

Сборник тезисов научных работ

II МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

« : »
«20» февраля 2016

Збірник тез наукових робіт

II МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ:

« : »
«20» лютого 2016

Abstracts of scientific papers

II INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL
CONFERENCE:

**«SCIENTIFIC DEBATE: ACTUAL ISSUES OF THE
MEDICINE»**

«20» february 2016

Санкт-Петербург–Стокгольм
2016

ББК 20
УДК 5
Н-34

Н-34 Научный диспут: Актуальные вопросы медицины: сборник тезисов научных работ II Международной научно-практической конференции (Санкт-Петербург–Стокгольм, 20 февраля 2016 года / Международный научный центр, 2016. — 82 с.

В сборнике представлены материалы II Международной научно-практической конференции: «Научный диспут: Актуальные вопросы медицины».

Материалы публикуются на языке оригинала в авторской редакции.

Редакция не всегда разделяет мнения и взгляды автора. Ответственность за достоверность фактов, имен, географических названий, цитат, цифр и других сведений несут авторы публикаций.

При использовании научных идей и материалов этого сборника, ссылки на авторов и издания являются обязательными.

ББК 20
УДК 5

© Авторы статей, 2016
© Международный научный центр, 2016
© Международный научный журнал, 2016

| | | |
|--|-------|-----------|
| 1. | ..... | 5 |
| Бектемирова Н.Т. | | |
|  | ..... | 5 |
| 2. | ..... | 10 |
| Атаян Н.С., Масунова О.В. | | |
|  | ..... | 10 |
| 3. | ..... | 12 |
| Бугаевский К.А. | | |
|  | ..... | 12 |
| 4. | ..... | 16 |
| Рыстигулова Ж.Б., Куандыков Е.К., Байконсова Л.О., Джамашева Г.Ш. | | |
|  | ..... | 16 |
| 5. | ..... | 19 |
| Альмухамбетов М.К., Жангелова М.Б., Альмухамбетова Э.Ф., Кулжанова Ф.С., Саткеева Д.Г., Мауленова М.Б., Омарова Ф.М. Мырзалиева А.А. | | |
| ST | ..... | 19 |
| Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б., Сембиева Г.Б., Сейтбекова А.С., Калдарбекова Г.М., Усербаева А.Ж., Абдилова Д.С. | | |
|  | ..... | 23 |
| Бобронникова Л.Р., Беловол А.Н., Ильченко И.А., Шапошникова Ю.Н. | | |
|  | ..... | 27 |
| Капсултанова Д.А., Ползик Г.Б. Тулегенова Б.Г. | | |
|  | ..... | 29 |
| Кодасбаев А.Т., Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б., Токсанбаева Ф.Т., Алифтеннова Н.Ж., Кыдыралиева А.У., Косыбаева Н.А. | | |
|  | ..... | 33 |

Мусаев А.Т., Альмухамбетов М.К., Альмухамбетова Р.К.,
Тыналиева Ш.А., Масимжанова К.А.

ST 37

6. 41

Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б., Баскараева А.Н., Гайнутдин А.Е.,
Касымжанова М.К., Курманбаева М.А., Утебаева М.И.

...41

Жангелова Ш.Б., Альмухамбетова Р.К., Сергеева Е.Н., Джумабаева Б.Р.,
Мырзагельдиева Э.С., Сарыбаева Б.А., Оспанова А.Б.

..... 45

Жангелова Ш.Б., Альмухамбетова Р.К., Туякбаева А.Г., Омарова А.А.,
Сулейманова А.М., Турарова Э.Е., Уралбаева А.С.

..... 49

7. 53

Аксенова-Сорохтей Ю.Н., Барановская Е.А.

..... 53

8. 57

Пак Л.А., Манамбаева З.А., Адильмуратова Г.А., Кыстаубаева А.С.

КК К Ф

э нэ 57

9. 63

Огнева Л.Г.

..... 63

10. 67

Куандыков Е.К., Тажибаева А.Б., Токтамисова Ж.Е.

...67

11. 71

Белгарокова Н.М.

: 71

12. 77

Akhetova N.

**The experience of continuous subcutaneous insulin injections application
in treatment of women with diabetes mellitus** 77

1.

*Старший преподаватель кафедры
анестезиологии и реаниматологии
Ташкентская Медицинская Академия
г. Ташкент. Узбекистан*

,

Большое количество полостных операций существующих в офтальмологии, при которых местные анестетики применяют в ходе вмешательства с целью устранения болевого синдрома дало новый толчок к изучению эффективности и продолжительности ретробульбарной анестезии, ее влияния на внутриглазное давление (ВГД) (5, 3, 7).

Регионарное обезболивание может оказать наиболее полноценное анальгетическое действие из-за подавления ноцицептивных импульсов и создания вегетативной блокады. Основным критерием выбора препаратов для местной анестезии в оперативной офтальмологии является быстрое наступление анестезирующего эффекта, миоплегии и снижение ВГД.

— сравнительное изучение обезболивающего действия различных местных анестетиков в офтальмохирургии и их влияние на внутриглазное давление, внутриглазную гидродинамику и релаксацию глазных мышц.

Исследования проводились на базе 2 клиники Ташкентской медицинской академии. Обследованы 74 (74 глаз) больных с диагнозом глаукома с сопутствующей патологией системы кровообращения в возрасте от 60 до 80 лет обоего пола (средний возраст $68,2 \pm 3,2$ года). Мужчин было 43 (63%), женщин 31 (37%). Пациентам были выполнены антиглаукоматозные операции. Всем пациентам за 30 мин до операции была проведена внутримышечная премедикация (димедрол 0,1 мг/кг, диазепам 0,25 мг/кг или дроперидол 0,125 мг/кг и ненаркотические анальгетики). Всем больным применяли ретробульбарную блокаду и блокаду лицевого нерва

. Больные в зависимости от применяемого местного анестетика разделены на три группы. Первую группу (контрольную) составили больные, которым в качестве местного анестетика применяли 8–10 мл 2% лидокаин. Пациентам второй группы в качестве местного анестетика использовали 2–5 мл 0,5% бупивакаина. Пациентам третьей группы для проведения проводниковой анестезии применяли 2–5 мл 0,5% раствора лонгокаина.

Для изучения влияния местных анестетиков на внутриглазное давление и гидродинамику глаза проводили тонометрию (тонометром Маклакова с грузом 10 г) и тонографию (по Нестерову) до и через 10 мин после ретробульбарной анестезии. Активность местных анестетиков при регионарной анестезии глазного яблока оценивали по наличию птоза, отсутствия движения глазного яблока во всех направлениях и снижения чувствительности глазного яблока.

Изучены следующие показатели: Скорость наступления анестезии, длительность полной анестезии, общая длительность анестезии, глубина анестезии.

Первое определение чувствительности глазного яблока проводили через 2 мин, затем через 5, 8, 10 мин и в последующем через каждые 5 мин в течение анестезии.

За полную анестезию глазного яблока условно принимали отсутствие мигательного рефлекса и движения глазного яблока, снижение внутриглазного давления. Длительность полной анестезии глазного яблока определяли с момента отсутствия чувствительности, которая измерялась отрезком времени с момента снижения чувствительности глазного яблока до возвращения ее пороговых значений. Глубина анестезии глазного яблока характеризовала степень снижения чувствительности и снижения внутриглазного давления.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием общепринятых методов статистики, которые включали оценку средней арифметической (M), средней ошибки средней арифметической (m), среднего квадратического отклонения (s). Для оценки межгрупповых различий применяли t -критерий Стьюдента.

Общая длительность анестезии глазного яблока под действием 2,0% лидокаина составила 30–45 мин, 0,5% бупивакаина — от 120 до 180 мин, 0,5% лонгокаина — от 120 до 180 мин (табл. № 1). Полная анестезия глазного яблока была значительно короче, чем общая длительность анестезии и начиналась уже через 2 мин после введения 0,5% бупивакаина и 0,5% лонгокаина.

Длительность полной анестезии глазного яблока под действием 0,5% бупивакаина и лонгокаина была достоверно короче, чем при

использовании 2% лидокаина. При анестезии 2% лидокаином необходимо использование препарата в количестве 8–10 мл. Применение такого количества препарата часто приводило к развитию хемоза конъюнктивы и ретробульбарного отека. Частота хемоза и ретробульбарного отека при анестезии 2% раствором лидокаина наблюдалась у 4 (12,5%) пациентов. При анестезии растворами бупивакаина и лонгокаина подобные осложнения не наблюдались. Общая продолжительность анестезии глазного яблока под действием бупивакаина и лонгокаина (0,5%) в среднем была в 3 раза продолжительнее, чем при применении 2% лидокаина.

Таблица № 1

| | % | ' | ()' | () |
|------------|-----|-----|-----------------|-------------------|
| Лидокаин | 2,0 | 5–8 | $8,8 \pm 0,9$ | $30,1 \pm 1,4$ |
| Бупивакаин | 0,5 | 2–5 | $3,2 \pm 0,5^*$ | $120,6 \pm 1,8^*$ |
| Лонгокаин | 0,5 | 2–4 | $3,3 \pm 0,5^*$ | $120,9 \pm 2,0^*$ |

Примечание: * – различия по сравнению с показателем контрольной группы (лидокаин) ($P < 0,05$)

Как оказалось, 0,5% бупивакаин и лонгокаин обладали выраженными анестезирующими свойствами. Эти препараты вызывали хорошую релаксацию и приводили к значительному снижению ВГД, понижению истинного офтальмотонуса, обусловленного выраженным снижением продукции водянистой влаги. Гипотензивный эффект указанных препаратов, отмеченный при измерении внутриглазного давления тонометром Маклакова, подтверждается данными тонографии по Нестерову: у больных второй и третьей под группы во время операции истинное внутриглазное давление достоверно понижалось преимущественно за счет уменьшения, минутного объема водянистой влаги (33%) и одновременного увеличения коэффициента легкости оттока (21,9%). При использовании 2% лидокаина отмечено незначительное снижение ВГД (табл. № 2).

Таким образом 0,5% бупивакаин и 0,5% лонгокаин кроме быстрого и длительного анестезирующего эффекта обладают ещё и гипотензивными свойствами, что немаловажно при полостных операциях в офтальмологии.

Исследование показало, что при ретробульбарном введении препараты значительно различаются по анестезирующему действию на глазное яблоко.

| | | I | | II | | III | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | | | | | | | |
| Тонometricкое давление мм.рт.ст. (Pt) | 17–26 | 38,9±1,5 | 37,2±1,4 | 37,1±1,2 | 28,0±1,5 | 36,3±2,0 | 29,0±1,4* |
| Истинное ВГД мм.рт.ст. (Po) | 9–21 | 36,3±1,57 | 34,8±2,1 | 35,1±1,7 | 22,9±1,8 | 35,7±0,72 | 24,4±2,8* |
| Коэффициент легкости оттока мм ³ /мин/мм рт.ст | 0,18–0,45 | 0,09±0,01 | 0,18±0,01 | 0,08±0,01 | 0,21±0,02 | 0,10±0,01 | 0,22±0,02 |
| Минутный объем водянистой влаги мм ³ /мин | 1,6–4,0 | 4,46±0,08 | 4,49±0,03 | 4,48±0,09 | 3,50±0,09 | 4,55±0,08 | 3,17±0,07* |

Примечание: * – различия по сравнению с показателем контрольной группы (P<0,05)

Большинство авторов указывают, что анестезия глазного яблока под действием 2% лидокаина продолжается 30–45 мин. При этом учитывается длительность глубокой (полной) анестезии глазного яблока, не принимается во внимание менее выраженная степень снижения чувствительности, т.е. период восстановления ее пороговых значений. Это важно учитывать при устранении только болевой чувствительности глазного яблока, которая имеет низкий порог и блокируется минимальными концентрациями обезболивающих препаратов. Глубокая анестезия глазного яблока выключает помимо болевой, тактильную, температурную и пресорную чувствительность.

При проведении хирургических операций, требующих глубокой длительной анестезии, может использоваться 0,5% раствор бупивакаина (маркаин, Astra, Швеция). 0,5% раствор лонгокаина (бупивакаин гидрохлорид, Юрия фарм, Украина) – препараты с выраженными анестезирующими свойствами.

1. Лидокаин (2%) при ретробульбарном введении вызывает полную анестезию глазного яблока с короткой продолжительностью действия и имеет побочные действия в виде хемоза конъюнктивы и ретробульбар-

ного отека. Препарат не вызывает должной миоплегии и его гипотензивный эффект незначительный.

2. Исследование местноанестезирующей активности препаратов, используемых в офтальмохирургии, показало, что самым эффективным является 0,5% раствор бупивакаина и 0,5% раствор лонгокаина, которые вызывают глубокую анестезию глазного яблока с длительным действием.

3. Бупивакаин (0,5%) и лонгокаин (0,5%) в течение анестезии понижают ВГД за счет снижения секреции водянистой влаги, улучшения коэффициента легкости оттока водянистой влаги, что способствует профилактике осложнений со стороны глаза во время операции и в послеоперационном периоде.

1. Амбарцумян А. Р., Бубнова И. А., Аветисов К. С., Маркосян А.Г Биометрия структур переднего отдела глаза: сравнительные исследования // Вестник офтальмологии. — 2010. — № 6. — С. 21–25.

2. Алексанин С. С., Дронов М. М., Коровенков Р. И. Медицинская, социальная и экономическая значимость заболевания с названием глаукома // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2011. — № 1. — С. 42–49.

3. Горбунов А. В., Осокина Ю. Ю. Современная тактика лечения дистрофических заболеваний сетчатки у пациентов старшей возрастной группы // Успехи геронтологии. — 2010. — № 4. — С. 636–643.

4. Егоров Е. А., Румянцева О. А., Новодерёжкин В. В. И др Гидродинамическая активация оттока в сочетании с экстракцией катаракты в лечении больных открытоугольной глаукомой // Клиническая офтальмология — 2009. — № 3. — С. 84–86.

5. Daniel Weisbrod, Charles J. Pavlin, Hugh McGowan, Yeni H. Yücel Clinical Detection of Melanoma-Associated Spongiform Scleropathy by Ultrasound Biomicroscopy and Its Correlation With Pathological Diagnosis // Arch Ophthalmol. — Aug 2009. V. 127. — P. 1064–1066.

6. Robert J. Casson, Lekha M. Abraham, Henry S. Newland et al. Corneal Thickness and Intraocular Pressure in a Nonglaucomatous Burmese Population: The Meiktila Eye Study. // Arch Ophthalmol. — Jul 2008. — V. 126. — P. 981–985.

7. Melike Pekmezci, Sidney T. Chang, Bradley S. Wilson et al. Effect of Measurement Order Between Right and Left Eyes on Intraocular Pressure Measurement // Arch Ophthalmol. — Mar 2011. — V. 129. — P. 276–280.

2.

· ·
· ·

*студентки лечебного факультета
Кубанский государственный медицинский университет
г. Краснодар, Россия*

За последние десятилетия наблюдается увеличение частоты выявления заболеваний щитовидной железы с повышением ее функции. По данным различных исследований распространенность тиреотоксикоза варьирует от 7,6 до 15,9% [1, с. 752; 2, с. 240]. Комплекс метаболических расстройств, возникающих в связи с повышением концентрации тиреоидных гормонов, приводит к нарушению морфологического и функционального состояния миокарда [3, с. 18–24; 4, с. 523–534]. До настоящего времени «тиреотоксическое сердце» является предметом многих исследований.

: изучить особенности центральной гемодинамики (по данным эхокардиографии) у больных с диффузным токсическим зобом в зависимости от уровня компенсации.

: на базе эндокринологического отделения Краевой клинической больницы № 1 обследованы 25 пациентов с тиреотоксикозом, средний возраст которых составил $45,23 \pm 5,3$ лет. Среди обследованных пациентов мужчин 10 человек, женщин 15. При обследовании больные разделены на 2 группы в зависимости от уровня компенсации тироидного статуса, 10 пациентов с компенсированным и 15 — с декомпенсированным тиреотоксикозом. Методами исследования явились анкетирование больных и работа с медицинской документацией.

: по данным ультразвуковой диагностики щитовидной железы определено, что суммарный объем при компенсированном тиреотоксикозе составил $20,01 \pm 9,55$, при декомпенсированном — $28,98 \pm 17,14$.

При оценке эхокардиографических показателей выявлено, что конечно-диастолический размер у больных с декомпенсированным тиреотоксикозом выше, чем у пациентов с компенсированным на 10,5%.

У обследованных больных с тиреотоксикозом выявлена статистически достоверно большая толщина стенок левого желудочка при декомпенсированном тиреотоксикозе. Достоверность имела место относительно как межжелудочковой перегородки (на 5%), так и толщины задней стенки левого желудочка (на 10,63%) по сравнению с компенсированным тиреотоксикозом.

Анализ сократительной функции миокарда выявил достоверно большую фракцию выброса у пациентов декомпенсированным тиреотоксикозом, на 12,78% в сравнении с группой компенсированного тиреотоксикоза. Высокая фракция выброса обеспечивает адаптацию сердечно-сосудистой системы к избытку тиреоидных гормонов в покое, при этом уменьшая функциональный резерв сердца.

