

Истинными причинами увеличения распространенности БА остаются неясными.

Изучение вопроса о влиянии малых доз ионизирующей радиации на иммунную систему потомков лиц, подвергавшихся воздействию ионизирующего излучения, является одной из актуальных проблем в настоящее время [1, 2, 3].

Цель работы – оценить клинико-иммунологическую эффективность вобэнзима в комплексном лечении больных бронхиальной астмы, у лиц I, II поколения, подвергшиеся воздействию ионизирующего излучения.

Материалы и методы:

Нами проведено рандомизированное исследование у 56 больных (30 мужчин, 20 женщин) бронхиальной астмой средней степени тяжести в возрасте от 34 до 55 лет. Принимался во внимание радиационный маршрут пациентов: из 56 больных, 28 больных были из зоны чрезвычайного риска, 28 – из зоны максимального риска. На фоне комплексного лечения вобэнзим получали 28 больных (исследуемая I группа). Вобэнзим назначали по 5 таблеток 3 раза в день (за 30-40 минут до еды) в течение 12 дней. Группу сравнения (II группа) составили 28 больных, принимавших базисное этио-патогенетическое лечение. Сравниваемые группы больных существенно не различались по основным клиническим, иммунологическим, возрастным параметрам. Больные бронхиальной астмой получали комплексное базисное лечение. Контрольную группу составили 30 здоровых людей (зона минимального риска).

© Жазыкбаева Л.К., Иноземцева О.В. / L.K. Zhazykbayeva, O.V. Inozemtseva, 2015

Результаты и обсуждение:

Состояние иммунитета у больных бронхиальной астмой оценивали по содержанию в периферической крови СД3, СД4, СД8 с использованием моноклональных антител. Оценку эффективности вобэнзима осуществляли на основании клинических критериев (продолжительности основных клинических симптомов на фоне лечения) и динамики иммунологических показателей. Полученные данные были обработаны статистической программой SPSS.

Таблица 1

Иммунологические показатели у больных бронхиальной астмой (I группа) на фоне лечения вобэнзимом

Гр	СД3 исходно	СД 3 после лечения	Р	СД4 исходно	СД4 после лечения	Р
I	0,48±0,06	0,56±0,01	≤0,05	0,34±0,031	0,40±0,02	≤0,05
II	0,46±0,06	0,51±0,04	≤0,05	0,33±0,005	0,32±0,07	≤0,05

Проведенное исследование показало, что применение вобэнзима в составе комплексной терапии больных бронхиальной астмой у лиц I и II поколения, подвергшиеся воздействию ионизирующего излучения, повышало терапевтический эффект. Так у больных, получавших вобэнзим, частота приступов ($p \leq 0,01$), кашель ($p \leq 0,05$), одышка экспираторного типа ($p \leq 0,05$) оказались достоверно меньше, чем у лиц, принимавших только этио-патогенетическое лечение. Динамика абсолютного и относительного количества СД3 и СД4 и соотношения СД4/СД8, а также содержание ЦИК в процессе лечения у больных бронхиальной астмой в зависимости от метода лечения представлена в таблице (таблицы 1, 2), из которой видно, что у больных бронхиальной астмой, получавших вобэнзим, по сравнению с исходными данными достоверно повышалось как относительное, так и абсолютное содержание СД3 и СД4, а также соотношение СД/4СД8.

Таблица 2

Иммунологические показатели у больных бронхиальной астмой (I группа) на фоне лечения вобэнзимом

Гр	СД4/СД8 исходно	СД4/СД8 после лечения	Р	ЦИК исходно	ЦИК после лечения	Р
I	1,12±0,03	1,20±0,05	≤0,05	0,06±0,001	0,03±0,002	≤0,05
II	1,05±0,05	1,13±0,04	≤0,05	0,07±0,001	0,05±0,004	≤0,05

Кроме этого, существенно снизился уровень ЦИК, до нормы. В то же время у больных группы сравнения значительно повысилось в сравнении с исходными данными лишь относительное содержание СД3 клеток, несколько снизился уровень ЦИК, который, однако, к концу курса лечения существенно превышал норму. Аналогичная динамика иммунологических показателей (кроме СД3) наблюдалась в двух сравниваемых группах больных с бронхиальной астмой.

Выводы:

Таким образом, проведенное исследование показало, что вобэнзим в сравнении с традиционной терапией значительно повышает клинический и иммунологический эффекты (повышением содержания СД3, СД4, уменьшением диспропорции СД4 / СД8, нормализацией ЦИК) у лиц I, II поколения, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биличенко, Т. Н. Загрязнение атмосферного воздуха и болезни органов дыхания у населения / Т. Н. Биличенко, Э. И. Чигирева, Н. В. Ефименко и др. // Пульмонология, 2003. – №1. – С. 19–21.

2. Брезгина, С. В. Бронхообструктивные заболевания у детей в условиях хронической техногенной нагрузки. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / С. В. Брезгина. – Екатеринбург, 2000. – 53 с.

3. Бяхова, М. М. Цитогенетический статус, показатели пролиферации и апоптоза у детей с бронхиальной астмой, проживающих в условиях загрязнения атмосферного воздуха. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / М. М. Бяхова. – Москва, 2008. – 22 с.

4. Методические рекомендации. Оценка цитологического и цитогенетического статуса слизистых оболочек полости носа и рта у человека. – М., 2005 –37 с.

5. Перковская, А. Ф. Состояние иммунной системы у детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях республики Беларусь и особенности иммунокорригирующей терапии / А. Ф. Перковская, И. Н. Гирко, Е. Е. Тарасова и др. // Экологическая иммунология, 2001. – Т.3. – №2. – С. 295.

6. Ревич, Б. А. Экологическая эпидемиология: учебник для высш. учеб. Заведений. Под ред. Б. А. Ревича / Б. А. Ревич, С. А. Авалиани, Г. И. Тихонова. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. –384 с.

7. Чучалин, А. Г. Тяжелые формы бронхиальной астмы / А. Г. Чучалин // Consilium Medicum, 2000. – Т.2. – №10. – С. 411–414.

8. Экологические проблемы эпидемиологии. Под редакцией акад., проф. Н. А. Агаджаняна – М., 2003. – 205 с.

9. Brauer, M. Air pollution and development of asthma, allergy and infections in a birth cohort / M. Brauer, G. Hoek, H. E. Smit et al. // Eur. Respir. J., 2007.

10. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2006. – P. 96.
11. Liccardi, G. Mechanisms and characteristics of airway sensitization to indoor allergens / G. Liccardi, M. Cazzola, M. Russo et al. // Monaldi. Arch. Chest. Dis, 2001. – Vol. 56, №1. – P. 55–63.
12. Zhang, J. Children's respiratory morbidity prevalence in relation to air pollution in four Chinese cities / J. Zhang, W. Hu, F. Wei et al. // Environmental Health Perspective, 2002. – Vol. 110. – № 9. – P. 961–967.

Материал поступил в редакцию 19.03.15.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EFFICACY OF THE TREATMENT OF I AND II GENERATION PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AFFECTED BY IONIZING RADIATION

L.K. Zhazykbayeva[1], O.V. Inozemtseva[2]
[1] Candidate of Medical Sciences, Assistant, [2] Assistant
[1] Internal Medicine Propaedeutics Department, [2] Physiological Sciences Department
Semey State Medical University, Kazakhstan

Abstract. *This article describes the research of clinical and immunological efficacy of Wobenzym during the complex treatment of I, II generation patients with bronchial asthma affected by ionizing radiation. The randomized survey of 56 patients (30 males, 20 females) with moderately severe bronchial asthma in the age from 34 to 55 years old is conducted. The radiation route of patients is taking into account. Wobenzym is prescribed 5 pills three times a day (30-40 minutes before meal) during 12 days. The comparison group includes 28 patients, accepting basic ethiopathogenetic treatment. Patients with bronchial asthma get complex basic treatment. The control healthy group includes 30 persons. Immunity of patients with bronchial asthma is evaluated according to the magnification of CD3, CD4, and CD8 in peripheral blood, using homogeneous antibodies. Wobenzym efficacy evaluation is conducted on the basis of clinical criteria (durability of basic clinical symptoms during treatment) and dynamics of immunological factors. The data received was processed in the SPSS statistical program. The research has shown that Wobenzym usage during the complex treatment of I, II generation patients with bronchial asthma affected by ionizing radiation has improved the therapeutic effect. The research has shown that Wobenzym improves clinical and immunological effects (increase in CD3, CD4, decrease of imbalance CD4 / CD8, circulating immune complex recovery) of I, II generation patients with bronchial asthma affected by ionizing radiation.*

Keywords: *bronchial asthma, Wobenzym, clinical and immunological efficacy, I, II generation patients affected by ionizing radiation.*

Critical care medicine
Реаниматология

УДК 616.24-001

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКТИКИ РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕБЕР ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ЕЕ КАРКАСА

Н.П. Шень[1], С.Ю. Лукин[2], П.Г. Болтаев[3], С.А. Ушаков[4], Л.А. Скороходова[5]
[1] доктор медицинских наук, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППС,
[2] кандидат медицинских наук, главный врач, [3] кандидат медицинских наук, заведующий отделением анестезиологии и реанимации, [4] кандидат медицинских наук, заведующий травматологическим отделением,
[5] кандидат экономических наук, доцент кафедры экономики
[1] Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России,
[2, 3, 4] МБУ ГБ №36 «Травматологическая» (Екатеринбург),
[5] Уральский юридический институт МВД России (Екатеринбург), Россия

Аннотация. *В статье рассмотрены вопросы современных методов лечения травм грудной клетки с нарушением каркасной целостности с помощью хирургической фиксации при закрытой травме. Определена клиническая и экономическая целесообразность внедрения метода активной хирургической тактики у данной группы пациентов.*

Ключевые слова: *травма грудной клетки, перелом ребер, хирургическая фиксация, внутрипищеводное давление (Pes).*

Тяжелая травма грудной клетки является актуальной проблемой неотложной травматологии, анестезиологии и реаниматологии. Это связано с длительной ИВЛ с нахождением пациента в отделениях ОАР, сохраняющейся высокой летальностью, большим количеством осложнений (в том числе гнойно-септических), длительными сроками нетрудоспособности и периодом реабилитации [2, 3, 4], что в свою очередь обусловило цель исследования – оценка эффективности и воспроизводимости методики остеосинтеза ребер с помощью предизогнутых пластин с угловой стабильностью (Synthes MatrixRib), позволяющая возможность жестко зафиксировать сломанные сегменты в сравнении с методом пассивной стабилизации при помощи искусственной вентиляции легких.

Проведение противошоковой терапии, медикаментозное лечение, в том числе инфузионную терапию, обезболивание, антибактериальную терапию проводили согласно рекомендациями Национального руководства «Интенсивная терапия» [1], за исключением инвазивного мониторинга гемодинамики.

Исследование проведено на базе 2 клинических больниц: МБУ ГБ №36 «Травматологическая» г. Екатеринбург и ГБУЗ ТО «ОКБ №2», г. Тюмень. Интервал исследования – с 2003 по 2014 гг. При проведении данного исследования нами были сформированы две группы больных: контрольная (ретроспективное исследование по историям болезни 2003-2009 гг.) и основная (с 2009 по настоящее время).

Критерии включения в исследования: изолированная или сочетанная травма с нарушением реберного каркаса, с повреждением или без повреждения внутренних органов, при условии, что основная тяжесть состояния определяется травмой грудной клетки; применение в комплексе интенсивной терапии искусственной вентиляции легких; оперативное лечение в первые 48 часов после травмы в основной группе; обязательное предоперационное КТ-исследование с построением костной КТ-реконструкции и определением тяжести поражения паренхимы легкого; необходимость продленной ИВЛ в комплексе интенсивной терапии данной группы больных; больные, наблюдение за которыми прекращалось по причине летального исхода, при условии, что причина смерти была связана с поражением органов грудной клетки (пневмонии, бронхоплевральные свищи), все остальные случаи были исключены из исследования.

Контрольную группу составили больные, при комплексной интенсивной терапии которых методика оперативной фиксации ребер не использовалась.

В основную группу включены больные, в интенсивной терапии у которых для фиксации фрагментарных переломов ребер и стабилизации каркаса грудной клетки использовалась методика оперативного лечения погружными конструкциями с помощью пластин с угловой стабильностью.

Пациенты в группах были сопоставимы по возрасту, характеру повреждений, их осложнений и по инте-

© Шень Н.П., Лукин С.Ю., Болтаев П.Г., Ушаков С.А., Скороходова Л.А. / Shen N.P., Lukin S.Yu., Boltaev P.G., Ushakov S.A., Skorokhodova L.A., 2015

гральным оценочным шкалам. Различия по всем параметрам не являлись статистически значимыми.