У обследованных пациентов с декомпенсированным тиреотоксикозом увеличены размеры левого предсердия на 23,27% по сравнению с компенсированным.

. Для пациентов с тиреотоксикозом характерны признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Определяется прямая корреляция структурно-функциональных характеристик миокарда с клинико-лабораторными признаками тиреотоксикоза.

1. М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, В. М. Кремнинская. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. — М. «Медицина», 2002. — 752 с.

2. Фадеев В. В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита. Эпидемиология, диагностика, лечение. — М.: ВИДАР. — 2005. — 240 с.

3. Панченкова, Л. А. Тиреоидный статус и сердечно-сосудистая система / Л. А. Панченкова, Е. А. Трошина, Т. Е. Юркова // Российские медицинские вести. — 2000. — № 1. — С. 18–24.

4. Абрамова, Н. А. Болезнь Грейвса-Базедова // Эндокринология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 523–534.

3.

*кандидат медицинских наук, доцент,
доцент кафедры физической реабилитации и здоровья
Классический Приватный Университет
г. Запорожье, Украина*

Важным показателем репродуктивного здоровья населения является невынашивание беременности, которое не имеет тенденции к снижению во всём мире [2,4,6]. Немаловажным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения, являются репродуктивные потери вследствие невынашивания беременности. Частота самопроизвольных абортов остается стабильной и достаточно высокой. Так, по данным разных авторов, она составляет от 2 до 55%, достигая в первом триместре до 80% [2, с. 3; 4, с. 150]. По статистике каждая пятая беременность (ежегодно 170 тысяч) прерывается самопроизвольным выкидышем (Сидельникова В. М., 2000; Стрижаков А. Н., Игнатко И. В., 2007). Так, от 15 до 25% всех зарегистрированных беременностей самопроизвольно прерываются, а 80% беременностей прерываются в сроке гестации до 12 недель [3, с. 91]. Частота неразвивающейся беременности остается стабильно высокой и составляет 45–88,6% случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках [4, с. 150]. При наступлении беременности в течение первых 6 месяцев, после предыдущего невынашивания беременности, отмечено большое число повторных потерь беременности [2, с. 4; 3, с. 92; 4, с. 151; 6, с. 95]. Принципы программы реабилитации репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольного выкидыша включают в себя максимально раннее начало лечебно-восстановительных мероприятий, принцип индивидуального подхода к проведению реабилитационных мероприятий у каждой пациентки [1, с. 21; 3, с. 92; 6, с. 96]. Также важ-

ным моментом является применение комплексных оздоровительных технологий, с использованием арсенала немедикаментозных средств (фитотерапия, природные и преформированные физические факторы, здоровое питание) [1, с. 23; 3, с. 93; 6, с. 97].

Для проведения исследования была отобрана группа из 38 пациенток ($n=38$), с достоверно одинаковой гинекологической патологией. Группа пациенток была практически однородна по возрасту. Средний возраст пациенток в исследуемой группе достоверно не отличался между собой ($p>0,05$) и составлял $31,4\pm 2,3$ года. Согласно данным медицинской документации и анамнеза, все женщины ($n=38$) имели прерывание беременности в сроке 10–12 недель гестации. Соматический статус больной оценивался по данным осмотра, анкетированию и изучению их медицинской документации. Подробно изучалась менструальная и репродуктивная функция, а также гинекологическая заболеваемость. Все пациентки, в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, проходили по 15–20 сеансов гинекологического массажа [7, с. 45].

В группе также уделялось внимание дополнительному использованию массажа зоны промежности, внутренней поверхности бёдер, пояснично-крестцовой зоны, низа живота. В группе пациенток, проходящих восстановительное лечение после выкидыша на ранних сроках гестации, были добавлены сеансы специальных упражнений по методике Кегеля, для укрепления мышц тазового дна [8, с. 51]. Помимо этого, нами использовалась ЛФК по методике Васильевой В. Е., которая помогает укрепить мышцы тазового дна, пояснично-крестцовой области и живота [1, с. 23–25]. Особенно высока эффективность применения ЛФК в начальной стадии заболевания, на амбулаторном этапе реабилитации [1, с. 23]. Сочетание этих компонентов лечения, привело к повышению тонуса влагалищных мышц, укреплению мышечного слоя брюшной стенки, пояснично-крестцового отдела и тазового дна. При планировании восстановительного лечения пациенток, после самопроизвольного прерывания беременности, мы учитывали психологический фактор, связанный с потерей женщиной её беременности. В лечении мы использовали 15 сеансов ароматерапии [5, с. 97]. Нами применялись следующие ароматические масла, которые обладают седативным, расслабляющим и адаптогенным эффектом [5, с. 97–99]. Также пациентки в процессе восстановления получали водолечение с использованием душа Шарко и циркулярного душа (через день) № 10, хвойные и йодобромные ванны (через день) № 10 [5, с. 24–27]. Из физиотерапевтического лечения нами применялось использование аппарата «Электросон-5» (ЭС 10–05). [5, с. 101–103; 6, с. 98]. При анкетировании через 3–6 месяцев после самопроизвольного прерывания беременности, 63,2% пациенток исследуемой группы, отмечали нормализацию

менструальной функции. Для активизации менструальной и эндокринной функций яичников мы применяли, как альтернативный медикаментозному лечению, метод рефлексотерапии стоп, с воздействием на биологически активные точки (БАТ), отвечающих за репродуктивную функцию [3, с. 94; 6, с. 97].

На амбулаторно-поликлиническом этапе, с целью укрепления мышц тазового дна, улучшения крово- и лимфообращения, а также профилактики образования спаек, 3–4 раза в неделю мы применяли упражнения на фитболе [1, с. 89–91; 3, с. 93–94; 6, с. 96–97].

При оценке функции яичников, в послеоперационном восстановительном периоде, при измерении базальной температуры, в исследуемой группе были получены следующие данные по особенностям восстановления функции овуляции (рис. 1):

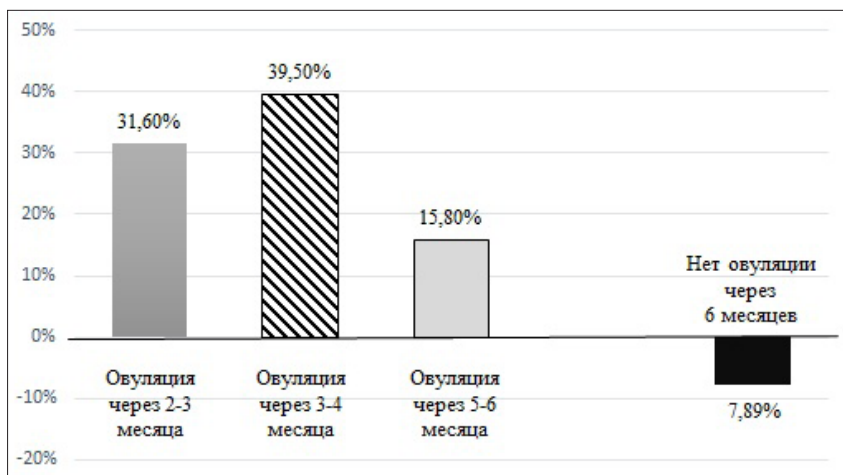


Рис. 1. Особенности овуляции после восстановительного лечения

В последующие 6 месяцев после потери беременности у 14 (36,8%) пациенток исследуемой группы, после применения предложенного комплекса физической реабилитации, наступила беременность. У 12 (31,6%) пациенток была зафиксирована прогрессирующая беременность, у 2 (5,26%) женщин произошел самопроизвольный выкидыш на 6–8 неделе их беременностей. Так, после применения предложенного нами восстановительного лечения, через 9–12 месяцев, у 41,67% женщин исследуемой группы репродуктивная функция была восстановлена, 18 (47,4%) женщин группы в дальнейшем забеременели и родили.

1. Предложенный комплекс восстановительного лечения, являясь методически простым и не требующим больших материальных

затрат, может быть активно использован на всех этапах реабилитации в сети лечебно-профилактических учреждений.

2. Включение в практику восстановительного лечения (на амбулаторном и санаторно-курортном этапах реабилитации), после перенесённого самопроизвольного аборта, предложенного комплекса мероприятий может, по нашему мнению, значительно уменьшить частоту и риск рецидивов повторного прерывания беременности у пациенток репродуктивного возраста.

1. Васильева В. Е. Лечебная физкультура при гинекологических заболеваниях. — М.: Медицина, 2007. — 48 с.

2. Воропаева Е. Е. Самопроизвольный аборт: патоморфоз, этиология, патогенез, клинко-морфологическая характеристика, реабилитация. Автореф. дис. ... доктора медицинских наук / Екатерина Евгеньевна Воропаева. Челябинск, 2011. — 23 с.

3. Доброхотова Ю. Э. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе / Ю. Э. Доброхотова, Т. А. Чернышenko, А. А. Аушева // Журнал акушерства и женских болезней. — 2006. — Т. LV, вып. 1. — С. 91–94.

4. Катасонова З. А. Социально-биологические факторы спонтанного аборта / Т. А. Катасонова, Л. И. Осташкова и др. // Актуальные проблемы современного практического здравоохранения: сб. науч. трудов посвящ. XVII Межрегиональной научно-практической конференций памяти академика Н. Н. Бурденко. — Пенза. — 2010. — С. 150–151.

5. Пономаренко Г. Н. Физиотерапия в репродуктивной гинекологии / Г. Н. Пономаренко Е. С. Силантьева, Е. Ф. Кондрина / ред. Э. К. Айламазян, В. Н. Серов. СПб.: ИИЦВМА, 2008. — 192 с.

6. Шатунова Е. П., Калиматова Д. М. Комплексный подход к реабилитации пациенток после прерывания беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2013. — № 6. — С. 95–98.

7. Шнейдерман М. Г. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. — М.: РИТМ, 2011. — 89 с.

8. Perry J. D., Hullet L. T. The role of home trainers in Kegel's Exercise Program for the treatment of incontinence. *Wound Management*, 1990; 30: 51.

4.

*старший преподаватель кафедры Гигиена-2,
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Казахстан*

*к.м.н., и.о. доцента кафедры Гигиена-2,
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия
г. Шымкент, Казахстан*

*магистрант 2 курса кафедры Гигиена-2,
ЮКГФА, г. Шымкент, Казахстан*

*магистрант 2 курса кафедры ОЗ-2,
ЮКГФА, г. Шымкент, Казахстан*

В здравоохранении медицинский персонал является одним из главных ресурсов. Качество медицинской помощи во многом зависит от уровня его квалификации, профессионализма, умения принимать самостоятельные решения в сложных ситуациях и нести ответственность за жизнь других людей [1, с. 49–51].

Медицинские кадры — наиболее ценная часть ресурсов здравоохранения, непосредственно определяющая качество медицинской помощи [2, с. 10–11; 3, с. 37–40]. Вместе с тем, перспективы развития здравоохранения в значительной мере зависят от состояния здоровья медицинского персонала.

Исследования последних лет, посвященные состоянию здоровья медицинских работников, свидетельствуют о том, что медицинские работники занимают 5 место по распространенности профзаболеваемости, опережая даже работников химической промышленности. Уровень смертности медицинских работников в возрасте до 50 лет на 32% выше, чем в среднем по стране, а у хирургов эта цифра доходит до 40%. Заболеваемость работников системы здравоохранения также является одной из наиболее высоких в стране. Выявляемость профзаболеваний не превышает 10% от их общего числа. Врачи занимаются самолечением или получают медицинскую помощь по месту работы, в результате чего

статистические данные по их заболеваемости оказываются заведомо ниже истинных [4, с. 33–37; 5, с. 33–37].

Оптимальное питание любых групп населения является частью проблемы здорового образа жизни. Решение проблемы формирования здорового образа жизни находится в тесной связи с поведенческими аспектами, в частности, с отношением человека к своему здоровью. Общеизвестно, что правильное питание является одним из факторов, способным поддерживать здоровье и работоспособность человека на высоком уровне. Для этого оно должно быть адекватным по калорийности и сбалансированным по содержанию витаминов, макро- и микроэлементов, что обеспечивается за счет регулярного включения в пищевой рацион биологически ценных продуктов. Пониженная частота потребления в пищу биологически ценных продуктов и блюд, выявленная у большинства медицинских работников инфекционного профиля, может свидетельствовать о недостаточном пищевом статусе данной группы работающих [6, с. 64–69; 7, с. 35].

: оценка условий и особенностей питания медицинских работников. Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий блок вопросов по оценке питания.

Нами были обследованы 122 человека в возрасте 25–55 лет, работники в системе высшего медицинского образования, а также врачи практического здравоохранения. Из них 45% мужчин и 55% женщин, средний возраст 36 лет.

У преимущественного большинства выявлено нарушение рациона питания и неполноценность по пищевым волокнам. Из обследованных практически все указали в анамнезе наличие хронических заболеваний, которые тем или иным образом связаны с питанием, режимом питания, образом жизни, диетой. Так, 30,9% опрошенных страдают анемией, 37,8% патологией желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, хр. гастрит, хр. панкреатит и т.д.), разными степенями ожирения – 17,2%; и 3,44% сахарным диабетом.

Большое значение для профилактики выше перечисленных нозологий является соблюдение правильного рациона питания. Для этого необходимы хорошие условия, как на рабочем месте, так и на дому. Более половины врачей обедают на работе, а 27,5% – в близкорасположенных столовых, буфетах. С целью экономии средств и времени 44,7% опрошенных прибегают к быстрому питанию – фаст-фуд. Время, выделяемое на обеденный перерыв не полностью тратится по назначению. Это связано с расписанием занятий, временем начала приема пациентов, большим количеством больных и т.д. Поэтому, у 24% врачей времени на обед практически не хватает, а 61% отмечают, что постоянно отвлекаются в обеденное

время и приходится неоднократно прерывать трапезу и 37,8% опрошенных совмещают с работой в компьютере, разных гаджетах, чтением и т.д.

Стало известно, что — 52,1% принимают горячие блюда 2 раза в день, 27,5% — всего — 1 раз а 6,8% вообще не перекусывают между приемами пищи, 21,7% — едят каждый раз в разное время в течении дня. Причем большинство врачей знают, что это может привести и обострению хронических заболеваний, снижению работоспособности и тем не менее игнорируют данный факт.

Интересным является тот факт, что будучи информированным о своих хронических болезнях и путях их профилактики, необходимости соблюдения диеты, 24% медработников несколько раз в неделю переедают в вечернее время и 34,4% ежедневно.

Казахской академии питания и ВОЗ не рекомендует чай во время приема еды, т.к. танин связывает железо и ухудшает усвояемость, что приводит к железодефицитной анемии. Все же данная традиция отмечена у 79,1% медиков.

Таким образом, выбор образа питания порой диктуется профессиональными особенностями, условиями труда, принятыми в обществе традициями, правилами поведения. Результаты исследования проведенных среди сотрудников здравоохранения, которые по долгу службы стоят на страже охраны здоровья, указывает на необходимость более глубокого анализа данного вопроса. Нельзя забывать, что качественная и эффективная профессиональная деятельность врачей помимо профессионализма существенно зависит и от состояния их здоровья.

1. Артамонова, Г.В. Проблема оценки состояния здоровья медицинских работников / Г.В. Артамонова, Д.И. Перепелица // Социология медицины. 2007. № 1(10). С. 49–51.

2. Михайлова Л.А. Ресурсы здравоохранения и отдельные показатели деятельности ЛПУ Российской Федерации в 2001 г.// Здравоохранение. — 2002. — № 10. — С. 10–11.

3. Светличная Т.Г. Врачебные кадры сельских больниц и их подготовка //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 1999. — № 2. — С. 37–40.

4. Авота, М.А. Объективные и субъективные данные о профессиональных заболеваниях медицинских работников Латвии / М.А. Авота, М.Э. Эглите, Л.В. Матисане // Медицина труда и промышленная экология. — 2002. — № 3. — С. 33–37.

5. Синдром выгорания врачей лучше всего лечится с помощью повышения зарплаты // Менеджер здравоохранения. — 2011. — № 7. — С. 64–69.

6. Василевская, Л.С. Научные теории питания — основа здорового образа жизни // Здоровое питание: воспитание, образование, реклама: материалы Всерос. науч.-практ. конф. — М., 2001. — С. 35.

7. Шибанова, Н.Ю. Гигиеническая оценка фактического питания шахтеров Кузбасса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Кемерово, 2008. 46 с.

5.

К.м.н., доцент, доцент кафедры скорой и неотложной медицинской помощи, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Д.м.н., профессор, профессор кафедры лабораторной диагностики и молекулярной медицины, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

К.м.н., доцент, доцент кафедры скорой и неотложной медицинской помощи, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

ординатор кардиологического отделения городского кардиологического центра, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

ST

Сегмент ST — отрезок, следующий за комплексом QRS и плавно переходящий в зубец T. Соответствует фазе медленной реполяризации желудочков. В силу небольшой электрической активности, свойственной этой фазе, он обычно располагается на изолинии на уровне сегмента PQ.