Вид обезболивания: тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ. Показанием к ИВЛ считали наличие гипоксемии вследствие дыхательной недостаточности.

ИВЛ проводилась в режимах SIMV (PC, VC), CPAP на аппаратах «VIASIS»-Vela, «Авента». Установка значений PEEP с 2009 по 2012 гг. проводилась в соответствии и индексом массы тела, анализа нижней точки перегиба статической петли давление-объем и составляла от 7 до 12 см H_2O.

С 2013 г. ИВЛ проводилась в тех же режимах на респираторе «VIASIS»-Avea («Carefusion»). PEEP устанавливался по результатам измерения внутрипищеводного давления (Pes). В нашей работе мы не указали статистику по Pes, ввиду малого количества случаев измерения и недостоверности полученных данных, но можем отметить, что по данным измерения внутрипищеводного давления у всех пациентов, (даже с индексом массы тела <25) в соответствии с нулевым транспульмональным давлением на выдохе, PEEP устанавливался не ниже значений 12 см H_2O.

Хирургическая тактика в первую очередь включала фиксацию повреждения передней гемисферы грудной клетки с ориентированием проекцией доступа на данные КТ-исследования грудной клетки. Как правило, из одного доступа удавалось синтезировать 4-5 ребер (рисунок 1).

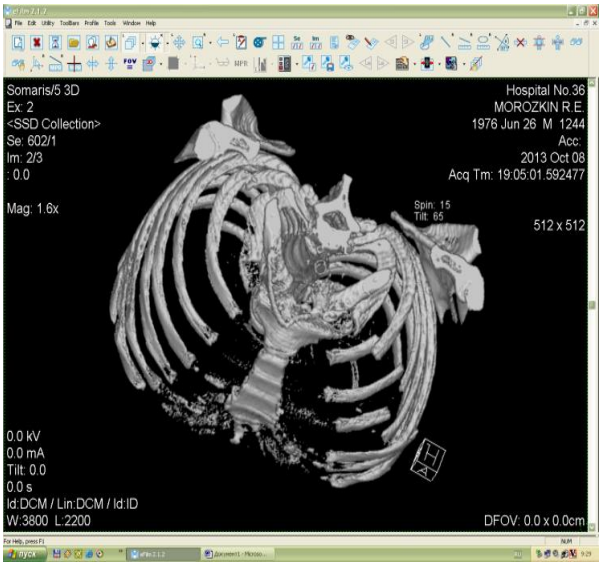

Рис. 1. Предоперационная КТ-реконструкция грудной клетки

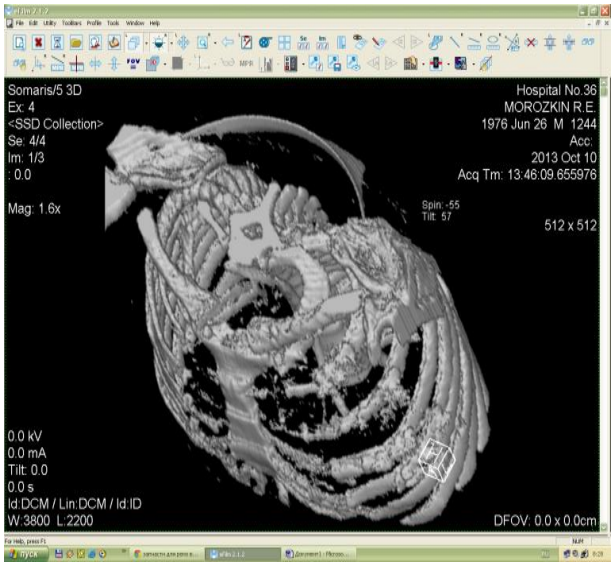

Рис. 2. Послеоперационная КТ-реконструкция грудной клетки

Оперативное вмешательство заканчивали дренированием межмышечного пространства аспирационным дренажем по Редону. Проведение КТ-исследования в послеопеционном периоде являлось обязательным (рисунок 2).

Результаты исследования предоставлены ниже в таблице.

Таблица 1

Результаты применения методики хирургической фиксации при закрытой травме грудной клетки в сравнении с консервативным ведением

Показатели	Основная группа, n = 16	Контрольная группа, n = 16	Значимость различий, t-критерий Стьюдента
Умерло пациентов в группе, n, %	1 (6,25)	3 (18,75 %)	1,05 (p > 0,05)
Длительность ИВЛ у выживших пациентов, сут., M ± m	7,2 ± 0,45	21,3 ± 1,27*	10,52 (p < 0,05)
Длительность пребывания в ОРИТ выживших пациентов, сут., M ± m	12,13 ± 0,3	26,07 ± 2,0*	6,97 (p < 0,05)
Доз антибактериальных препаратов за весь курс лечения выживших пациентов, M ± m	18,0 ± 3,8	39,9 ± 2,0*	4,89 (p < 0,05)
Стоимость медикаментов на реанимационном этапе лечения, все пациенты, M ± m	20566,87 ± 731	61757,62 ± 3747*	10,79 (p < 0,05)

* - статистически значимые отличия между группами

Таким образом, применение технологии фиксации ребер при закрытой травме грудной клетки с помощью системы предизогнутых пластин с угловой стабильностью в клиническом аспекте демонстрирует свои преимущества в виде сокращения сроков пребывания пациентов на ИВЛ, в отделении реанимации, сокращает количество доз антибактериальных препаратов и в целом приводит к статистически значимым экономическим эффектам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т.II. – 784 с. – (серия «национальные руководства). – раздел 12.1. Травма груди.

2. Хмара, А. Д., Норкин И.А., Хмара Т.Г. Тактика лечения при сочетанной травме груди и сегментов конечностей / А. Д. Хмара, И. А. Норкин, Т. Г. Хмара // Саратовский научно-медицинский журнал, 2012. – т.8, №4. – С. 982–988.

3. Chen, R., Gabler, H. C. Risk of thoracic injury from direct steering wheel impact in frontal crashes / R Chen, H. C. Gabler // J Trauma Acute Care Surg 2014. – 76:1441.

4. Unsworth A., Curtis K., Asha S.E. Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery. Review / A. Unsworth, K. Curtis, S. E. Asha // Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 2015. – 23:17.

Материал поступил в редакцию 29.04.15.

CLINICAL AND ECONOMIC EFFICIENCY OF EARLY SURGICAL RIBS STABILISATION OF RIBCAGE NONPENETRATING TRAUMA WITH THE SOLUTION OF ITS CONTINUITY

N.P. Shen[1], S.Yu. Lukin[2], P.G. Boltaev[3], S.A. Ushakov[4], L.A. Skorokhodova[5]

[1] Doctor of Medicine, Head of Anesthesiology and Emergency Medicine Department,
[2] Candidate of Medicine, Head Doctor, [3] Candidate of Medicine, Anesthesiology and Revification Department Head,
[4] Candidate of Medicine, Casualty Department Head,
[5] Candidate of Economic Sciences, Economy Department Associate Professor
[1] Tyumen State Medical Academy of Ministry of Health of Russian Federation, [2, 3, 4] Traumatological Clinic №36 (Ekaterinburg), [5] Ural Law Institute of the Russian Interior Ministry (Ekaterinburg), Russia

Abstract. *This article deals with modern treatment methods of chest Injuries with the carcass integrity violation by surgical fixation at the closed trauma. The clinical and economic feasibility of the method of active surgical tactics in these patients is determined.*

Keywords: *the closed chest injury; the break of edges; the surgical fixation, esophageal pressure.*

Odontology
Стоматология

УДК 616.314+616-002.77:301(574)

ОТНОШЕНИЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ К ОБЪЕМУ И КАЧЕСТВУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Н.Н. Теляева[1], К.О. Каркабаева[2], Э.И. Султанова[3]
[1] кандидат медицинских наук, ассистент, [2, 3] ассистент
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова (Алматы), Казахстан

Аннотация. *Санация полости рта является важнейшим фактором профилактики развития ревматических болезней. Устранив источник инфекции и сенсибилизации из полости рта, больные ревматическими заболеваниями снижают нагрузку на иммунитет, без того напряженный основным заболеванием.*

Ключевые слова*: стоматологическая помощь, ревматические больные, социологическое исследование.*

В современных условиях рыночных отношений в Казахстане здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. В Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу «Казахстан-2030» одним из долгосрочных приоритетов являются здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана. «По мере того, как мы строим свое общество, необходимо прилагать усилия в том, чтобы граждане Казахстана были здоровыми на протяжении всей своей жизни. Стратегия в реализации этой цели заключается в предотвращении заболеваний, стимулирование здорового образа жизни, соблюдение правил гигиены и санитарии» [9].

Заболевания зубов и полости рта до сих пор остаются одними из самых распространенных в структуре болезней человека, и имеет устойчивую тенденцию к ухудшению [4].

Стоматологическая помощь является одним из самых распространенных и важных видов специализированной медицинской помощи населению. По числу обращений она занимает второе место после терапевтической [7].

Хорошо отлаженная и дающая при ее осуществлении гарантированно высокий эффект профилактическая работа из-за очень слабой нацеленности специалистов службы на этот вид деятельности, в настоящее время в большинстве случаев носит формальный характер, а в частных негосударственных организациях вообще не проводится. Диспансеризация и мероприятия по первичной профилактике уменьшает возникновение новых очагов патологии полости рта, замедляет рост числа осложненных форм кариеса [6,11].

Социальное бремя ревматических болезней в казахстанском обществе, как и в большинстве других стран мира, продолжает возрастать. Существенное негативное социальное влияние ревматических болезней обусловлено, прежде всего, хроническим характером большинства из них при постоянно возрастающей общей первичной заболеваемости во всех возрастных группах населения Республики Казахстан [1,10].

Успешное функционирование любой медицинской службы в современных условиях возможно только при оптимальном взаимодействии всех звеньев, всех элементов системы здравоохранения, во многом зависит от уровня организации и управления деятельностью лечебных учреждений [2,3].

В последние годы выполнены исследования, посвященные изучению проблем улучшения организации стоматологической помощи населению Республики Казахстан [5,8].

Вопросы, связанные с организацией стоматологической помощи ревматологическим больным, практически не изучены. До настоящего времени не проводились углубленные исследования по изучению проблем совершенствования стоматологической помощи больным с основными ревматическими заболеваниями.

Социально-гигиеническое изучение контингентов больных, обращающихся за стоматологической и ревматологической помощью в бывшие территориальные поликлиники, является важным звеном в исследовании и разработке мер по совершенствованию организации таких видов помощи.

С точки зрения современных положений медицинской науки и организации здравоохранения, весьма актуальны исследования различных аспектов деятельности ревматологической и стоматологической служб, осуществляющей комплекс лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, систематически наблюдающей за состоянием здоровья населения. Как показал проведенный нами анализ литературы, в доступных работах слабо представлены исследования по стоматологической тематике, мало внимания уделяется и ревматологической службе населению, проживающего на территориальном участке, сохранению и укреплению его здоровья.

© Теляева Н.Н., Каркабаева К.О., Султанова Э.И. / Telyaeva N.N., Karkabaeva K.O., Sultanova E.I., 2015

Динамическое наблюдение за условиями и образом жизни, уровнем и структурой заболеваемости, другими медико-социальными показателями является важной предпосылкой для определения приоритетных направлений профилактических и лечебных стоматологических мероприятий у ревматологических больных.

Большое значение имеет изучение мнения ревматологических больных об организации лечебно-профилактической стоматологической помощи. Анализ литературы последних 10 лет показывает, что нет научных работ медико-организационного плана, позволяющих получить целостную характеристику стоматологической помощи ревматологическим больным, обеспечивающего полноценную работу стоматологов и основу дальнейшего развития стоматологической службы.

Неоценимую информацию в качестве медицинского обслуживания и медицинской активности больных могут дать результаты анкетирования специалистов, работающих в сфере стоматологической и ревматологической служб, а так же среди ревматологических больных.

Нами были разработаны специальные анкеты для ревматологических больных. Анкетирование стоматологических больных проводилось в частных стоматологических клиниках.

С целью оценки отношения населения к объему и качеству медицинской стоматологической помощи ревматологическим больным нами было проведено анкетирование 235 пациентов.

Разработанная нами анкета содержала 35 вопросов, касающихся нескольких групп факторов, влияющих на качество оказания медицинской помощи: социально-профессиональных, медико-организационных, социально-психологических и удовлетворенности пациентов качеством стоматологической помощи. Анкеты так же содержали вопросы по уровню санитарно-гигиенических знаний пациентов.