явилось изучение элевации сегмента

ST у больных с ОКС.

: под нашим наблюдением находились 328 больных ОКС, поступивших в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) г Алматы.

. Диагностически значимой считают элевацию ST более 1 мм над изолинией. Основными причинами элевации сегмента ST являются: инфаркт миокарда, стенокардия Принцметалла, синдром Дресслера; острый перикардит; аневризма желудочка; синдром ранней реполяризации [1, с. 97–102; 2, с. 122–131, 3, с. 70–72; 4, с. 38–44].

В клинической практике элевация ST чаще всего встречается при (). В острейшей фазе ИМ наблюдается элевация сегмента ST и его плавный переход в проксимальное колено зубца T. На этой стадии зубец T положительный, а патологический зубец Q еще не сформировался. На следующей стадии ST становится выгнутым, а зубец T симметричным и отрицательным. При этом снижается амплитуда зубца R и появляется патологический глубокий зубец Q. Следует учитывать, что при повреждении или при ИМ подъем ST характеризуется выпуклостью его кверху и он обычно переходит в отрицательный зубец T.

Типичные изменения на ЭКГ при инфаркте миокарда:

1. Подъем S-T выпуклостью вверх, «кошачья спинка»;
2. Динамика, в течение 10 суток при наступлении подострой стадии ST возвращается на изолинию;
3. Q становится глубоким и остается на всю жизнь;
4. Имеется конкордантность в острейший период и дискордантность в острую и подострую стадию;
5. Снижение вольтажа.

При приступе регистрируются изменения ЭКГ, практически идентичные изменениям в острейшей фазе ИМ. Но в отличие от ИМ, при стенокардии ЭКГ быстро нормализуется после окончания ангинозного приступа, также не имеют характерной динамики. Кроме того, кардиоспецифические ферменты крови остаются нормальными. Патогенетическим механизмом развития такой стенокардии является не тромбоз коронарных артерий, а их спазм. Типичные изменения на ЭКГ при стенокардии Принцметалла:

1. Подъем ST только на высоте болевого синдрома, после купирования болей ST возвращается на изолинию;
2. Вольтаж зубцов нормальный;
3. Глубина Q в норме.

Клиническая картина напоминает таковую при посткардиотомном синдроме, который развивается как осложнение операций на сердце, травмы грудной клетки и имплантации кардиостимулятора. Специфическими особенностями синдрома Дресслера являются боль в груди, усиливающаяся на вдохе, наличие лихорадки и тахикардии,

шум трения плевры и перикарда, ускорение СОЭ, нормальный уровень кардиоспецифических ферментов в крови и положительный эффект от терапии стероидными противовоспалительными препаратами. На ЭКГ: элевация сегмента ST без реципрокной депрессии.

в воспалительный процесс, помимо перикарда, вовлекаются отделы миокарда, лежащие под эпикардом. Поэтому изменения ЭКГ при перикардите напоминают изменения при субэпикардальном ИМ и их дифференциальная диагностика в ряде случаев затруднительна. В острой стадии болезни ST смещается вверх в нескольких или во всех отведениях. В отличие от ИМ ST выпуклостью обращен вниз («рыболовный крючок»). Зубец Т положительный, часто заостренный. Затем ST снижается, становится горизонтальным и через несколько дней или через несколько недель возвращается к изолинии, зубец Т уплощается, становится двухфазным, а затем отрицательным. Зубец Т при перикардите редко становится отрицательным прежде, чем сегмент ST возвратится к изолинии. При перикардите смещение сегмента ST и зубца Т конкордантно, а при ИМ эти изменения дискордантны. При перикардите патологический зубец Q или комплекс QS не регистрируются, зубец R в грудных отведениях всегда сохраняется, уменьшается лишь его амплитуда. При экссудативном перикардите сократительная функция миокарда также снижается, соответственно, вольтаж зубцов будет снижен. Снижение амплитуды зубцов ЭКГ наблюдается при скоплении в полости перикарда 300–400 мл жидкости или больше. Типичные изменения на ЭКГ при перикардите:

1. Подъем ST выпуклостью вниз, по типу «рыболовного крючка»;
2. Долгое время нет динамики;
3. В большинстве отведений — конкордантность, нет дискордантности;
4. Глубина Q в норме;
5. Низкий вольтаж;
6. Амплитуда зубца R не меняется;
7. Практически всегда имеется синусовая тахикардия;
8. Аритмии не характерны;
9. ЭКГ изменения не имеют характерной стадийности, как при ИМ.

Если у пациентов, перенесших ИМ, в течение трех месяцев и более регистрируются изменения ЭКГ, характерные для острой фазы, возможно развитие . ЭКГ критерии обладают низкой чувствительностью в отношении диагностики аневризмы, поэтому для окончательной верификации требуется ЭхоКГ.

Подъем сегмента ST у здоровых людей означает, что фаза реполяризации желудочков началась ранее обычного. Такие изменения сегмента ST и зубца Т, наблюдаемые иногда у здоровых людей определяются

термином «...»». Его характерными особенностями являются: отсутствие жалоб, клиники и возвращение ST к изолинии на фоне физической нагрузки.

По результатам нашего анализа элевация сегмента ST у больных с ОКС была обусловлена: ИМ с подъемом ST у 237 (72,3%) пациентов, стенокардия Принцметалла — у 13(0,4%), синдром Дресслера — у 36 (10,9%), аневризма левого желудочка — у 34 (10,4%) и синдром ранней реполяризации — у 8 (2,4%).

Таким образом, ранняя постановка диагноза ИМ чрезвычайно важна т.к. она определяет тактику ведения больного. У большинства пациентов с загрудинной болью и патологическим подъемом ST более чем в двух отведениях через 4–24 часа после появления симптомов обнаруживаются патологические зубцы Q, затем повышаются уровни кардиоспецифических ферментов. Диагноз ИБС нельзя ставить только по ЭКГ критериям. Динамическое наблюдение изменений ЭКГ с учетом клиники, динамики кардиомаркеров и данных ЭхоКГ позволяет грамотно интерпретировать элевацию сегмента ST.

1. Атул Лутра. ЭКГ понятным языком. Пер. с англ. М.: Практическая медицина, 2010. — с. 97–102.

2. Габриэль М. Хан Быстрый анализ ЭКГ. Москва Издательство БИНОМ. — Медиа» 2012. — с. 400, 122–131.

3. Джордж Дж. Тэйлор Основы кардиологии. перевод с англ. под ред. акад. РАМН проф. Р.Г. Оганова М., «Мед. Пресс-информ» 2004, с. 70–72.

4. Орлов В. Н. Руководство по электрокардиографии. Медицинское информационное агентство. Москва, 2007. — с. 38–44.

*профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан*

*профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан*

Нарушения функции проводимости (блокады) могут быть как функционального, так и органического происхождения. К преходящим функциональным нарушениям проводимости относят нарушения, вызванные перегреванием, переохлаждением, интоксикацией, в частности сердечными гликозидами, хинидином, алкоголем и др. Нарушения проводимости, связанные с органическими изменениями разнообразны и могут наблюдаться при различных заболеваниях: ревмокардиты, пороки сердца, миокардиты, ИБС, инфаркт миокарда с последующим рубцеванием, острые и хронические инфекции [1, с. 235–240; 2, с. 226–230; 3, с. 135–146; 4, с. 218–254].

явилось создание алгоритма выявления блокад для грамотной и быстрой их диагностики.

. Нами проанализированы 157 ЭКГ пленок пациентов, поступивших в городской кардиологический центр.

1- в диагностике блокад — определить равномерность интервалов P-P, R-R. Если при этом после нормального предсердно-желудочкового комплекса возникает пауза, равная двум нормальным сердечным циклам, то речь идет о синоаурикулярной блокаде, соответственно, импульс из синусового узла не проводится на предсердия, и сердце не сокращается.

2- — выяснить, выпадения всех элементов предсердно-желудочкового комплекса — зубца P и комплекса QRST — следуют с неравномерными интервалами или с определенной последовательностью. Если подряд блокируется 2–3 импульса из синусового узла, то у больных может наблюдаться синдром Морганьи-Эдемса-Стокса (МЭС), сопровождающийся головокружением, кратковременной потерей сознания. При выпадении синусового импульса после каждого нормального сокращения (1:1) синоаурикулярная блокада воспринимается как синусовая брадикардия. Проба с атропином или физическая нагрузка способствуют нормализации ритма — частота сердечных сокращений удваивается.

3- — оценка зубца P: продолжительность, есть ли уширение (свыше 0,11 сек.), и его форму, есть ли деформация (двухфазный, двугорбый, расщепленный). При наличии этих изменений надо думать о внутрипредсердной блокаде, которая наблюдается в результате морфологических изменений миокарда предсердий при таких заболеваниях как атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, врожденные и приобретенные пороки сердца, легочное сердце. Внутрипредсердная блокада регистрируется сравнительно часто и составляет около 1/3 всех типов блокад. Нередко комбинируется с замедлением атрио-вентрикулярной или внутрижелудочковой проводимости, может предшествовать мерцанию предсердий.

4- — обратить внимание на продолжительность интервала P-Q. Если он удлинен, но при этом следует нормальный желудочковый комплекс и это наблюдается во всех комплексах и отведениях, то имеет место неполная А-В блокада 1 степени. При неполной атриовентрикулярной блокаде 1 степени все импульсы из синусового узла проходят через А-В узел, но проходят медленно, поэтому интервал P-Q увеличен. На ЭКГ: интервал P-Q увеличен, количество P и комплексов QRST равно, P предшествует QRST.

5- — выявить удлинение интервала P-Q постоянное или идет постепенное удлинение, а также сочетается ли это с периодическим выпадением желудочкового комплекса. Данные изменения характерны для неполной А-В блокады II степени, при которой часть импульсов из синусового узла проходит через А-В узел, а часть не проходит, блокируется

в А-В узле. Различают А-В блокаду II степени в двух вариантах: Мобитц 1 и Мобитц 2. На ЭКГ Мобитц 1 характеризуется постепенным увеличением предсердно-желудочкового интервала P-Q и периодическим выпадением желудочкового комплекса QRS. Период выпадения желудочкового комплекса в таких случаях называют периодом Самойлова-Венкебаха. На ЭКГ при постепенном удлинении интервала P-Q регистрируется блокированный или так называемый «безответный» зубец P, за которым не следует комплекс QRS, т.к. импульс оказался блокированным и желудочкового сокращения не произошло. После такой паузы интервал P-Q укорачивается до следующего выпадения комплекса QRS. Постепенное увеличение P-Q не всегда бывает правильным, в одном периоде интервал P-Q может иметь одну величину, в другом периоде — другую. Таким образом, при неполной А-В блокаде II степени интервал P-Q постепенно увеличивается и количество P и комплексов QRS не равно — P больше, чем QRS. При Мобитц 2 на ЭКГ регистрируются либо нормальные, либо постоянно увеличенные интервалы P-Q, но также с периодическим выпадением комплекса QRS. На ЭКГ с определенной последовательностью записываются зубцы P без последующего желудочкового комплекса QRS, т.е. импульс из синусового узла вызвал сокращение предсердий, а на желудочки не прошелся. При этой форме А-В блокады соотношение сокращений предсердий к желудочкам может быть как 2:1, т.е. на 2 предсердных комплекса приходится один желудочковый комплекс. Возможны и другие соотношения как 3:1; 4:1 и т.д., когда блокируются два, три или больше. У больных при этом отмечается редкий пульс. При соотношениях 3:1, 4:1, когда предсердия сокращаются, а желудочки длительное время «молчат», могут появиться головокружение, потеря сознания в связи с нарушением мозгового кровообращения. Чем больше на ЭКГ регистрируется «свободных» (блокированных) зубцов P, тем тяжелее переносят больные блокаду. Все формы неполных А-В блокад могут наблюдаться у одного и того же больного.

6- — определить есть ли взаимосвязь между предсердным зубцом P и желудочковым комплексом QRS. При отсутствии взаимосвязи между ними, но при этом интервалы P-P равны между собой, интервалы R-R также равны между собой, а интервалы R-R > интервала P-P, QRS нормальные и самое важное — все это на фоне редкого ритма — ЧСС 30–40 в мин., безусловно, речь идет о полной А-В блокаде. Ни один импульс из синусового узла не проводится на желудочки. Они все полностью блокируются в А-В узле, поэтому предсердия сокращаются за счет импульсов из синусового узла, их частота в пределах 60–80 в мин, а желудочки сокращаются за счет импульсов, исходящих из нижележащих отделов проводящей системы. Ритм желудочков значительно реже и находится в зависимости от расположения возникшего центра автоматизма — чем

дальше от А-В узла, тем реже ритм желудочков. Обычно ритм желудочков 30–40 в мин., иногда может быть еще более редким. Внешние воздействия (физическая нагрузка, эмоции, повышенная температура и т.д.) обычно в этих условиях не вызывают учащения сокращения желудочков в связи с небольшим влиянием экстракардиальных факторов на центры автоматизма третьего порядка. Таким образом, при полной А-В блокаде предсердия и желудочки сокращаются независимо друг от друга. Из проанализированных 157 ЭКГ пленок в 75 (47,77%) случаях имело место то или иное нарушение проводимости: в 7 (4,46%) синоуарикулярная блокада, в 20 (12,74%) – внутрисердечная, в 48 – А-В блокада (I степени –18–11,46%; II степени –26–16,56% и III степени –4–2,55%).

: предложенный алгоритм диагностики нарушений проводимости способствует поэтапной интерпретации ЭКГ изменений, а знание патогенетических основ их возникновения позволит грамотному решению тактических вопросов

1. Джон Р. Хэмптон. Атлас ЭКГ 150 клинических ситуаций пер. с англ. Плешкова Ф. И. – М.: Мед. лит., 2007. – 320 с.
2. Джон Р. Хэмптон. ЭКГ в практике врача: пер. с англ. – М.: Мед. лит., 2007 – 432 с.
3. М. Габриэль Хан. Быстрый анализ ЭКГ. Пер. с англ. Под общей ред. Проф. Позднякова Ю. М., – М., Издательство БИНОМ., 2011. – 405 с.
4. Орлов В. Н. Руководство по электрокардиографии. Медицинское информационное агенство. – М., 2007. – 523 с.

. . .
*д.м.н., профессор,
 зав. кафедрой клинической фармакологии
 Харьковского национального медицинского университета,
 г. Харьков, Украина*

. . .
д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии

. . .
к.м.н., доцент кафедры клинической фармакологии

. . .
к.м.н., доцент кафедры клинической фармакологии

При артериальной гипертензии (АГ) развивается каскад гемодинамических, структурных, метаболических нарушений. Инсулинорезистентность (ИР) является обязательным компонентом патогенетических нарушений у пациентов с ожирением, сахарным диабетом (СД) 2 типа (СД-2), метаболическим синдромом, снижением функции щитовидной железы и рядом других метаболических нарушений. ИР является независимым фактором риска, влияющим на прогрессирование болезней, формирование сердечно-сосудистых (СС) осложнений, прогноз заболевания [1; с. 24].

: выявить особенности развития ИР у пациентов с АГ в зависимости от изменения геометрической модели сердца (ГМС).

. Обследовано 65 пациентов (36 мужчин и 29 женщин) с мягкой и умеренной АГ без ожирения и манифестного СД; средний возраст – $52,8 \pm 4,6$ года, длительность АГ – $8,4 \pm 3,2$ года; индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле у мужчин и женщин составлял соответственно: $25,4 \pm 3,3$ кг/м² и $24,2 \pm 2,9$ кг/м²; гликозилированный гемоглобин (HbA1c) у мужчин и женщин составлял $5,7 \pm 0,04\%$ и $5,6 \pm 0,03\%$.

Определение ИР проводилось с помощью индекса НОМА (Homeostatic Model Assessment), который вычислялся по формуле:

$$\text{НОМА} = \text{инсулин (мЕд/мл)} \times \text{глюкоза натощак (ммоль/л)} / 22,5.$$

Проанализированы особенности развития ИР в зависимости от ГМС по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) с расчетом:

1) массы миокарда (ММ) левого желудочка (ЛЖ) по формуле:

$$\text{ММЛЖ} = 0,8 \times (1,04 \times [(КДР + ТЗСд + ТМЖПд)3 - (КДР)3]) + 0,6г;$$

2) индекса относительной толщины задней стенки (ИОТЗС) ЛЖ по формуле:

$$(2 \times ТЗСд) / КДР,$$

где: КДР — конечный диастолический размер ЛЖ;

ТЗСд — толщина задней стенки ЛЖ в диастолу;

ТМЖПд — толщина межжелудочковой перегородки в диастолу.

Критерием ИР был НОМА-ИР выше 2,86 баллов; гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) — индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) более 95 г/м² у женщин и более 115 г/м² у мужчин. Концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ диагностировалась при ИОТЗЛЖ выше или равной 0,42 и увеличении ММЛЖ; эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) — при ИОТЗЛЖ менее 0,42 и повышении ММЛЖ; концентрическое ремоделирование (КР) — при ИОТЗЛЖ более или равной 0,42 и нормальной ММЛЖ [2; с. 337].

. Среди обследованных больных с АГ у 34 (52,3%) пациентов была выявлена нормальная модель (НМ) сердца, изменение ГМС в виде ГР, ЭГ и КГ отмечено у 15 (23,1%), 7 (10,8%) и 9 (13,8%) больных соответственно. Частота встречаемости ИР отличалась у пациентов с различной ГМС. При НМ только у трети больных (11 пациентов — 32,3%) отмечалась ИР. При изменении ГМС частота развития ИР прогрессивно увеличивалась: при ГР — 46,7% (7 больных), при КГ — 66,7% (6 больных) и отмечалась у всех больных (7 пациентов — 100%) с ЭГ. В среднем индекс НОМА-ИР составлял при НМ 2,68±0,06; был умеренно повышен при ГР (2,92±0,04), значительно повышался при ЭГ и КГ (соответственно: 4,06±0,02 и 4,92±0,03).

. У больных с мягкой и умеренной АГ даже без сопутствующего ожирения и СД достаточно часто регистрируется ИР. Выявлена взаимосвязь между частотой встречаемости ИР и изменением ГМС. Прогностически наиболее неблагоприятными являются ЭГ и КГ, при которых происходит наибольшее повышение значений НОМА-ИР. Наличие ИР и оценка уровня НОМА-ИР могут рассматриваться как метаболические маркеры кардиоваскулярного риска у больных с АГ даже без сопутствующего манифестного СД и ожирения.

1. Скибицкий В. В. Пациент высокого кардиоваскулярного риска: от орга-нопротекции к улучшению прогноза / В. В. Скибицкий // Consilium Medicum Ukraina — 2013. — т. 7. — № 8. — С. 24–26.

2. Vakili B. A. Prognostic implications of left ventricular hypertrophy / V.A/ Vakili, P. M. Okin, R. B. Devereux // Am.Heart.J. — 2007. — № 141. — P. 334–341.

*к.м.н., доцент кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 1
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова
г. Алматы, Казахстан*

*к.м.н., доцент кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 1
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова
г. Алматы, Казахстан*

*врач-кардиолог 2 кардиологического отделения
Городской кардиологический центр г. Алматы,
Казахстан*

. Распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения чрезвычайно велика. Конечным этапом данных заболеваний является развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН). При этом в 16,8% случаях от всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями основной причиной госпитализации в любой стационар служит декомпенсация ХСН [1, с. 3]. Около 40% пациентов, госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН, в течение первого года умирают, либо требуют повторной госпитализации [2, с. 381–382]. Современные рекомендации для лечения пациентов с ХСН привели к существенному улучшению качества жизни пациентов и прогнозу, вместе с тем заболевание по-прежнему является прогностически неблагоприятным. Лечение ХСН длительное время рассматривалось с позиций лишь улучшения кардиогемодинамики. Традиционные лечебные препараты, влияющие на гемодинамические параметры, эффективны для лечения ХСН и профилактики её декомпенсации, но фактически не защищают клетку миокарда от ишемических изменений. На сегодняшний день метаболическая терапия полноправно занимает ведущее место в схемах лечения сердечно-сосудистой патологии, войдя в международные рекомендации [3, с. 137]. Кардиопротекторы, воздействуя на механизмы образования, транспорта и утилизации энергии, позволяют повысить эффективность работы миокарда и предотвратить развитие и прогрессирование хронической сердечной недостаточности [4, с. 130].

Одним из препаратов, обладающих выраженными цитопротекторными свойствами, является мельдоний. Он ингибирует γ -бутиробетаингидроксилазу, снижает синтез карнитина и транспорт длинноцепочечных жирных кислот в митохондриях, препятствует накоплению в клетках активированных форм неокисленных жирных кислот. Вследствие уменьшения концентрации карнитина происходит усиленный синтез γ -бутиробетаина, который обладает вазодилатирующими свойствами. В условиях ишемии препарат способствует восстановлению равновесия процессов, которые связаны с поставкой и потреблением кислорода в клетках, предупреждает нарушение транспортировки АТФ. Вследствие этого активируется гликолиз, проходящий без дополнительного потребления кислорода [4, с. 132].

: изучение клинической эффективности мельдония в составе комбинированной терапии у пациентов с ХСН.

. Исследование проводилось на базе Городского кардиологического центра г. Алматы. Обследовано 60 больных в возрасте от 45 до 75 лет с ХСН II–IV функционального класса по классификации NYHA. Средний возраст больных составлял $61 \pm 3,1$ года. Все больные были разделены на две группы (основную — 30 и контрольную — 30 человек соответственно). Всем пациентам для подтверждения ХСН проводилось определение уровня BNP; определение уровня тропонина I, для исключения острого инфаркта миокарда, а также лабораторные общеклинические и инструментальные методы исследования. Диагноз ХСН также основывался на наличии клинических симптомов (одышка, отёки, гепатомегалия), а для определения тяжести клинических проявлений болезни применялась шкала оценки клинического состояния (ШОКС, модификация Мареева В. Ю., 2000) (7). Согласно данной шкале II ФК (4–6 баллов) соответствовали 7(23,3%) пациентов основной и 5(16,6%) пациентов контрольной группы; III ФК (7–9 баллов) — 15(50%) пациентов основной и (53,3%) контрольной группы; IV ФК (9 баллов) — 8(26,6%) основной и 9(30%) контрольной группы соответственно.

Базисная терапия включала: бисопролол; периндоприл, торасемид, аторвастатин, изосорбида динитрат, ацетилсалициловая кислота. Больным основной группы в терапию включили мельдоний в дозе 500 мг/сут в/венно в течение 10 дней с последующим переводом на таблетированный приём препарата в дозе 1 гр/сутки.

Для определения эффективности терапии оценивалась динамика клинических симптомов ХСН, основных показателей гемодинамики (частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического артериального давления), показателей уровня BNP, параметров эхокардиографии. Также было проведено сравнение ШОКС до и после лечения. Оценку состояния больных основной и контрольной групп проводили

через 10 дней от начала терапии и через 8 недель после начала лечения мельдонием.

Результаты исследования. В обеих группах больные отметили улучшение общего самочувствия, повышение настроения, постепенное уменьшение одышки и отёков и, как следствие этого, повышение толерантности к физической нагрузке. Однако клинический эффект в основной группе с мельдонием отмечался раньше на $4,6 \pm 0,2$ сутки, чем в контрольной группе на $7,2 \pm 0,5$ сутки. Снижение функциональных классов ХСН в течение 8 недель лечения было достоверным в обеих группах: в основной группе отмечалось снижение на 32%, а в контрольной на 21% соответственно. Уже к 10 суткам в обеих группах уровень BNP снизился, причем в группе с мельдонием снижение уровня фермента было более значительным $-403,55 \pm 91,05$ пг/мл (в сравнении с показателем в первые сутки $597,70 \pm 91,96$ пг/мл). Снижение BNP к 8 неделе продолжалось, однако было недостоверным в сравнении с цифрами на 10-й день. В контрольной группе пациентов наблюдалось также снижение уровня BNP (с $607,8 \pm 42,63$ пг/мл до $535,6 \pm 39,79$ пг/мл), однако несколько меньше в сравнении с основной группой.

Анализ сравнительной оценки параметров гемодинамики показал изменение данных показателей в обеих группах. Так, в основной группе произошло уменьшение ЧСС со $105 \pm 11,02$ в минуту в 1-е сутки до $79 \pm 3,06$ в минуту через 8 недель и в контрольной с $112 \pm 10,08$ до $82 \pm 2,25$ соответственно.

При эхокардиографическом исследовании у всех пациентов отмечалось изменение параметров конечно-систолического и конечно-диастолического объёмов, уменьшение ударного объёма, снижение фракции выброса левого желудочка. Проведенная терапия сопровождалась увеличением фракции левого желудочка, отмечалось уменьшение полостных размеров левого желудочка и улучшение показателей диастолической и систолической функции левого желудочка. Однако эти показатели, как в основной, так и в контрольной группе были недостоверны (Таблица 1).

Таблица 1

(M±m)

| | | 8 | | 8 |
|------------|----------|------------|-----------|-----------|
| ФВ, % | 41,9±3,7 | 48,9±2,4 | 42,4±3,3 | 46,1± 5,5 |
| КДР ЛЖ, мм | 57,1±4,6 | 54,0±3,5,0 | 56,3±3,3 | 54,6±2,8 |
| КСР ЛЖ, мм | 39,3±4,7 | 37,5±3,2 | 38,9±4,02 | 36,9±2,1 |

На фоне курсовой терапии мельдонием не было зарегистрировано ни одного побочного эффекта; а положительное влияние препарата на сократительную функцию миокарда патогенетически обосновывает включение мельдония в комплексную терапию больных с хронической сердечной недостаточностью.

1. Беленков Ю. Н., Фомин И. В., Мареев В. Ю. и др. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации — данные ЭПОХА-ХСН (часть 2) // Сердечная недостаточность. — 2006. — № 3. — С. 3–7.

2. Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т., Арутюнов Г. П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Сердечная недостаточность. 2013. № 7. С. 379–472.

3. Житникова Л. М. Метаболическая терапия, или кардиоцитопротекция — как необходимый компонент комбинированной терапии сердечно–сосудистых заболеваний. // «РМЖ». — № 4. — 2012. — С. 137.

4. Применение препарата кардионат в комбинированной терапии хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии у больных с метаболическим синдромом. // Российский кардиологический журнал № 4 (84). — 2010. — С. 130–134.

*К.м.н., директор Городского кардиологического центра
Алматы, Республика Казахстан;*

*К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по
терапии № 3 Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по
терапии № 3 Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан*

В последние десятилетия коронароангиография (КАГ) стала рутинным диагностическим методом в комплексном обследовании больных ИБС, по результатам которой определяется тактика ведения больного. Полученные в результате КАГ данные позволяют наиболее объективно и своевременно выбрать оптимальный метод лечения: консервативная терапия или операция реваскуляризации миокарда. В зависимости от принадлежности больного к группе низкого, среднего или высокого риска, которая высчитывается по шкале GRASE, КАГ рекомендуется либо экстренная инвазивная стратегия – в течение первых 2 часов, либо ранняя инвазивная стратегия – в сроки до 24 часов. По шкале GRASE учитываются: возраст больного, частота сердечных сокращений в минуту, систолическое артериальное давление, уровень креатинина сыворотки в мкмоль/л, класс сердечной недостаточности (по классификации Kilip), остановка сердца (на момент

поступления), девиация сегмента ST, наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов. При уровне риска по шкале GRASE менее 108 единиц (низкая категория) внутриабольничная смертность составляет менее 1%; при уровне от 109 до 140 единиц (средняя категория) смертность в пределах от 1 до 3% и при уровне свыше 140 единиц (высокая). «Агрессивная» экстренная тактика оправдана только у больных высокого и промежуточного риска. В группе низкого риска экстренное проведение КАГ и реваскуляризации сопряжены с неоправданно высоким риском осложнений. Напротив, реваскуляризация, выполненная после стабилизации состояния, дает хорошие результаты. У больных высокого и промежуточного риска, по данным ряда исследований, экстренная «агрессивная» тактика приводит к более выраженному снижению риска осложнений, чем консервативная, особенно когда имплантацию стентов проводят на фоне введения блокаторов гликопротеиновых II b/ IIIa рецепторов тромбоцитов [1, с. 166–167; 2, с. 21–30; 3, с. 22–26; 4, с. 12–16].

явилось изучение результатов КАГ в группе больных ОКС с подъемом сегмента ST при высоком и промежуточном риске.

. Под нашим наблюдением находилось 248 больных ОКС в возрасте от 55 лет до 82 (средний возраст – 67,1±2,6), из них 123 женщины и 125 мужчин. У всех больных были определены степень риска по шкале GRASE, уровень кардиомаркеров в динамике, записана ЭКГ.

. На ЭКГ у всех больных были признаки ишемии. Постинфарктный кардиосклероз обнаружен у большинства больных: у 127 пациентов (51,2%), из них давность инфаркта миокарда до 3-х лет установлена у 79 (62,2%) и свыше 3-х лет у 48 (37,8%). Все больные наблюдались ранее по поводу ИБС, стенокардии. Поскольку сроки проведения КАГ зависят от принадлежности больного к той или иной категории риска нами была рассчитана степень риска по шкале GRASE. Как видно по данным таблицы 1, большинство больных были отнесены в группу высокого и среднего риска. При подсчете показателей по шкале GRASE больных с высоким риском оказалось 115 (46,4%), со средней степенью риска – 102 (41,1%) и низкой степенью – 31 (12,5%), причем подъем сегмента ST имел место в 73,8%, а депрессия в 26,2% случаев.

Таблица 1

GRASE

| | GRASE | ST | S |
|--------------------------------|------------|-------------|-----------|
| Высокая (свыше 140 единиц) | 115(46,4%) | 94(81,7%) | 21(18,3%) |
| Средняя (от 109 до 140 единиц) | 102(41,4%) | 77(75,5%) | 25(24,5%) |
| Низкая (до 109 единиц) | 31(12,5%) | 12(38,7%) | 19(61,3;) |
| Итого: | 248 | 183 (73,8%) | 65(26,2%) |

С практических позиций для определения врачебной тактики ведения больного с тем или иным вариантом ОКС принципиально важно наличие элевации или депрессии сегмента ST при первом контакте с больным. Элевация сегмента ST свидетельствует о протекании завершающих стадий развития коронарного тромбоза — формировании фибринного тромба с трансмуральным повреждением миокарда и служит показанием для экстренного проведения тромболитической терапии или коронарной ангиопластики. Другая группа больных — без элевации сегмента ST (without ST-elevation) не нуждается в проведении тромболитической терапии ввиду его малоэффективности и курируется с использованием антикоагулянтов и антитромбоцитарных препаратов. Такое разделение на сегодняшний день является общепризнанным и используется при планировании и проведении большинства клинических исследований. 217 пациентов с высокой и промежуточной степенью риска были тщательно изучены, больных с элевацией сегмента ST было 171(78,8%) и 45 больных (21,2%) было без подъема сегмента ST. По результатам нашего наблюдения элевация ST среди больных высокого и среднего риска чаще наблюдалась в возрастной группе 61–70 лет, тогда как депрессия ST — регистрировалась больше у пациентов 41–60 лет (табл. 2).

Таблица 2

S

| | S | | | | |
|--------------|----|----|-------------|----------|---------|
| | | | | | |
| До 40 лет | 7 | 5 | 12 | - | - |
| 41–50 лет | 15 | 22 | 33 | 2 | 2 |
| 51–60 лет | 23 | 16 | 32 | 6 | 1 |
| 61–70 лет | 45 | 23 | 62 | 6 | 2 |
| свыше 70 лет | 4 | 11 | 12 | 1 | - |
| Итого | 94 | 77 | 151 (88,3%) | 15(8,8%) | 5(2,9%) |

Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) показана при наличии стеноза ствола левой коронарной артерии на 50% и более; поражении двух основных коронарных артерий с вовлечением передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии; поражении трех основных коронарных артерий в сочетании с дисфункцией левого желудочка (фракция выброса 35–50%). По некоторым данным, при сочетании догоспитального тромболитического и экстренной КАГ удастся добиться максимального снижения смертности. Альтернативой АКШ является баллонная дилатация и интракоронарное стентирование. Показаниями

к её выполнению служат проксимальные однососудистые стенозы не менее 50% просвета сосуда. По результатам КАГ стентирование было проведено в первые сутки от момента поступления в 128 случаях (59%); из них 73 пациента из группы высокого риска и 55 — из группы среднего риска. В течение 3-х суток в 23 случаях (10,6%). АКШ было предложено 20 пациентам (41%), проведено 15 больным (24,4%), отказались 5 (16,6%) больных.

Таким образом, среди поступивших больных с ОКС преобладает категория больных высокого и промежуточного риска (87,5%), а по результатам КАГ определена тактика реваскуляризации: в 88,3% случаев было проведено стентирование, и в 8,8% случаев — операция АКШ.

1. Давей, Патрик. Наглядная ЭКГ. Пер. с англ. Под ред. М. В. Писарева. — М. ГЭОТАР-Медиа, 2011—168 с: предм. указ. — С. 166—167.

2. Савченко А.П., Черкавская О.В., Руденко Б.А., Болотов П.А. Интервенционная кардиология. Коронарная ангиография и стентирование. ГЭОТАР МЕДИА, — 2010., — 48 с.

3. Канторова А.Ю. Современные представления о чрескожных коронарных вмешательствах при поражении ствола коронарной артерии. — 2011. — № 7. — С. 22—26.

4. Реваскуляризация миокарда. Руководство ЕОК/ЕАСТХ по реваскуляризации миокарда. Версия 2014. — С 12—16.