Прежде всего, был проанализирован состав обратившихся больных по полу, возрасту, месту жительства. Подавляющее большинство опрошенных пациентов составили женщины 175 (74,5%), так как они заболевают ревматическими заболеваниями чаще, чем мужчины. В опросе принимало участие 60 пациентов-мужчин (25,5%). Преобладали лица в возрасте от 40 до 59 лет – 111 больных (47,2%). На долю возрастной группы от 18 до 39 лет пришлось 95 больных (40,5%). Меньшими были доли респондентов в возрасте 60 и старше лет – 29 больных (12,3%)

Изучая обращаемость пациентов в медицинскую организацию, установили, что женщины чаще обращались, чем мужчины – 58,8% и 41,2% соответственно. Эти данные свидетельствуют о том, что женщины внимательнее к своему здоровью и внешнему виду, чем мужчины. Около 2/3 состава обратившихся – это шымкентцы, проживающие в данном районе, а 1/3 составляют пациенты, приезжающие из разных районов Южно-Казахстанской области.

По уровню образования распределение следующее: высшее образование имели 17,3% опрошенных респондентов; незаконченное высшее – 2,8%; среднее специальное образование – 12,8%; среднее – 61,1%.

Анализ социально-профессионального статуса пациентов показал, что больше всего (35,5%) среди них рабочих. Доли инвалидов (16,4%), студентов (14,4%) и пенсионеров (12,2%) почти одинаковы. Несколько меньше среди опрошенных было безработных (8,6%), служащих (6%) и учащихся (5,6%), и меньше всего (1,3%) – бизнесменов.

Уровень культуры организации оказания медицинских услуг в большой степени зависит от условий, в которых население получает помощь, от комфортности обстановки во время ожидания приема и получения этой помощи, являясь следствием высокой доступности и способствуя достижению высокого качества.

Определение уровня медицинской грамотности и медицинской активности населения, особенно, молодежи, может послужить основой при разработке профилактических программ по оздоровлению населения и формированию здорового образа жизни.

Результаты изучения мнения исследуемых пациентов позволили нам наряду с другими аспектами, характеризующими социальную эффективность стоматологической помощи, выявить мнение населения об удовлетворенности организацией медицинского обслуживания (рисунок 1).

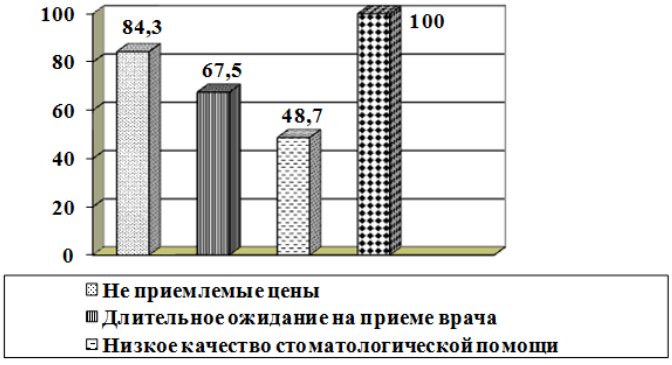

Рисунок 1. Причины неудовлетворенности респондентов стоматологической помощью

Среди причин неудовлетворенности стоматологической помощью чаще всего назывались: неприемлемые цены (84,3%), длительное ожидание приема (67,5%), неудовлетворенность низким качеством лечения (48,7%), отсутствие санитарно-просветительной работы (100%).

Респондентам был предложен блок вопросов анкеты, связанных с соблюдением гигиены полости рта. При этом проведенный анализ показал, что лишь менее 1/3 (27,3%) респондентов регулярно соблюдают правила гигиены полости рта и чистят зубы 2 раза в день, 33,6% – 1 раз в день; по мнению 29,4% пациентов, достаточно чистить зубы 1 раз в неделю. Следует отметить, что 9,7% опрошенных респондентов вообще не чистят зубы.

На вопрос «Проводился ли Вам когда-нибудь контроль правильности чистки зубов?» лишь 2,3% заполнивших анкету дали положительный ответ. Из дополнительных средств гигиены полости рта 11,7% респондентов используют зубочистки и зубные нити. Все это свидетельствует о низком уровне санитарно-гигиенических знаний ревматических больных.

На недостаточную медицинскую активность больных ревматическими заболеваниями указывают данные о посещаемости. Так, 1/3 опрошенных (35,7%) в течение года не посещали врачей стоматологов, а 39,8% посещали 1-2 раза.

Анализ распределения обращений по причинам показал, что в основном (в 96,5% случаев) пациенты обращаются за стоматологической помощью только с лечебной целью; профилактически посещают врача лишь 3,5% опрошенных, т.е. профилактическая активность ревматических больных низка; люди не обращают на свое здоровье должного внимания, санитарно-просветительная работа не ведется с достаточной активностью.

Из числа осмотренных 82,7% респондентов нуждались в лечении, в том числе ранее были санированы 17,3%.

Большинство опрошенных пациентов – 98,7% понимают необходимость обращения к стоматологу независимо от собственного отношения к лечению. Так, ведущими причинами для обращения к врачу были: острая зубная боль – 37,5%, необходимость протезирования – 32,1%, разрушение зубов – 23,3%, другие – 7,1%. Все вышеизложенное мы охарактеризовали как внутренние причины, поскольку они обусловлены психологическими установками пациента.

Таким образом, основными причинами обращений больных ревматическими заболеваниями к врачу-стоматологу являются: острая зубная боль (43,9%), необходимость лечения зубов с целью последующего протезирования (25,8%), лечение разрушенных зубов (25,7%). Главные факторы, препятствующие своевременному обращению к врачу, – страх, боязнь стоматологических манипуляций (в среднем – 26,3%), сформировавшееся субъективное суждение о сроках лечения, где основной критерий - наличие разрушенных зубов, недостаточный уровень санитарно-гигиенических знаний.

Поскольку анкетирование проводилось с целью изучения различных аспектов состояния и оказания ревматологическим больным стоматологической помощи, то вопросы анкеты касались этих проблем.

На рисунке 2 показаны результаты ответов респондентов на вопрос «Знаете ли Вы о влиянии состояния полости рта на ревматические заболевания?».

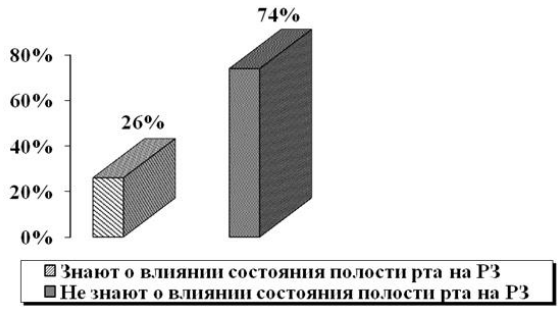

Рисунок 2. Знания респондентов о влиянии состояния полости рта на ревматическую заболеваемость

Из числа больных ревматическими заболеваниями только 26% ответили «да», а 74% респондентов ответили «нет». Таким образом, довольно значительное, превосходящее почти в 2,5 раза число больных ревматическими заболеваниями не знают о влиянии стоматологических болезней на состояние и тяжесть ревматического процесса.

На вопрос «Обращались ли Вы ранее за стоматологической помощью и куда?», 64% ответили, что обращались в стоматологическое учреждение по месту жительства, 25% обращались в частный стоматологический кабинет и 11% обращались за помощью в частные стоматологические клиники. Больные ревматическими заболеваниями в силу молодого возраста и лучшего материального положения предпочитают посещать частные стоматологические учреждения. Некоторая часть больных ревматическими заболеваниями пожилого возраста, особенно 50 лет и старше, имеет съемные зубные протезы и предпочитает не обращаться к врачам-стоматологам. Указанные данные можно считать вполне объективным и соответствующим материальному положению больных ревматическими заболеваниями и уровню их дохода. Ревматические заболевания являются дорогостоящими, так как это обусловлено сложностью и дороговизной методов исследования (иммунологических, иммуногенетических, рентгенологических, инструментальных и др.), а также для сохранения жизни многих молодых пациентов

требуется многолетнее, а порой и пожизненное лечение с использованием дорогостоящих препаратов, методов консервативной и оперативной хирургии, санаторно-курортной, социальной и психологической реабилитации.

Интересен на наш взгляд, анализ оценки, полученной в стоматологических учреждениях помощи больным ревматическими заболеваниями, который представлен на рисунке 3.

Рисунок 3. Удовлетворенность качеством стоматологической помощи больных ревматическими заболеваниями

Из ответивших на этот вопрос 54% респондентов мужчин и женщин, больных ревматическими заболеваниями, считают, что оказываемая им помощь может быть оценена как неудовлетворительная, оказанная помощь оценивается как удовлетворительная 25% пациентами, как хорошая – 21% больными ревматическими заболеваниями. Таким образом, каждый четвертый пациент стоматологического учреждения больной ревматическими заболеваниями, считает уровень оказанной стоматологической помощи неудовлетворительным.

Установлена высокая нуждаемость в стоматологической помощи осмотренного контингента. Оказываемый объем, и уровень таковой значительно отстает от фактически необходимого. Следовательно, необходимо и целесообразно разрабатывать и применять новые, более эффективные формы организации стоматологической помощи ревматологическим больным, внедрять новые технологии, улучшать качество работы. Стоматологическая служба должна быть направлена на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аканов, А.А., Нурашева, Г.К. Программа профилактик стоматологических заболеваний в образовательных школах Республики Казахстан. // Среднеазиатский научно-практический журнал «Стоматология», 2000. – № 2. – С. 56-57.
2. Бижигитов, Ж.Б. Новые медико-технологические подходы к организации ревматологической помощи населению крупного города. // Дисс. …канд. мед. наук. – Алматы, 2005.
3. Гончаренко, А.Д. Совершенствование организации стоматологической помощи сельскому населению. // Стоматология. – 1999. – Т. 5. – № 2. – С. 25-27.
4. Гринькова, И.Ю. Оценка соматического статуса пациента и снижение риска осложнений в стоматологической практике. // Стоматология. – 2002. – Т. 3. – № 2. – С. 4-6.
5. Есембаева, С.С. Пути улучшения качества оказания стоматологической помощи в сельской местности. // Проблемы стоматологии. – 2007. – № 4(38). – С. 9-13.
6. Кенченбаева, В.К., Просвирина, В.А. Стоматологическая помощь в негосударственных медицинских структурах // Проблемы стоматологии, 2000. – №3 (9). – С.89-90.
7. Косарев, В.В., Лотков. В.С., Бабанов, С.А. Роль периодических медицинских осмотров в сохранении здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2008. – №1. – С. 30-32.
8. Мирзабеков, О.М. Обоснование стратегии развития стоматологической службы Республики Казахстан в рыночных условиях: автореф. …докт. мед. наук. – Алматы, 2001. – 42 с.
9. Назарбаев, Н.А. «Казахстан-2030». Послание Президента страны народу Казахстана. – С. 61-66.
10. Насонова, В.А., Фоломеева, О.М. Медико-социальное значени XIII класса болезней для населения России. //Научно-практическая ревматология, 2001. – № 1. – С. 7-11.
11. Симановская, О.Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни // Стоматология, 2008. – №5. – С. 75-77.

Материал поступил в редакцию 26.04.15.

THE ATTITUDE OF RHEUMATOLOGIC PATIENTS OF THE KAZAKHS TOWARD THE VOLUME AND QUALITY OF DENTAL SERVICE TO DATA OF SOCIOLOGICAL STUDIES

N.N. Telyaeva[1], K.O. Karkabaeva[2], E.I. Sultanova[3]
[1] Candidate of Medical Sciences**,** Teaching Assistant, [2, 3] Teaching Assistant
Kazakh State Medical University named after S.D. Asfendiyarov (Almaty), Kazakhstan

Abstract*. Gross debridement is an important factor in preventing the development of rheumatic diseases. Overcoming the source of infection and sensitization of the oral cavity, the rheumatologic patients reduce the immunity burden that is overwrought by underlying conditions.*

Keywords*: dental service, rheumatologic patients, sociological research.*

Hemadenology
Эндокринология

УДК 61

ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Я. Энхжаргал[1], Ч. Энхтуул[2], Б. Батзориг[3], Х. Алтайсайхан[4], Д. Ангар[5], Д. Цэрэндагва[6], Д. Даваалхам[7]
[1] кандидат наук в области общественного здравоохранения,
глава сестринского комитета министерства здравоохранения и спорта Монголии,
[2] магистр медицинских наук, преподаватель кафедры сестринского ухода,
[1, 3, 5, 6, 7] Монгольский Государственный Медицинский Университет (Улан-Батор),
[2] Школа сестринского дела национального университета медицины монголии(Улан-Батор),
[4] Медицинское Представительство Компании Ново Нордиск А/С (Улан-Батор), Монголия