Д.м.н., профессор, профессор кафедры скорой и неотложной медицинской помощи, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

К.м.н., доцент, доцент кафедры скорой и неотложной медицинской помощи, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

К.м.н., доцент, доцент кафедры скорой и неотложной медицинской помощи, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Заведующая кардиологическим отделением № 3 Городского кардиологического центра, Алматы, Республика Казахстан;

Врач-ординатор кардиологического отделения № 3 Городского кардиологического центра, Алматы, Республика Казахстан;

ST

Причины депрессии сегмента ST могут быть специфическими и неспецифическими. Клинически значимой является депрессия сегмента ST на 1 и более мм от изоэлектрической линии. У пациента, ощущающего дискомфорт в грудной клетке, депрессия сегмента ST в двух или более отведениях может быть обусловлена инфарктом миокарда без подъема ST либо нестабильной стенокардией. Повышение уровня кардиомаркеров — в первые 6 часов или от 6 до 12 часов после индексного события указывает на Q негативный инфаркт миокарда, а отрицательный тест на кардиомаркеры и преходящая депрессия ST наблюдаются при стенокардии. Депрессия сегмента ST обладает низкой диагностической специфичностью, т.к. встречается не только при сердечно-сосудистой, но и при экстракардиальной патологии [1, с. 128–146; 2, с. 72–76; 3, с. 51–56; 4, с. 312–327].

явилось изучение депрессии сегмента ST у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

: под нашим наблюдением находились 284 больных ОКС, поступивших в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) г. Алматы в возрасте от 43 до 79 лет, средний возраст составил $64,5 \pm 1,7$; из них мужчин 196 и женщин 88. Всем больным были проведены общеклинические и биохимические (кардиомаркеры, электролиты) исследования, суточный ЭКГ мониторинг и ЭхоКГ.

: 1. Низкий вольтаж; 2. Тахикардия; 3. Признаки относительной ишемии (изменения сегмента S-T и зубца T); 4. Различные аритмии; 5. Дистрофические изменения (зазубренность зубцов).

: На ранних стадиях болезни выявляется высокий остроконечный T, особенно в грудных отведениях. При более глубоких поражениях миокарда отмечается снижение сегмента ST ниже изолинии и формирование сглаженного или отрицательного зубца T. Нередко при алкоголизме наблюдаются разнообразные нарушения ритма: синусовая тахикардия и синусовая аритмия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, трепетание и мерцание предсердий и др. Также весьма характерными изменениями при хроническом алкоголизме являются признаки гипертрофии правого предсердия (P –pulmonale в отведениях II, III и AVF), обусловленные сопутствующим бронхитом и эмфиземой легких.

: в стандартных и грудных отведениях регистрируется отрицательный зубец T с нормально расположенным или слегка опущенным ST. Отсутствие взаимосвязи между динамикой на ЭКГ и клиникой является особенностью климактерической кардиомиопатии. В отличие о ИБС при климактерической кардиомиопатии смещение ST и особенно патологические изменения зубца T быстро нормализуются при проведении пробы с калием и (или) с бета-адреноблокаторами (обзидан, индерал, анаприлин).

поражение мышцы приводит к снижению вольтажу зубцов, а также к неспецифическим изменениям конечной части желудочкового комплекса, в частности к изменениям сегмента ST и зубца T. У трети больных могут быть обнаружены патологический зубец Q или QS ввиду аномального распространения возбуждения по межжелудочковой перегородке и выраженного фиброза. Помимо этого могут быть признаки гипертрофии левого предсердия и связанные с ним различные нарушения ритма в виде мерцания предсердий, экстрасистолии, блокады.

возникает при резком повышении давления в легочной артерии и значительном увеличении нагрузки на правые отделы сердца при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), тяжелом приступе бронхиальной астмы, спонтанном пневмотораксе, массивной пневмонии и некоторых других заболеваниях, поэтому характерна депрессия ST.

неспецифичны, более важен их преходящий характер, что говорит в пользу ТЭЛА: синусовая тахикардия, симметричные отрицательные зубцы T; изменения по типу

«перегрузки» в отведениях от V1-V4. Депрессия сегмента ST может отмечаться в отведениях I, II и от V1-V4, изменения типа SI, QIII или SIQIII и TIII; неполная или полная БПНПГ; зубцы Q в отведениях V1, III и AVF, но не в отведении II; QR в отведении V1; подъем сегмента ST в отведениях от V1 до V3 или V3, AVR и III.

: Брадикардия (отрицательный хронотропный эффект); различные нарушения проводимости — блокады (отрицательный дромотропный эффект); различные аритмии (аритмогенный эффект); «корытообразное» смещение сегмента ST и зубца T.

: снижение сегмента ST книзу от изолинии и образование низких или отрицательных зубцов T, после которых регистрируются высокие волны U. Более значительная гипокалиемия сопровождается предсердной и желудочковой экстрасистолией, нарушением внутрижелудочковой проводимости по типу блокады ножек пучка Гиса.

или так называемый «посттахисистолический синдром» появляется после приступа пароксизмальной тахикардии чаще у лиц пожилого возраста, проявляется изменениями сегмента ST и зубца T. Через 5–7 дней начинают уменьшаться, а спустя 2–3 недели полностью исчезают.

В клинической практике необходимо учитывать и рефлекторные воздействия на ЭКГ со стороны других органов, в частности со стороны желудочно-кишечного тракта. Коронароподобные изменения ЭКГ в клинической практике могут наблюдаться при различных заболеваниях желудка, кишечника, поджелудочной железы, желчного пузыря и желчных путей.

По результатам нашего анализа депрессии сегмента ST у больных с ОКС инфаркт миокарда без подъема сегмента ST установлен у 75 (26,4%) пациентов, нестабильная стенокардия у 164 (57,7%), ТЭЛА у 11(3,9%), миокардит у 7(2,5%), климактерическая кардиомиопатия у 17(6%), дилатационная кардиомиопатия у 9(3,2%), алкогольная кардиомиопатия у 3(1,05%), гипокалиемия у 3(1,05%) и интоксикация сердечными гликозидами у 2 (0,7%).

Таким образом, изменения ЭКГ, особенно конечной части желудочкового комплекса — сегмента S-T и зубца T, являются неспецифическими, наблюдаются при самых различных заболеваниях, и их правильная интерпретация возможна лишь на основании тщательного анализа всего комплекса клиничко-лабораторных данных, результатов других методов обследования в сопоставлении с динамическими ЭКГ исследованиями.

1. Атул Лутра. ЭКГ понятным языком. Пер. с англ. — М.: Практическая медицина, 2010. — 224 с.
2. Джордж Дж. Тэйлор Основы кардиологии. перевод с англ. под ред. акад. РАМН проф. Р. Г. Оганова — М.: «Мед. Пресс-информ», 2004. — с. 72–76.
3. Габриэль М. Хан Быстрый анализ ЭКГ. — Москва Издательство БИ-НОМ. — Медиа, 2012. — с. 51–56.
4. Орлов В. Н. Руководство по электрокардиографии. Медицинское информационное агентство. — Москва, 2007. — с. 312–327.

6.

К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3 Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3 Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Синдром отсутствия зубца Р встречается при ряде состояний, что требует грамотной диагностики и решения вопросов терапии. Причинами отсутствия зубца Р могут быть: фибрилляция (мерцание, мерцательная аритмия) предсердий, желудочковая форма пароксизмальной тахикардии, желудочковая экстрасистолия, синдром Фредерика, ЭКС, ритм из средней трети А-В узла [1, с. 237–288; 2, с. 276–382; 3, с. 291–324; 4, с. 316–345; 5, с. 267–292].

явилось создание алгоритма диагностического поиска при отсутствии зубца Р.

. Анализ 67 пленок ЭКГ с отсутствием зубца Р.

. Алгоритм диагностики следует проводить на интерпретации следующих параметров:

- Наличие или отсутствие зубца Р, во всех комплексах или в некоторых;
- Интервалы RR равны между собой или нет;
- Желудочковые комплексы уширены, деформированы или нормальные;
- Число сердечных сокращений (ЧСС) изменено или нет;
- Есть ли спайки.

– выяснить при отсутствии зубца Р во всех комплексах равны ли интервалы RR. Если они разные и при этом желудочковые комплексы имеют нормальный вид — не уширены, не деформированы, то имеет место мерцание предсердий. На протяжении всего сердечного цикла наблюдается частое (от 300 до 700 в мин.) беспорядочное, хаотичное возбуждение и сокращение отдельных групп мышечных волокон предсердий, систола предсердий заменяется самостоятельными и независимыми друг от друга (некоординированными) «подергиваниями» — фибрилляцией отдельных мышечных волокон. В предсердиях возникает большое количество отдельных, повторяющихся с большой частотой движений, но единого, полноценного сокращения предсердий не происходит, поэтому на ЭКГ появляются волны f беспорядочные, хаотичные, разной амплитуды и отличающиеся друг от друга по форме. Вид мерцающих предсердий сравнивают с «морской зыбью». Предсердия «не повинуются» синусовому узлу, его автоматизму, атриовентрикулярный узел не в состоянии воспринять весь этот огромный поток импульсов, идущих из предсердий, и проводит на желудочки в полном беспорядке только меньшую часть из них, поэтому интервалы RR разные. ЧСС может быть разной. Мерцание предсердий в большинстве случаев наблюдается при органических изменениях в миокарде, чаще всего при таких заболеваниях: митральный стеноз, кардиосклероз и тиреотоксикоз. Мерцание предсердий является наиболее частым (после экстрасистолии) нарушением ритма сердца. По литературным данным, на долю мерцательной аритмии приходится примерно 40% от всех видов аритмий.

– отсутствие зубца Р не во всех комплексах и интервалы RR не равны между собой, но имеется определенная закономерность: в сумме предшествующий (он короче нормального) и последующий (длиннее) интервалы при отсутствии Р равны двум нормальным интервалам RR, при этом желудочковый комплекс уширен, деформирован. В данном случае речь идет о желудочковой экстрасистолии. Желудочковой экстрасистолией называют преждевременные сокращения сердца под влиянием импульсов, исходящих из различных участков внутрижелудочковой проводящей системы сердца. Внеочередные активация

и сокращение захватывают только желудочки, эктопический импульс «вязнет» в А-В узле и не распространяется на предсердия, поэтому предсердный зубец Р отсутствует. Внеочередное возбуждение желудочков не распространяется на предсердия и не разряжает синусового узла. Однако возникший в положенное время синусовый импульс застаёт желудочки в момент, когда они охвачены сокращением и рефрактерны к дополнительному стимулу. Только следующий импульс из синусового узла вызывает их активацию. Таким образом, пред- и постэкстрасистолический интервалы в сумме точно соответствуют двум нормальным интервалам R-R.

— при отсутствии Р, уширении и деформации QRS во всех комплексах, но при этом интервалы RR одинаковые, а ЧСС в пределах 140–220 в мин. надо думать о желудочковой форме пароксизмальной тахикардии. Пароксизмальная тахикардия — это внезапно начинающийся и также внезапно заканчивающийся приступ учащения сердечных сокращений до 140–250 в мин. при сохранении в большинстве случаев правильного регулярного ритма. Приступ пароксизмальной тахикардии продолжается обычно от нескольких секунд до нескольких часов, лишь изредка дольше. Важным признаком любой пароксизмальной тахикардии является сохранение в течение всего пароксизма правильного ритма и постоянной частоты сердечных сокращений, которая в отличие от синусовой тахикардии не изменяется после физической нагрузки, эмоционального напряжения, при глубоком дыхании или после инъекции атропина. Желудочковая пароксизмальная тахикардия является наиболее опасным нарушением ритма сердца, т.к. возможен переход в фибрилляцию желудочков. При этой форме тахикардии функционируют два независимых друг от друга центра автоматизма — в синусовом узле, который руководит ритмом предсердий, и в желудочках (в одной из ножек пучка Гиса), руководящий ритмом желудочков. Таким образом, в этих условиях имеется полная сердечная блокада, диссоциация в ритме предсердий и желудочков, при очень частом ритме желудочков и более медленном ритме предсердий.

— когда нет зубца Р, имеется уширение и деформация QRS, интервалы R- R равны между собой во всех комплексах, ЧСС в пределах нормы, но перед каждым сокращением регистрируется спайка (черточка), ЭКГ данные соответствуют ритму кардиостимулятора.

— если вместо зубца Р волны F, QRS нормальные, R-R также равны между собой, но ЧСС — 30–40 в мин., надо полагать о наличии у пациента синдрома Фредерика — сочетание мерцания или трепетания предсердий с полной атриовентрикулярной блокадой. При этом мерцание предсердий сопровождается правильным ритмом желудочков обычно с частотой 30–40 в минуту.

— когда нет зубца Р, QRS нормальные, R-R также равны между собой, но ЧСС — 40–45 в мин., необходимо исключить ритм из средней трети А-В узла.

В результате проведенного нами диагностического поиска мерцание предсердий было выявлено у 37(55,2%), желудочковая форма пароксизмальной тахикардии у 10(14,9%), желудочковая экстрасистолия у 14(20,9%), ритм кардиостимулятора у 4(6,0%), синдром Фредерика у 1(1,5%) и ритм из средней трети А-В соединения у 1 (1,5%) пациентов.

Выводы: предложенный алгоритм пошагового анализа ЭКГ при отсутствии зубца Р способствует выявлению возможных аритмий (мерцания предсердий, желудочковой экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии, синдрома Фредерика), ритма из средней трети А-В соединения, ритма кардиостимулятора.

1. Габриэль М. Хан. Быстрый анализ ЭКГ. Пер. с англ. Под общей ред. Проф. Позднякова Ю. М. — М., Издательство БИНОМ., 2011. — 405 с.

2. Джон Р. Хэмптон. Атлас ЭКГ 150 клинических ситуаций пер. с англ. Плешкова Ф.И. — М.: Мед. лит., 2007. — 320 с.

3. Джон Р. Хэмптон. ЭКГ в практике врача: пер. с англ. — М.: Мед. лит., 2007. — 432 с.

4. Зудбинов. Ю.И. Азбука ЭКГ и Боли в сердце. «Медицина», Ростов на Дону: Феникс, 2011. — 235 с.

5. Орлов. В.Н. Руководство по электрокардиографии. Медицинское информационное агенство. — М., 2007. — 523 с.

К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3 Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3 Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Заведующая кардиологическим отделением Городского кардиологического центра, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Общеизвестно, что при фибрилляции предсердий (ФП) часты тромбоэмболические осложнения, которые ухудшают качество жизни, прогноз и повышают летальность. Риск развития ишемических инсультов около 5% в год, что в 2–7 раз превышает данный показатель в группе лиц без ФП, причем, с возрастом увеличивается. При лечении ФП профилактика тромбоэмболических осложнений является обязательным условием. Согласно последним рекомендациям ведущих мировых кардиологических обществ при наличии 1 и более факторов риска, определяемых по шкале CHADS₂-VASC, должна быть назначена антикоагулянтная терапия. В последнее время появились новые оральные антикоагулянты, такие как дабигатран, апиксабан и ривороксабан, которые являются, по

мнению исследователей, достойной альтернативой варфарину [1, с. 21–33; 2, с. 584–589; 3, с. 2369–2429; 4, с. 1172–1179].

явилось изучение эффективности и безопасности ривароксабана у больных с постоянной формой ФП неклапанного происхождения.

. Под нашим наблюдением находились 50 больных в возрасте 46–62 года (средний возраст — $57,5 \pm 3,5$ года) с диагнозом ИБС: нестабильная стенокардия, ПИКС с нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий (постоянная форма), ХСН ПФК по NYHA. Длительность заболевания колебалась от 0,5 до 4,6 лет, средняя продолжительность заболевания составила $3,8 \pm 0,5$ года. Диагноз ИБС был верифицирован на основании клинико-инструментального обследования больных, инфаркт миокарда в анамнезе и наличие ФП были подтверждены по данным ЭКГ и ЭхоКГ. У всех больных были рассчитаны степень риска тромбоза по шкале CHADS₂-VASC и риска кровотечений по шкале HAS-BLED. По шкале CHADS₂-VASC учитывались: инсульт или преходящее нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, возраст старше 75 лет, сосудистые эмболии, женский пол, возраст от 65 до 75 лет. Оценив суммарный риск по количеству баллов, определяли степень риска возможного инсульта у конкретного больного в течение ближайшего года. По шкале HAS-BLED рассчитывали риск развития осложнения — угрозы кровотечения. На сегодняшний день единственным возможным способом контроля терапии антагонистами витамина К (АВК) является протромбиновый тест, с представлением результатов в виде Международного нормализованного отношения (МНО). Помимо общеклинических анализов определяли биохимические, в частности, показатели коагулограммы, Д-димер, ферменты, креатинин, мочевины с подсчетом клиренса креатинина. Также до и после лечения проводили ФГДС.

25 больных, составивших 1-ую группу, получали ривароксабан (ксарелто) в дозе по 20 мг в сутки и 25 больных, входивших во 2-ую группу, получали в качестве антикоагулянта — варфарин в дозе, поддерживающей МНО в пределах 2–3. МНО контролировали 1 раз в месяц. В качестве базисной терапии все больные получали ингибиторы АПФ, нитраты, гиполипидемические, при необходимости диуретики. Терапия, начатая в стационаре, была продолжена в амбулаторных условиях в течение 6-ти месяцев. Сумма баллов, рассчитанная по шкале CHADS₂-VASC, существенно не различалась по группам и составила 3,22 и 3,3 соответственно.