Аннотация. *Обучение больных меняет индивидуальный образ жизни и традиции, дает людям психологическую поддержку, веру в себя, а также знания, навыки и способности, необходимые для улучшения личного и социального здоровья. На данный момент в Монголии нет полных конкретных научно-исследовательских работ по сравнению контрольных показателей больных сахарным диабетом с тренингами и консультациями по заболеванию. Выявлены статистические различия показателей обмена веществ, клинических исследований и психологических вопросов среди групп пациентов, страдающих сахарным диабетом, которым проведены консультации по диабету и групп больных, которым не были проведены какие-либо консультации.*

Ключевые слова: *сахарный диабет 2-го типа у больных, пациент, контроль, оценка обучения, профилактический контроль осложнений.*

Введение

По данным мировой статистики 2013 года заболеваемость сахарным диабетом составляет около 387 млн. человек в возрасте 20-79 лет (8,3 %), и есть прогнозы, что заболеваемость к 2030 году достигнет 552 млн. человек или 9,9 % взрослого населения мира [1]. Тренинги по приобретению навыков самоконтроля и улучшению знаний людей о диабете являются основой медицинской помощи больным сахарным диабетом [2]. Консультации больных изменяют индивидуальный образ жизни и традиции, дают людям психологическую поддержку, веру в себя, а также знания, навыки и способности, необходимые для улучшения личного и социального здоровья [3]. По этим вопросам в мире начали проводить широкие исследования. Это подтверждает то, что консультации пациентов необходимы для повышения профилактического контроля осложнений сахарного диабета [4]. По данным этапного исследования распространённости неинфекционных заболеваний 2010 года распространённость сахарного диабета составляет 6.5 %, а преддиабетического состояния 9,1 % [5]. На данный момент в Монголии нет полных конкретных научно-исследовательских работ по сопоставлению контрольных показателей больных сахарным диабетом с их тренингами и консультациями по заболеванию.

Цель исследования

Целью нашего исследования является оценка обучения больных сахарным диабетом 2-го типа.

Критерий включения в исследование: Нами были выбраны больные в возрасте 20-64 лет, без психических отклонений, имеющие способность к самообслуживанию, не участвовавшие прежде в каких-либо исследованиях, принявшие участие в опросниках по сахарному диабету, имеющие постоянное место жительства, способные прийти и пройти контроль, получившие полную информацию об исследовании, согласившиеся на добровольное участие.

Критерий исключения из исследования: Беременные, женщины в период лактации, пациенты старше 64 лет, инвалиды и люди социально-чувствительных групп населения (служащие в армии, полицейские, студенты, заключенные), имеющие осложнения со стороны других систем органов (печёночная, почечная недостаточность), заболевания ЖКТ, осложнения последней стадии сахарного диабета (глаза, почки, ноги, инфаркт миокарда).

Методы получения данных и информации: Тренинг знаний сахарного диабета выбранных больных оценивали с помощью опросника, использующегося в мировой практике, Michigan Diabetes Knowledge Test (MDKT) и PAID (Illness Perception Questionnaire) Проводили антропометрические измерения, объективное обследование больного (рост (см), вес (кг), систолическое давление (мм. р. ст.), диастолическое давление (мм. р. ст.), окружность талии (см), жировые отложения (%). В лабораторном исследовании определяли уровень HbA_{1C} (%) и количество сахара в периферической крови натощак (ммол / л).

© Энхжаргал Я., Энхтуул Ч., Батзориг Б., Алтайсайхан Х., Ангар Д., Цэрэндагва Д., Даваалхам Д. / Enkhzhargal Ya., Enkhtuul Ch., Batzorig B., Altaisankhan H., Angar D., Tserendagva D., Davaalkham D., 2015

Проводили опрос исследования, антропометрические измерения, показатели обмена веществ среди обученных и не обученных групп больных до и после исследования в течении 6-х месяцев.

Антропометрическое измерение и инструменты для применения

Рост. Использовали ростомер**,** который был разрешен и утвержден пригодным к применению Центром Стандарта Измерения. При измерении исследуемого просили стоять ровно в непринужденной позе, не поднимая плеч, с сомкнутыми стопами. А также измеряли вес, процентное отношение жирового отложения и индекс массы тела больных с помощью аппарата марки Vivente, сделанный в Южной Корее. Больных взвешивали и измеряли с легкой одеждой до 100 гр.

Окружность талии. Измеряли ленточным метром, сделанным из клеёнчатого материала, который был стерилизован после каждой процедуры. Измерение проводили стоя и просили больных дышать спокойно, затем располагали измерительную ленту горизонтально, не натягивая, измеряли на месте между низшим углом лопатки и непосредственно над гребнями подвздошных костей. При большом нависшем животе у пациента измеряли непосредственно по линии пупка.

Артериальное давление. Сначала участников досконально опрашивали об употреблении пищи, чая или кофе перед обследованием. Если они отвечали утвердительно или были посетителями с улиц, то их усаживали в спокойное место на 15 минут, а потом измеряли артериальное давление каждому в правом предплечье с помощью автоматического измерителя давления модели OMRON M5 по 2-3 раза и выявляли их средний показатель.

Лабораторное исследование:

Проводили биохимический анализ с определением гликированного гемоглобина HbA_1C в плазме крови с помощью Бельгийского полного автоматического анализатора Clindiag FA-300 с применением немецкого полужидкого диагностикума Diasys для полного автоматического анализатора. Определяли количество сахара в периферической крови натощак с помощью глюкометра Accu-Chek Active, изотовленного в Германии.

Вопрос проведения нашего исследования был обговорён и разрешён Контрольным Комитетом Медицинской Этики при Министерства Здоровья Монголии. Каждым больным предварительно звонили, кратко сообщали информацию, а потом после этого перед проведением исследования объясняли цель и значение работы, также давали полную информацию о предстоящем исследовании, получали от всех согласие, подтверждающие подписи и вовлекали больных в исследование.

Статистический анализ

Информационные данные исследования были разработаны с помощью программы SPSS 16. Процентные различия показателей были оценены методом корреляционного анализа хи квадратов Пирсона, а среднее различие было учтено с помощью метода Т теста. В случае аналогичного Р показателя меньше 0,05 следует считать, что различия статистически правдиво вероятны.

Результаты

Больные, у которых впервые выявили сахарный диабет, были мужчинами 49,4 ± 8,9 летнего возраста, 43,8 % (86) 56,2 % (110) из них были женщинами. 39,3 % больных имели диабетическую наследственность в анамнезе. 23,3 % пациентов из всех обследованных были курящими, а 76 % некурящими, 8,7 % бросили курить. 50,6 % обследованных больных прежде употребляли алкоголь. Показатели HbA_{1C}-на обученных больных перед исследованием были 10.1 ± 1.42 и после 6-х месяцев исследования данный показатель стал 8,5 ± 1.42, что дало результаты статически должного снижения ($p<0.001$). По данным нашего исследования у 85,7 % всех обследованных индекс массы тела и у 84,2 % больных окружность талии были выше нормы, а также общее ожирение было распространено на 9,5 % больше среди женщин, чем среди лиц мужского пола ($p < 0.001$). Также нами было установлено, что артериальное давление у мужчин на 9,3 % выше, чем у женщин ($p<0.05$).

Отношение людей к сахарному диабету оценивали по Brief–IPQ и обнаружили статистически значимые различия среди обученных и не обученных групп пациентов. Это значит, что в обученных группах люди приобретали хорошие знания о своей болезни, и повышались навыки самоконтроля при диабете, из чего следует, что результаты нашего исследования совпадали с результатами исследования Moss-Morris R (1997), Frostholm L (2006). [3, 6]

В ходе исследования было установлено, что понятия и знания больных о диабете не имели статистических различий среди обученных и не обученных людей. Наверное, это связано со временем установления диагноза сахарного диабета новым больным и совпало с результатами [8,9] исследования.

67,9 % всех больных были обучены в амбулатории, 28,3 % – в стационаре, а 3,7 % в семейных клиниках. Необходимо дальнейшее продолжительное исследование.

Выводы

Выявлены статистические различия показателей обмена веществ, клинических исследований и психологических вопросов среди групп пациентов, страдающих сахарным диабетом, которым проведены консультации по диабету от групп больных, которым не были проведены какие-либо консультации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. IDF. Diabetes atlas sexth edition, Brussels, 2013. – Chapter 2. – p. 25 -26.

2. Wens J,Vermeire E, Hearnshaw H, Lindenmeyer A, Biot Y, Van Royen P interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes. A sub-analysis of a systematic review of randomized controlled trials.Diabetes Research and Clinical Practice 2008;79:377-388.

3. Snoek F, Visser A (2003). Improving quality of life in diabetes: how effective is education. Patient Education & Counseling 51(1): 1-3.

4. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care 2001;24:561-87.

5. Mongolian STEPS Survey on the Prevalence of Noncommunicable Disease Risk Factors 2009.

6. Золзаяа Х. К вопросам контроля сахарного диабета. Исследовательская работа, призентованная на степень Магистра Медицины. г.Улан-Батор. 2003.

7. Moss-Morris R. The role of illness cognitions and coping in the aetiology and maintenance of the chronic fatigue syndrome (CFS).In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. Perceptions of health and illness: current research and applications. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 411-39.

8. Frostholm L, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman J, et al. Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. J Psychosom Res. 2007;62:129-38.

9. Balas EA, Krishna S, Kretschmer RA, Cheek TR, Lobach DF, Boren SA Computerized knowledge management in diabetes care. Medical Care 2004;42(6):610-621.

Материал поступил в редакцию 20.03.15.

OUTCOMES OF DIABETES EDUCATION OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN MONGOLIA

Ya. Enkhzhargal[1], Ch. Enkhtuul[2], B. Batzorig[3], H. Altaisankhan[4], D. Angar[5], D. Tserendagva[6], D. Davaalkham[7]

[1] Ph. D in Public Health , Head of Professional committee of Nursing Ministry of Health and Sport of Mongolia,

[2] Master of Medicine, Lecturer, Adult nursing department,

[1, 3, 5, 6, 7] Mongolian State Medical University (Ulaanbaatar),

[2] School of Nursing Mongolian National University of Medical Sciences (Ulaanbaatar),

[4] Medical Representative of Novo Nordisk A/C (Ulaanbaatar), Mongolia

Abstract. *Objective of this article is to evaluate short term outcomes of diabetes education in patients Type 2 diabetes. The following methods were used: the cross sectional and cohort survey was conducted in Diabetes center of Ulaanbaatar. This study subjects were 196 patients with T2DM aged 23-64 years old who were referred within, as patients included only the ones who met inclusion criteria and agreed with informed consent. Patient's diabetes psychosocial status was assessed by the internationally accepted questionnaire. We collected anthropometric and metabolic measurement according by 6 months follow-ups. The study was conducted by principal investigator obtained from the Medical ethics committee of the Ministry of Health, Mongolia. Each participant gave written informed consent and study protocol was approved. Statistical analysis was performed with the SPSS16 software. The result are following: there were a total 196 subjects men 43,8 % women 56,2 %. The mean age of the study subjects was 49,4 ± 8,9 years. Educated groups participants attended a structured education program. The body fat percent and* HbA_1C *level was at the baseline 10.1 ± 1.42 , and 6 months 8,5 ± 1.42 (p < 0.0001) significantly different between educated and non-educated groups during the follow-ups. As a result, we concluded that the anthropometric, metabolic, psychological measurement are significantly different between educated and non-educated groups during the 6 months follow-ups.*

Keywords: *patients with type 2 diabetes mellitus, patient, control, education assessment, preventive control of complications.*

Для заметок

Для заметок

Для заметок

MEDICUS

Международный медицинский научный журнал

№ 3 (3), май / 2015

Адрес редакции:
Россия, г. Волгоград, ул. Ангарская, 17 «Г»
E-mail: scimedicus@mail.ru
http://scimedicus.ru/

Учредитель и издатель: Издательство «Научное обозрение»

ISSN 2409-563X

Редакционная коллегия:
Главный редактор: Мусиенко Сергей Александрович
Ответственный редактор: Маноцкова Надежда Васильевна

Иванова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук
Абдикаримов Сериккали Жолдасбаевич, кандидат медицинских наук
Комаровских Елена Николаевна, доктор медицинских наук
Лазарева Наталья Владимировна, доктор медицинских наук

Подписано в печать 14.05.2015 г. Формат 60x84/8. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Заказ № 55.