. Эффективность антикоагулянта оценивали по показателям коагулограммы в процессе лечения в течение 6-ти месяцев. О безопасности судили по шкале HAS-BLED. Исходные

данные коагулограммы свидетельствовали об увеличении свертывающих свойств крови как в первой, так и во второй группе. При динамическом наблюдении в обеих группах пациентов не отмечено тромбоэмболических осложнений, а показатели коагулограммы имели тенденцию к снижению.

Таблица 1.

| | (n=25) | | (n=23) | |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | |
| АЧТВ (сек.) | 25,3±1,8 | 40,5±1,2* | 24,8±1,6 | 42,7±1,1* |
| Протромбиновый индекс (%) | 102,5±0,5 | 98,3±1,2* | 105,5±0,9 | 97,5±0,9* |
| Фибриноген (г/л) | 4,6±0,7 | 2,5±0,6* | 4,4±0,3 | 2,4±0,5* |
| Фибриназа (сек.) | 108,5±2,2 | 88,2±1,3* | 109,1±1,8 | 90,1±0,8* |
| D димер (мкг/л) | 0,4±0,05 | 0,46±0,01 | 0,52±0,02 | 0,43±0,03 |

Примечание: * — достоверность различий < 0,05 после лечения по сравнению с исходными данными

Как видно по данным таблицы 1, в процессе терапии имеется достоверное изменение показателей коагулограммы в сторону гипокоагуляции. Клинически выраженных кровотечений не наблюдалось у пациентов первой и второй групп. Однако, во второй группе четыре пациента (16%) отказались от приема варфарина, тогда как в первой группе все пациенты, получавшие ривароксабан, продолжали прием препарата.

Величина МНО в норме равна 1,0, его значения возрастают на терапии АВК, для большинства клинических ситуаций терапевтический диапазон МНО составляет 2,0–3,0. По результатам многоцентровых рандомизированных исследований, в частности, ROCNET, XANTUS, терапия новыми оральными антикоагулянтами, а именно ривароксабаном не требует контроля за МНО, доза препарата остается фиксированной — по 20 мг в сутки при отсутствии снижения функции почек, которую определяют по клиренсу креатина. Тогда как терапия варфарином эффективна, если МНО поддерживается в пределах от 2,0 до 3,0, соответственно доза препарата должна постоянно корректироваться. Узкое терапевтическое окно, необходимость постоянной коррекции дозы, безусловно, снижают приверженность к лечению. Помимо этого при лечении варфарином существует довольно большой перечень препаратов, взаимодействующих с ним и способных либо потенцировать, либо снижать его действие. Также имеются продукты, содержащие витамин К, в частности шпинат,

капуста, бобовые, зеленый чай и др., которые снижают эффект АВК. В отличие от варфарина, новые оральные антикоагулянты имеют ограниченный круг взаимодействий с препаратами, их применение не зависит от диетических пристрастий больного, соответственно, более удобны как для больного, так и для врача.

Таким образом, новый оральный антикоагулянт — ривароксабан в дозе по 20 мг в сутки является достойной альтернативой варфарину, при этом демонстрирует большую приверженность к лечению, т.к. не требует постоянного контроля МНО, не требуется контроля дозы препарата.

1. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ, 2012. http://www.scardio.ru/content/Guidelines/Rekomendations_fibrillyacia_predserdii_2012.pdf. С. 21–33.

2. Banerjee A., Lane D. A., Torp-Pedersen C., Lip G. Y. Net clinical benefit of new oral anticoagulants (dabigatran, rivaroxaban, apixaban) vs. no treatment in a 'real world' atrial fibrillation population: a modeling analysis based on a nationwide cohort study. *Thromb Haemost* 2012; 107: 584–589.

3. Camm A. J., Lip G. Y. H., De Caterina R., et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2012; 31: 2369–2429.

4. Olesen J. B., Torp-Pedersen C., Hansen M. L., Lip G. The value of the CHA2DS2-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS2 score 0–1: a nationwide cohort study. *Thromb Haemost* 2012; 107: 1172–1179.

*профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан*

*Заведующая кардиологическим отделением № 5 Городского
кардиологического центра, Алматы, Республика Казахстан*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

Задержка жидкости в организме и формирование отечного синдрома — характерные проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН), начиная со II ФК. Современная схема патогенеза ХСН показывает, что тремя ключевыми событиями на пути развития и прогрессирования ХСН являются: заболевания сердечно сосудистой системы, снижение сердечного выброса и задержка натрия и свободной жидкости в организме. Одышка и отеки являются следствием накопления жидкости во внеклеточном пространстве, поэтому для выделения ее необходимо проведение трех этапов: перевод ее из внеклеточного пространства в сосудистое русло, затем доставка этой избыточной жидкости к почкам и обеспечение ее фильтрации и наконец при попадании первичной мочи в почечные каналы должна быть блокирована реабсорбция натрия и воды для выведения избыточной жидкости из организма. Именно на этом этапе незаменимыми являются диуретики. В связи с этим дегидратационная терапия

представляет собой одну из важнейших составляющих успешного лечения больных ХСН. Согласно современным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН, при I функциональном классе (ФК) ХСН мочегонные препараты не назначаются. При II ФК без клинических признаков застоя применяют один препарат — чаще малые дозы торасемида (2,5–5 мг). При наличии признаков застоя уже показаны 2 препарата — петлевые (тиазидные) диуретики и спиронолактон 100–150 мг. При III ФК для поддерживающей терапии назначают 3 препарата — петлевые диуретики, антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) спиронолактон 25–50 мг и ингибиторы карбоангидразы (ИКАГ). В стадию декомпенсации рекомендуются 4 препарата: петлевые, тиазидные, спиронолактон в дозе 100–300 и ИКАГ. При IV ФК помимо всего перечисленного при необходимости механическое удаление жидкости (5 препаратов/воздействий.) Тиазидные и тиазидоподобные диуретики имеют некоторые важные преимущества перед другими. Тиазидный диуретик, в частности, гипотиазид, эффективен при уровне фильтрации более 30–50 мл/мин, поэтому при почечной недостаточности он не применяется. Тиазидоподобный диуретик с вазодилатирующими свойствами индапамид сохраняет свое диуретическое и антигипертензивное действие при нарушении функции почек, а также оказывает меньшее влияние на метаболизм глюкозы и липидов, что дает основание предполагать, что он больше подходит больным сахарным диабетом, метаболическим синдромом и атерогенными дислипидемиями. Диуретическое действие происходит на уровне проксимальных и дистальных канальцев и заключается в блокаде реабсорбции натрия. При этом увеличивается объем мочи, но не нарушается качество жизни больного [1, с. 254–294; 2, с. 70–76; 3, с. 36–40; 4, с. 28–32].

явилось изучение эффективности и безопасности индапамида у больных ХСН.

. Под нашим наблюдением находились 43 больных ИБС в возрасте от 59 до 74 лет, средний возраст — $66,3 \pm 1,7$, из них 20 женщин и 23 мужчин. Артериальная гипертония (АГ) имела место у 18 больных, первой степени у 4 (22,2%); второй степени у 11 (61,1%) и третьей — у 3 (16,7%). Все больные получали комплексную терапию, включавшую ингибиторы АПФ, аторвостатины, дезагреганты и нитраты. Индапамид назначали в дозе по 0,625 мг первоначально, в последующем дозу титровали до 1,25 мг/сутки (32 больным) и до 2,5 мг/сутки (11 больным). У всех больных тщательно изучались жалобы, данные анамнеза, клинические проявления ХСН, проводились ЭКГ и ЭхоКГ, определяли также уровень бета-натрийуретического пептида (BNP).

. По ЭКГ и ЭхоКГ были выявлены признаки перенесенного инфаркта миокарда в 40 (93%) случаях. Уровень BNP колебался от 50 до 78 пг/мл, в среднем он составил $64,5 \pm 1,2$. При оценке

эффективности лечения мы использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС) (Таблица 1).

Исходно была установлена ХСН II ФК – у 29 (67,4%) и III ФК – у 14 (32,6%). Фракция выброса (ФВ) в пределах от 34 до 40% была у 17 (39,5%) и от 41 до 55% – у 26 (60,5%).

Таблица 1

| \ | | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-----|------------------------------------|---------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. | Одышка | нет | при нагрузке | в покое | |
| 2. | Изменение веса за последнюю неделю | нет | увеличился | | |
| 3. | Перебои в работе сердца | нет | есть | | |
| 4. | Положение в постели | горизонтально | с при поднятым головным концом | просыпается от удушья | сидя |
| 5. | Набухшие шейные вены | нет | лежа | стоя | |
| 6. | Хрипы в легких | нет | нижние отделы (до 1/3) | до лопаток (до 2/3) | над всей поверхностью легких |
| 7. | Ритм галопа | нет | есть | | |
| 8. | Печень | не увеличена | до 5 см | более 5 см | |
| 9. | Отеки | нет | пастозность | отеки | анасарка |
| 10. | Уровень САД | >120 | 100–120 | <100 | |

Примечание: 0 баллов соответствует отсутствию клинических признаков сердечной недостаточности; 3 и менее баллов – I ФК; от 4 до 6 баллов – II ФК; от 7 до 9 баллов – III ФК; больше 9 баллов – IV ФК.

Дегидратационная терапия проводилась следующим образом (Таблица 2).

Таблица 2

| | | |
|-----|----|--|
| | - | |
| I | - | - |
| II | 29 | Индапамид + спиронолактон (100 мг) |
| III | 14 | Фуросемид+индапамид+спиронолактон (300 мг) + диакарб (0,25 мг 3 раза 3 дня в неделю) |
| IV | - | - |

В процессе терапии из 29 больных второго ФК перешли в первый 17, а из третьего ФК во второй ФК 4 пациента. У больных АГ с исходным систолическим артериальным давлением (САД), равным $172,5 \pm 0,9$ при динамическом исследовании оно снизилось до $150,8 \pm 1,2$ мм рт. ст. Диастолическое артериальное давление (ДАД) также снизилось до $88,2 \pm 0,6$ против первоначального $94,8 \pm 1,1$ мм рт.ст. Побочного действия индапамида нами не отмечено. ХСН — это прогрессирующий синдром, и те больные, которые сегодня имеют лишь скрытую ХСН, в течение 1–5 лет могут перейти в группу самых тяжелых больных, плохо поддающихся лечению. Поэтому раннее начало лечения таких больных — залог успеха в терапии ХСН. Тиазидоподобный диуретик индапамид достаточно эффективный и безопасный препарат, который может быть рекомендован для лечения ХСН у больных ИБС и АГ.

: дегидратационная терапия с применением тиазидоподобного диуретика индапамида в сочетании с другими диуретиками способствовала уменьшению клинических проявлений ХСН и переходу больных из более высокого ФК в категорию менее высокого в 21 случае (48,8%).

1. Горохова С. Г. Кардиология. 9 глав о диагностических ошибках. — Москва. 2009. — С. 254–294.

2. Джордж Дж. Тэйлор Основы кардиологии. перевод с англ. под ред. акад. РАМН проф. Р. Г. Оганова. — М.: «Мед. Пресс-информ», 2004. — с. 70–76.

3. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2012 г.).

4. Кардиология. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). — М., 2013.

7.

*кандидат юридических наук
доцент кафедры предпринимательского права
Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта*

*кандидат экономических наук
доцент кафедры предпринимательского права
Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта*

В соответствии со Стратегией национальной безопасности Российской Федерации [2], одним из важнейших направлений обеспечения национальной безопасности является укрепление здоровья населения РФ. Применительно к сфере лекарственных средств, обеспечивающих последнее, стратегическими целями национальной политики является доступность качественных, эффективных и безопасных лекарственных средств, создание условий для развития фармацевтической отрасли, преодоление ее сырьевой и технологической зависимости от зарубежных поставщиков.

Однако развитие фармрынка РФ сопровождается рядом проблем. Наличие регуляторных сложностей и для российских и для иностранных производителей с подтверждением стандартов качества GMP, которые используют мировые производители лекарств, российским требованиям; вымывание с рынка дешевых лекарств из-за девальвации; межведомственные разногласия между Минздравом и ФАС, которые не могут согласовать друг с другом порядок перерегистрации лекарств из списка жизненно важных и необходимых; коррупциогенные риски, сопровождающие развитие фармотрасли [4, 5], проблемы при осуществлении государственных закупок лекарственных средств [3] — далеко не полный их перечень.

Тем не менее, одной из наиболее значимых проблем представляется на сегодняшний день фальсификация лекарственных средств. Ее решение связано с поиском мер противодействия созданию и распространению фальсификатов лекарственных средств (далее — ФЛС). ФЛС

представляют угрозу для здоровья населения, в них может отсутствовать действующее вещество, а также может быть изменена фармацевтическая составляющая. Их использование может привести к неэффективности лечения, способствовать повышению аллергизованности организма или даже приводить к смерти, когда в некоторых ФЛС обнаруживаются высокотоксичные вещества, такие, например, как крысиный яд. Достаточно часто упаковка ФЛС выполнена на высоком уровне и выглядит идентично оригиналу лекарственного средства, а потому выявить фальсификат возможно только путем лабораторных исследований, проведенных специализированными организациями.

По данным министра здравоохранения РФ В. Скворцовой, в 2015 году доля прямого фальсификата лекарственных средств в нашей стране составила 0,01% от общего числа последних [9]. Однако ряд экспертов полагают, что Россия, вместе с Китаем, уже вышли на первое место в мире по производству и обороту ФЛС, обогнав Индию, Турцию и Бразилию, традиционно считавшихся основными их и производителями, и потребителями [6]. В ходе проверок Росздравнадзора в 2014 году было изъято из оборота более 2 млн упаковок ФЛС, в 2015 году – 8 серий шести торговых наименований [11].

Во многих странах разработаны жесткие меры борьбы с фальсификацией лекарственных средств. В США торговля ФЛС наказывается штрафом до 200 млн долл. или пожизненным заключением, как в Индии, в Турции – лишением свободы на срок от 30 до 50 лет. В ЕС штраф за продажу поддельных лекарств превышает 300 тыс. евро, а срок тюремного заключения составляет 10 лет [7].

Одной из мер по борьбе с ФЛС в нашей стране стало внесение в 2014 году в Уголовный кодекс РФ статьи 238.1. «Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок», санкции по которой, в зависимости от части указанной статьи, составляют от трех до двенадцати лет лишения свободы. Первое уголовное дело по факту обращения фальсифицированных лекарственных средств (п. «а» ч. 2 ст. 238.1 УК РФ) в России было возбуждено в 2015 году следственными органами Следственного комитета по Московской области и на сегодняшний день находится в стадии судебного разбирательства [8].

Министерством здравоохранения РФ, в целях защиты рынка от ФЛС, был подготовлен проект поправок в закон «Об обращении лекарственных средств» [1], предусматривающий маркировку ЛС. Предполагается, что данные метки позволят автоматически идентифицировать ЛС на всем пути от производителя до конечного потребителя. Систему мониторинга ведомство предлагает вводить поэтапно: с 1 января 2017 г. —

только для дорогих лекарств, входящих в программу «Семь нозологий», с 2018 г. — для лекарств и препаратов, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших, а с 2019 г. — для всех остальных. За производство и продажу лекарств без маркировки авторы законопроекта предлагают предусмотреть административное наказание [10].

Представляется, что говорить о том, что маркировка лекарственных средств однозначно защитит граждан или фармрынок от распространения ФЛС, на данный момент достаточно сомнительно, так как возможна и другая сторона «медали». Мы не утверждаем, что маркировку применять не надо, однако, полагаем, что она, скорее, способ индивидуализации или идентификации ЛС, но не защиты его от фальсификации, ибо гарантий, что преступное сообщество не сможет подделывать и данную маркировку, нет. Кроме того, введение этой системы идентификации ЛС приведет к определенным затратам аптечных организаций, что, несомненно, будет способствовать повышению стоимости ЛС для граждан в условиях и так постоянно происходящего их удорожания.

Мы убеждены, что борьба с ФЛС должен идти не по линии отдельных, пусть и важных шагов. Считаем, что меры, предпринимаемые государством по борьбе с ФЛС, должны иметь системный характер. Необходимо создание эффективной системы противодействия распространению ФЛС в нашей стране, включающей целый ряд не только медико-административных, но и экономических, правовых и др. элементов отражающих всю многоаспектность и сложность проблемы.

1. Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об обращении лекарственных средств» [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» [сайт]. — Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 13.01.16).

2. Указ Президента РФ от 31.12.2015 №683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» [сайт]. — Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 13.01.16).

3. Аксенова-Сорохтей Ю.Н., Барановская Е.А. К вопросу о правовом регулировании государственных закупок лекарственных препаратов. В сборнике: Научный поиск в современном мире сборник материалов VIII Международной научно-практической конференции. 2015. — С. 184–186.

4. Аксенова-Сорохтей Ю.Н., Барановская Е.А. Коррупциогенные риски при осуществлении государственных закупок в системе здравоохранения. Медицинское право. 2015. № 5. С. 14–17.

5. Аксенова-Сорохтей Ю.Н., Барановская Е.А. К вопросу о коррупциогенных рисках в системе здравоохранения. Приволжский научный вестник. 2015. № 3–2. С. 21–23.

6. Беляков А. Пояснительная записка [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.abelyakov.ru/> (дата обращения 13.01.16).

7. В Госдуму внесен законопроект, ужесточающий наказание за производство поддельных лекарств [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://tass.ru/obschestvo/> (дата обращения 13.01.16).

8. В Московской области возбуждено первое в России уголовное дело по факту обращения фальсифицированных лекарственных средств [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://sledcom.ru/> (дата обращения 13.01.16).

9. Волчкова Н. Важно для каждого. Как обеспечить страну современными лекарствами?// Научная политика. № 50. 2015. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.poisknews.ru/> (дата обращения 13.01.16).

10. Дамидова А. Минздрав пометит лекарства// Газета Ведомости. № 3943 от 21.10.2015. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.vedomosti.ru/> (дата обращения 13.01.16).

11. Росздравнадзор принял участие в работе Общественного конгресса «Противодействие контрафакту и фальсификату [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.roszdravnadzor.ru/> (дата обращения 13.01.16).

8.

Ph.D. докторант

Кафедры онкологии и визуальной диагностики

Д.м.н., профессор кафедры онкологии и визуальной диагностики

Резидент кафедры онкологии и визуальной диагностики

Резидент кафедры онкологии и визуальной диагностики

Государственный Медицинский Университет г. Семей

г. Семей, Казахстан

ҚҚ

Қ

Ғ

Ә

ҢӘ

Endothelial dysfunction in patients with colorectal cancer and the effect of combined treatment

The aim of this research is to determine the characteristics of endothelial factors in patients with rectal cancer, in the combined treatment.

The study included 47 patients with III clinical stage of colorectal cancer (TNM), subjected to the combined treatment (radical surgery and postoperative radiotherapy). Among the patients female were 26; men – 21 in age from 45 to 70 years (mean age $61,2 \pm 2,5$ years).

Patients with rectal cancer revealed a complex of disorders, indicating the presence of endothelial dysfunction, such as a sharp increase in the number of circulating endothelial cells, elevated levels of von Willebrand factor and nitric oxide metabolites. There was a sharp deterioration of the function of the endothelium important parameter – endothelium-dependent vasodilation. As a result of operative treatment was noted further deterioration of endothelial function, which may cause cancer and late thrombotic complications.

Зерттеудің мақсаты – тік ішек обырына шалдыққан науқастардағы қан тамырлы эндотели көрсеткішінің өзгеру сатысын анықтау, оның ішінде біріктірілген ем үрдісінде.

Зерттеуге тік ішек обырының III клиникалық сатысындағы біріктірілген емге жатқызылған 47 науқас алынды (TNM), (радикалды операция

және операциядан кейінгі сәулемен емдеу). Науқастар арасында 45-тен 70 дейінгі жас аралығындағы 26 – әйел, 21 – ер адам болды (орташа жас 61,2±2,5 жыл).

Тік ішек обырына шалдыққан науқастарда эндотелиалды дисфункцияның бар екенін дәлелдейтін өзгерістер кешені анықталды, нақтысында айналмалы эндотелиоциттер санының күрт ұлғаюы, Виллебранд факторы құрамының және азот оксиді метаболиттерінің артуы. Эндотелидің маңызды қызмет параметрінің күрт нашарлауы байқалды – эндотелиге тәуелді вазодилатациялар. Операциялық емнің нәтижесінде эндотели қызметінің одан әрі нашарлауы байқалды, бұл тромботикалық және кеш анықталатын онкологиялық асқынуларға себеп болуы мүмкін.

Кіріспе:

Ағзаның барлық жүйелі реакциялары созылмалы, оның ішінде онкологиялық аурулардың дамуында нақты рөл атқарады. Ісіктің пайда болуы, оның өсуі және таралуы бірқатар механизмдердің бақылауында болады: апоптоз стимуляцияларының ішкі және сыртқы факторлары; иммун жүйесі, ісіктің микромаңайы; эндокринді; қан тамырлы және басқа [1, б. 212; 2, б. 455]. Осылардың барлығы өзара байланыста болады. Ісіктің дамуының нақты кезеңдерінде тамырлы механизмдер оның ағымы мен бастапқысын анықтау қатарына жатады [3, б. 1072]. Нақтысында, эндотели қызметінің ерекшелігін көлемді ісіктің неоваскулярлығына негіздейді және сөйтіп, оның өсу мүмкіндігін де [4, б. 353–362]. Қан тамырлы эндотелидің күйі мен оның жүйелі өзгерістері сондай-ақ, ісікке емнен тыс әсер ретінде сияқты оларды жүзеге асыруда да метастаздану үрдісіне ықпал етуі мүмкін [5, б. 563–572].

Зерттеудің мақсаты – тік ішек обырына шалдыққан науқастардағы қан тамырлы эндотели көрсеткішінің өзгеру сатысын анықтау, оның ішінде біріктірілген ем үрдісінде.

Зерттеу материалдары мен әдістері:

Жұмыс 2014–2015 жылдары Қазақстан Республикасы Семей қаласының өңірлік онкологиялық диспансері базасында орындалды.

Науқастарды зерттеуге алу барысында төмендегі критерилер қолданылды: тік ішек обырының верификацияланған диагнозының болуы; жас ерекшелігі 45-тен 70-ке дейін; біріктірілген ем немесе жеке сәулемен емдеу жүргізу; зерттеуге қатысуға хабардарлық келісімнің болуы және алынған деректердің жариялану және басқа да материал тәсілдері ретінде құпия (анонимді) пайдаланылуы.

Алуға болмайтын критерилер: жүрек қан-тамыр ауруларының күрделі формалары; жүйелі васкулиттер; тромбоз қауіпі жоғары болатын басқа да күрделі соматикалық аурулар; химиосәулелі ем жүргізу; материалдарды өңдеуді аяқтауға алғы шарт болатын науқастың зерттеудің кез-келген кезеңінде оған қатысудан бас тартуы.

Зерттеуге тік ішек обырының III клиникалық сатысындағы біріктірілген емге жатқызылған 47 науқас алынды (TNM), (радикалды операция және операциядан кейінгі сәулемен емдеу). Науқастар арасында 45-тен 70-ке дейінгі жас аралығындағы 26 – әйел, 21 – ер адам болды (орташа жас $61,2 \pm 2,5$ жыл).

Операциялық әрекет іш құрсақ аралық экстирпация жолымен жүзеге асырылды. Сәулелі гамма-терапия «Терагам» аппаратында жүргізілді. Бір реттік ошақтық мөлшер (РОД) – 2 Гр; Жиынтық ошақтық мөлшер (СОД) – 60 Гр.

Операциялық әрекет нәтижесін бағалау операциядан кейінгі 45 пациентте, біріктірілген әрекеттен кейінгі 39 пациентте жүзеге асырылды.

Бақылау тобы ретінде 45-тен 65-ке дейінгі жас аралығындағы дені сау 40 адам тексерілді оның ішінде – 22 әйел адам және 18 ер адам орташа жас – $53,7 \pm 2,1$ жыл.

Келесі параметрлер зерттелді: қанда айналмалы эндотелиоциттер құрамының болуы, қанда Виллебранд факторының болуы, қанда азот оксиді (NO) метаболиттерінің болуы; иық артериясына уақытша гипоксиялы сынама жасау кезіндегі доплерэхокардиография жолымен эндотелиге тәуелді вазодилатация.

Топтардағы көрсеткіш айырмашылығының статистикалық мәнін анықтау және гемостаз жүйесі мен эндотели қызметінің көрсеткіші арасындағы түзету дұрыстығы Student бойынша SPSS11.0 бустреп әдісін қолдана отырып жүзеге асырылды. Нөлдік гипотезаны болғызбас үшін мәнің шектік көрсеткіші ретінде $p < 0,05$ қабылдады.

Зерттеу нәтижелері:

1-кестеде тік ішек обырына шалдыққан науқастардағы клиникалық сатысына байланысты қан тамырлы эндотелидің зерттелген параметрлерін сипаттайтын деректер көрсетілген.

1-кесте

| Ө | КК | К | Ғ | Ү |
|---------------|----------------|-----------------|---|-----------|
| Ө | КК | К | Ғ | Ү |
| Ө | КК | К | Ғ | Ү |
| Ө | КК | К | Ғ | Ү |
| ЦЭ, % | $2,0 \pm 0,1$ | $8,5 \pm 0,3$ | | $< 0,001$ |
| ФВ, мкг/мл | $49,6 \pm 3,6$ | $104,7 \pm 9,1$ | | 0,005 |
| Мет.НО, кг/мл | $38,5 \pm 2,5$ | $88,3 \pm 7,4$ | | 0,005 |
| ЭЗВД, % | $22,3 \pm 1,4$ | $11,6 \pm 1,4$ | | 0,011 |

Ескерту – P1 – бақылау тобы және ТІО шалдыққан III клиникалық сатыдағы P2 – IV клиникалық сатыдағы науқастар арасындағы айырмашылықтың статистикалық мәні.

Айналмалы эндотелиоциттердің құрамы анағұрлым жоғары болды. Бақылау тобы деңгейінен артуы 4,25 есені құрады ($p < 0,001$). ФВ деңгейі бойынша да 2,11 ($p = 0,005$) есені құрап, анағұрлым жоғары болды. Метаболиттер NO құрамының жоғары болуы да анықталды, бақылаумен айырмашылық 2,29 есені ($p = 0,005$) құрады. ЭЗВД орташа көлемінің күрт төмендеуі байқалды, бақылаумен айырмашылық 1,92 есені ($p = 0,011$) құрады.

2-кестеде емдеу үрдісіндегі эндотелиалды қызмет параметрлері динамикасының деректері берілген.

2-кесте

ң III К Ф К
ө Н

| ө | К n=40 | КК | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------|-----------|-----------|------------|-------------|--------|--------|--------|-------|-------|
| | | К n=47 | - n=45 | К Ф n=39 | | | | | |
| ЦЭ, % | 2,0±0,1 | 8,5±0,3 | 14,8±0,4 | 10,7±0,2 | 00,001 | 00,001 | 00,001 | 00,01 | 00,04 |
| ФВ, мкг/мл | 49,6±3,6 | 104,7±9,1 | 125,2±14,7 | 115,8±13,6 | 00,005 | 00,003 | 00,004 | 00,06 | 00,09 |
| Мет. NO, мкг/мл | 38,5±2,5 | 88,3±7,4 | 103,3±11,9 | 94,2±10,8 | 00,005 | 00,002 | 00,005 | 00,07 | 00,15 |
| ЭЗВД, % | 22,3±1,4 | 11,6±1,4 | 9,5±1,2 | 12,6±1,6 | 00,006 | 00,004 | 00,007 | 00,09 | 00,13 |

Ескерту – P1 – бақылау тобымен тік ішек обырының III клиникалық сатысындағы науқастар арасындағы айырмашылықтың статистикалық мәні, бастапқыда, P2 – операциядан кейін, P3 – Сәулемен емдеуден кейін, P4 – бастапқы мен операциядан кейінгі жағдай аралығы, P5 – бастапқы мен SE аяқталу арасындағы.

Операциялық емнен кейін пациенттерде бастапқыға қарағанда қанда ЦЭ құрамының анағұрлым ұлғаюы байқалды. Бастапқымен салыстырғанда арту сатысы 1,74 есені құрады ($p = 0,01$), ал бақылау тобына қатысты артуы 7,42 есені құрады ($p < 0,001$). Сондай-ақ, аталмыш көрсеткіштің өсуі сәулемен емдеу кезінде де байқалды. Аталмыш жағдайда бақылаудан артып кетуі 5,35 есені құрады ($p < 0,001$).

Сондай-ақ, патология мен операциялық әрекет нәтижесінде эндотелидің зақымдануын көрсететін ФВ құрамының көбеюі де анықталды. Операциядан кейінгі бірден арту сатысы 2,52 есені құрады ($p = 0,003$), ал сәулемен емдеу курсы аяқтау бойынша – 2,32 есені құрады ($p = 0,004$). Осының өзінде бастапқымен статистикалық мәндегі айырмашылық болған жоқ.

NO метаболиттер құрамының одан әрі өсуі тіркелді. Операциядан кейінгі бақылаумен айырмашылық 2,68 есеге жетті ($p = 0,002$), сәулемен емдеу курсының аяқталуы бойынша – 2,45 есені құрады ($p = 0,005$).

ЭЗВД орташа көлемінің азаюы тек операциядан кейінгі кезеңде ғана бақылаумен айырмашылық 2,35 есені құраған кезде ($p=0,004$) анықталды. Сәулемен емдеу жүргізу кезінде көрсеткіштің өсу тенденциясы болды.

Қорытынды:

Тік ішек обырына шалдыққан науқастарда анық эндотелиалды дисфункция туралы нақтылайтын көрсеткіштер кешені байқалады. Ісік үрдісінің, сондай-ақ жартылай қосалқы аурулардың болуы эндотелиоциттердің физикалық зақымдануын негіздейді. Осы үрдістер және осы жасушалардың апоптоз белсенділігі айналмалы эпителиоциттер санының күрт ұлғаюының болуымен нақтыланады. Бір мезгілде негізгі көзі эндотелий болып табылатын, Виллебранд факторы – гемостаз белсендіргіштер қатарына жататын қосылыстар құрамының жоғарылауы байқалады [6, б. 823–830]. Эндотелидің зақымдануы мен дисфункциясының тағы бір белгісі ретінде азот оксиді метаболиттер құрамының артуы [8, б. 115–121]. Біздіңше, аталмыш жағдай аймақтық қан айналымының өзгерісі бар науқастардағы оксидативті күйзеліспен пара-пар [9, б. 443–459]. Қорытындысында ЭЗВД – эндотелидің маңызды функционалдық параметрінің күрт нашарлауы байқалады [10, б. 719–741].

Аталмыш өзгерістер бірқатар жағымсыз нәтижелерге себеп болуы мүмкін. Қатерлі ісікке шалдыққан науқастардағы тромботикалық асқынулардың ұлғаю қаупі анағұрлым дәлелді деп саналады [11, б. 70–75]. Операциядан кейінгі асқынулардың даму қаупіне эндотелиалды дисфункцияның жағымсыз ықпалының мүмкіндігі, сондай-ақ алшақ кезеңдегі рецидивтер мен метастаздар аз зерттелген.

Ә

1. Имянитов Е. Н., Хансон К. П. Молекулярлы онкология: клиникалық аспектілер / Е. Н. Имянитов, К. П. Хансон // – СПб: МАПО. – 2007. – Б. 212.
2. Брюсова П. Г., Зубарева П. Н. Клиникалық онкология / П. Г. Брюсова, П. Н. Зубарева // – СПб. СпецЛит. – 2012. – Б. 455.
3. Чисова В. И., Давыдова М. И. М. Онкология. Ұлттық басшылық // В. И. Чисова, М. И. Давыдова. – М. Гэотар-Медиа. – 2008. – Б. 1072.
4. Ichihara E, Kiura K, and Tanimoto M. Targeting Angiogenesis in Cancer Therapy / E. Ichihara, K. Kiura, and M. Tanimoto // Acta Med. Okayama. – 2011. – Vol.65. – Б. 353–362.
5. Chambers AF, Groom AC, MacDonald IC. Metastasis: Dissemination and growth of cancer cells in metastatic sites / AF Chambers, AC Groom, IC MacDonald // Nat Rev Cancer. – 2002. – Б. 563–572.
6. Al-Dissi AN, Haines DM, Singh B, Kidney BA. Immunohistochemical expression of vascular endothelial growth factor and vascular endothelial growth factor receptor associated with tumor cell proliferation in canine cutaneous squamous cell

carcinomas and trichoepitheliomas / AN Al-Dissi, DM Haines, B Singh, BA Kidney // J. Pathol. — 2007. — Б. 823–830.

7. Olas B. Gasomediators (NO, CO, and H S) and their role in hemostasis and thrombosis. B. Olas / Clin Chim Acta // 2015. — 445. — Б. 115–121.

8. Vairappan B. Endothelial dysfunction in cirrhosis: Role of inflammation and oxidative stress. B. Vairappan / World J Hepatol // 2015. —7(3). — Б. 443–459.

9. Su JB. Vascular endothelial dysfunction and pharmacological treatment. JB Su / World J Cardiol // 2015. — 7(11). Б. 719–741.

10. Levi M. Cancer-related coagulopathies. M. Levi / Thromb Res // 2014. — 133 Suppl 2. — Б. 70–75.

9.

*ассистент кафедры патологической физиологии им. Д.Е. Альперна
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина*

Здоровье во всех обществах и системах ценностей входит в число исторически непреходящих ценностей, что детерминируется психофизической конституцией человека, чувством самосохранения, присущим всему. Технический прогресс, загрязнение окружающей среды, усиление воздействий на здоровье различных биологических, психологических и социально-экономических факторов, значительный рост стрессогенности современного образа жизни увеличивают риск развития заболеваний. Становится актуальной необходимость изучения перехода от здоровья к болезни, который рассматривается, как процесс постепенного снижения способности организма приспособляться к изменениям социальной среды, окружающим условиям, что в итоге ведет к снижению общественных, социальных и трудовых функций.

Профессия медицинского работника привлекает к себе с каждым годом все больше молодежи, несмотря на то, что все знают, что подготовка к ней трудная, длительная, требует от студентов-медиков гораздо больше настойчивости и самоотречения, чем от студентов других учебных заведений. Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность, психофизическое напряжение и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Стрессовые ситуации, возникающие во время учебы и на практике — это обычное и часто возникающее явление. Продукция иммунных клеток заметно падает в период физического или психического стресса, кроме того при стрессе у реактивных людей, легко впадающих в гнев, в кровь выбрасывается большое количество стрессовых гормонов. В свою очередь кортизол играет ключевую роль в защитных реакциях организма на стресс и необходим для адаптации организма в меняющихся условиях окружающей среды [1, с. 21–30].

По мере обучения в вузе у будущих врачей меняется эмоциональное состояние: от беспечности, расслабленности, безмятежности у первокурсников

наблюдается сдвиг в сторону тревожности, напряженности и большей душевной мягкости у третьекурсников. Очевидно, это обусловлено тем, что с третьего курса студенты-медики начинают общаться с больными. Так, сопоставление эмпатичности будущих врачей — студентов медицинского вуза и отношения к больным, с которыми студенты имели контакт в течение двух недель, показало, что у высокоэмпатичных студентов положительное отношение к больным возросло по сравнению с первым впечатлением, в то время как у 50% низкоэмпатичных отношение не менялось, либо наблюдалось ухудшение отношения к больному [2, с. 72–74].

Профессиональная адаптация является необходимой для будущих врачей. У студентов, которые в начале своей профессиональной деятельности очень бурно переживают все события, тяжело влияющие на психику больных, например, страдания, смерть больных, операции, кровотечения, проявление психических заболеваний и т.д., постепенно развивается определенная эмоциональная сопротивляемость. В физическом отношении студент постоянно чувствует усталость, отсутствие сил, сниженный энергетический тонус, у него падает работоспособность и появляются различные симптомы физических недугов: головные боли, бессонница, потеря аппетита и т.д. [3, с. 82–83].

Целью исследования явилось изучение тех механизмов, которые лежат в основе реактивности, поскольку от них зависит сопротивляемость и устойчивость организма к воздействию болезнетворных агентов. Наибольшее воздействие на проявления реактивности организма оказывают гормоны передней доли гипофиза, стимулирующие секрецию гормонов коры надпочечников. Оценить условия жизни студентов постоянно проживающих в городе и области и приехавших на учебу из других регионов, определить уровни адаптации и распространенность донозологических состояний среди студентов-медиков [4, с. 238–241].

Объектами наблюдения были студенты 1–3 курсов Харьковского национального медицинского университета (124 студента) и студенты 1–3 курсов Харьковского национального университета им. В. Н. Каразина (92 студента). Индекс физического здоровья включал в себя данные тестирования и исследование количества кортизола и иммунограмм. Индекс ментального здоровья включал обобщенные данные педагогического контроля и психологического тестирования.

В результате проведенного исследования были выделены две группы студентов. Первая группа — студенты с устойчивой достаточной адаптацией (52%). Почти все они занимаются дополнительной двигательной активностью организованно. Вторая группа студентов (48%) отличалась слабыми адаптационными возможностями.

Адаптация студентов медицинского вуза к учебной нагрузке сопровождается умеренной (средней) тревожностью, однако часть студентов

(38,4%) испытывает высокую ситуативную тревожность, при этом высокая личностная тревожность выявлена лишь у 34,3% студентов. Такие перегрузки становятся иногда причиной стрессов, которые могут привести к срыву адаптации.

К третьему курсу обучения в медицинском вузе большая часть студентов (77,9%) полностью адаптирована к учебным нагрузкам и окружающей среде за счет активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что указывает на использование более экономного для организма пути адаптации. При сравнении зависимости уровней тревожности от уровня кортизола в крови установлено, что у приезжих студентов уровень кортизола выше нормальных показателей, что наряду с выявленной симпатикотонией указывает на напряжение регуляторных систем, обеспечивающих приспособление к новому образу жизни. В то же время длительное напряжение процессов регуляции опасно тем, что следствием интенсификации жизненных процессов являются ускорение темпа старения и развитие донозологических состояний [5, с. 119–120].

Успешность адаптации студентов к учебной деятельности зависит не только от морфофункционального и психофизиологического развития, эмоциональной и интеллектуальной саморегуляции, но и способности компенсировать некоторые личностные свойства, а также от выполнения гигиенических требований к организации учебного процесса и ведения здорового образа жизни.

Общеизвестно, что общая продолжительность рабочего времени студента 9–11 часов в день, а в сессионный период может возрасти до 12–15 часов. Нами установлено, что в среднем студент-медик отдыхает 7–8 часов в день, важно отметить, что в это значение включен и сон. При этом возрастает объем информации для изучения. Такие перегрузки становятся иногда причиной стрессов, которые могут приводить к срыву адаптации.

Проведенные эксперименты показали, что в стадии патологического эмоционального стресса и постоянной тревожности страдают функции мозга, возникают невротические реакции. Будущий студент-медик должен закалывать свою волю в отношении конфликтных, стрессовых ситуаций, вырабатывать к ним своего рода защитную реакцию, т.е. уметь владеть собой. Создание психологического комфорта в коллективе, то есть когда взаимоотношения с однокурсниками определяются общей целью, доверием и взаимопомощью, имеются условия для профессионального роста, правильно отлажена система мотивации в учебе [6, с. 192–194].

Студенты медицинского вуза должны не только получать профильное медицинское образование, но и укреплять психофизическое здоровье, прививать навыки культуры здоровой жизнедеятельности, повышать эффективность социального взаимодействия, через которое происходит становление профессионала в области здравоохранения.

1. Пшенникова М. Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии /М.Г.Пшенникова //Патофизиология и экспериментальная терапия. 2000. — № 4. — С. 21–30.

2. Савилов Е. Д. Использование адаптационных реакций в качестве критерия оценки, состояния здоровья /Е.Д.Савилов, С. Н. Жданова, Е. С. Савилова //Гигиена и санитария, 2002. № 4. — С. 72–74.

3. Бисалиев Р. В., Куц О. А., Кузнецов И. А., Деманова И. Ф. Психологические и социальные аспекты адаптации студентов // Современные наукоемкие технологии. — 2007. — № 5. — С. 82–83.

4. Севрюкова Г. А. Характеристика функционального состояния и регуляторно-адаптивных возможностей организма студентов в процессе обучения в медицинском вузе: дисс. д-ра биол. наук. Майкоп: АГУ, 2012. — С. 23–241.

5. Чернышова Л. А. Социально-психологическая адаптация студентов в медицинском вузе. //В мире научных открытий: матер. науч. конф. Самара: СГМУ. 2010. — С. 119–120.

6. Фильчаков С. А., Чернышева И. В., Шлемова М. В. Актуальные проблемы здоровья студентов // Успехи современного естествознания. — 2013. — № 10. — С. 192–194.

10.

к.м.н., и.о. доцента

преподаватель,

к

преподаватель

*«Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия»
г. Шымкент, Казахстан*

В данной статье приведены данные по изучению вопросов питания и физической активности среди лиц страдающих артериальной гипертензией. У большинства респондентов выявлены серьезные нарушения в диете и низкая приверженность к рациональному питанию.

: артериальная гипертензия, профилактика, питание.

Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу самых распространенных заболеваний во всем мире. АГ является «молчаливым» фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф (Ridker и соавт., 2001). Нормализация АД ассоциирует со снижением инсульта на $38\pm 4\%$, инфаркта миокарда и внезапной смерти на $16\pm 4\%$ (исследования STOP, EWPHE, SHER, MRC и др.). Весьма важным в лечении АГ, вне зависимости от степени, является немедикаментозное лечение, направленное на коррекцию факторов риска (С. Halsted, 1999; I. Steven, 1999; K. Kolasa, 1999) [1, с. 121–126; 5, с. 190–195].

В России, по данным ВНОК (2010 г.), стандартизованная по возрасту распространенность АГ составила 42,9% у женщин и 36,6% у мужчин. В современной превентивной кардиологии общепринятым является представление о необходимости комплексного подхода к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с артериальной гипертензией (АГ): не только достижение целевых показателей артериального давления (АД) и устранение факторов риска (ФР) АД (избыточное потребление поваренной соли, недостаток регулярной физической активности, избыточная масса тела, избыточное потребление алкоголя), но и одновременное привлечение внимания к другим ФР (нездоровые

стереотипы питания, курение, гиперлипидемия, нарушение углеводного обмена, стрессы и др.) и их коррекция [1, с. 121–126; 4, с.13–16; 5, с. 140–141].

В современных условиях повсеместного роста числа людей с избыточной массой тела все более актуальной становится роль диетотерапии в лечении и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [3, с. 25–29]. Доказано, что индивидуально подобранные диеты эффективны лишь при параллельно проводимых беседах с врачом [2, с. 98–100].

: оценка пищевого поведения пациентов страдающих артериальной гипертонией. Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий блок вопросов по оценке питания.

. Нами были проанкетированы 137 пациентов в возрасте 40–79 лет, имеющие систоло-диастолическую или изолированную систолическую АГ. Из них 40% составили мужчин и 60% женщины, средний возраст 62 года. Антропометрическим методом были определены рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), уровень систолического и диастолического артериального давления.

У преимущественного большинства выявлен отягощенный анамнез. Из обследованных 60% указали в семейном анамнезе наличие больного страдающего АГ, 30% ответили отрицательно и 10% абсолютно не знают о возможной наследственной предрасположенности к гипертонии.

Больные, страдающие АГ были распределены в зависимости от показателей ИМТ, от возрастных и половых особенностей (табл. 1). Половина 50% от общего количества женщин страдающих АГ относятся к группе с избыточной массой тела (предожирение), ИМТ 25–29,9; 14,7% — имели ожирение, ИМТ 30–39,9; с выраженным ожирением ≥ 40 — ИМТ 5,8%. Среди мужчин 75% имеют ИМТ 25–29,9 — избыточную массу тела; 18,7% ИМТ 30–39,9 — ожирение. Несмотря на высокий удельный вес лиц страдающих избыточной массой тела, как среди женщин, так и среди мужчин, 46% опрошенных не совсем осведомлены о не рекомендуемых при АГ и ожирении продуктах питания, а 12% признаются, что вообще не знают о правильном питании при их состояниях.

В контроле над артериальным давлением (АД) ведущую позицию занимает ограничение поступления хлорида натрия — ежедневное употребление соли рекомендуется снизить до 3–5г в сутки; 6г соли в день принято считать верхней безопасной границей [3]. На вопрос как часто употребляете соленую, острую пищу, 34% указали 2–3 раза в течении недели, 28% еженедельно, 14% несколько раз в месяц.

(%) ≥ 40
()

| | % | | | | | |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 40–49 | 50–59 | 60–69 | 70–79 | 80–89 |
| > 18,5 | - | - | - | - | - | - |
| 18,5–24,9 | 29,4 | 28 | - | - | 33 | - |
| 25–29,9 | 50 | 57 | - | 63 | - | 50 |
| 30–39,9 | 14,7 | 7 | 72 | 37 | 34 | 50 |
| ≥ 40 | 5,8 | 7 | 28 | - | 33 | - |
| % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Средний ИМТ женщин – 27,8 | | | | | | |
| > 18,5 | - | - | - | - | - | - |
| 18,5–24,9 | 6,2 | - | - | 25 | - | - |
| 25–29,9 | 75 | 100 | 66 | 75 | 66 | - |
| 30–39,9 | 18,7 | - | 34 | - | 34 | - |
| ≥ 40 | - | - | - | - | - | - |
| % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Средний ИМТ мужчин – 27,4 | | | | | | |

Одним из проблемных моментов в вопросах питания больных с АГ, особенно в наших регионах, где много многодетных семей является то, что 82% едят пищу приготовленную для всех членов семьи без учета врачебных рекомендаций. Данный факт может в корне поставить под угрозу всю проводимую лекарственную терапию и свести ее к нулю. Не придают этому особого значения 10% опрошенных и лишь 8% стараются готовить отдельно для себя с учетом своего заболевания.

В данном исследовании 1/3 пациентов указали, что вопреки этой информации продолжают ежедневно употреблять жирное мясо, а 42% потребляют реже и лишь 8% придерживаются данных рекомендаций. При оценке структуры потребления фруктов пациентами с АГ выявлено, что 30% опрошенных потребляют их очень редко и лишь 40% гипертоников 2–3 раза в неделю.

Регулярные нормированные физические упражнения благоприятно отражаются на кардиореспираторной системе. На вопрос уделяют ли время утренней гимнастике, более половины – 56% ответили «нет», 32% – только изредка. Из опрошенных 16% курят ежедневно. Спиртные напитки регулярно потребляют 4%, редко выпивают – 20% больных АГ. Около половины 42% имеют пристрастие к кофе и крепкому чаю, 26% склонны к ним чуть реже.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать заключение, что рационы больных АГ не отвечают гигиеническим требованиям и поэтому требуются соответствующие коррекции в рационы питания исследуемых. Исследованием установлено, что фактическое питание пациентов не соответствует принципам рационального питания и является фактором риска развития АГ.

Одним из основных элементов в комплексе профилактических и лечебных мероприятий при сердечно-сосудистых заболеваниях является диетотерапия, которую надо использовать не только в стационаре, но и дома, в амбулаторных условиях.

Наблюдается также недостаточная грамотность населения в области рационального питания. При этом 70,5% женщин и 93,7% мужчин имеют избыточную массу тела.

Важным принципом питания для профилактики АГ является то, что речь, собственно, не идет о диете. Низкожирового типа питания с высоким содержанием овощей, фруктов и зелени должно придерживаться здоровое население с детского возраста, следовательно — это не диета, а образ жизни.

1. Литвяков А. М., и др. Роль некоторых факторов в формировании АГ// Вестник Витебского гос. Мед. Универ-та. — 2005. — том 4. № 1. — С. 121–126.

2. Чернобельский Г. Н., и др. Функциональные продукты в первичной профилактике сердечно-сосудистой патологии// Дальневосточный медицинский журнал. — 2005. — № 2. — С. 98–100.

3. Дзгоева Ф. Х. Диетотерапии ожирения: от снижения массы тела до коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний// Ожирение и метаболизм. — 2008. — № 4. — С. 25–29.

4. Баглушкина С. Ю., Тармаева И. Ю. Алиментарно-зависимые факторы риска артериальной гипертензии// Бюллетень восточно-сибирского научного центра со РАМН. — 2012. — № 2–1. — С. 13–16.

5. Блинова В. В., Скворцов Ю. И. Качество жизни больных АГ с метаболическими нарушениями в зависимости от динамики степени ожирения при диспансерном наблюдении различной кратности// Бюллетень мед. интернет-конф. — 2013. — Том 3 № 2. — С. 140–141.

11.

*кандидат социологических наук,
доцент кафедры «Прикладная социология»
Финансовый университет при Правительстве РФ,
г. Москва, Россия*

:

Сложная социально-экономическая ситуация в России: повышение цен, кризис, инфляция, изменения цен на внешнем рынке — поглотили выделенные экономические ресурсы в здравоохранение, и, как следствие, резко обострили проблемы в различных отраслях. Реформирование медицины необходимо и оно проводится, но следует разобраться, как оно проходит, какие последствия, какие плюсы и минусы вызывает та или иная реформа.

Реформа «О сокращении коечного фонда» была разработана правительством России еще в 2001 году, но она продолжает свое действие с новой силой на территории Москвы и всех регионов России [3]. Государство хочет разделить все койки на две категории — те, которые находятся в городских больницах и социальные. Первые предназначены для лечения острых, тяжёлых больных, людей, которым нужна специализированная помощь. Предполагается, что в этой части должна быть сконцентрирована вся мощь медицины, лучшие кадры и хорошее оборудование. Социальные койки созданы в целях улучшения медицинской и социальной помощи одиноким больным гражданам пожилого и старческого возраста и одиноким тяжелобольным инвалидам, нуждающимся по состоянию здоровья в поддерживающем лечении. Кроме того, власти хотят сократить стационарное обслуживание в Москве, чтобы в городе было больше амбулаторной помощи. Это означает, что с сокращением коек происходит объединение медицинских учреждений, следовательно, и сокращение персонала.

Прошлой осенью в Москве также с новой силой вступила в действие реформа здравоохранения «О реорганизации государственных бюджетных учреждений здравоохранения». Столичные власти заявили о масштабной ликвидации больниц и сокращении врачей и медсестёр. Медики протестовали, но это не повлияло на планы городского руководства [6]. В феврале 2015 года департамент социальной защиты доложил об

увольнении более 8 тысяч медработников. После начала преобразований в финансировании здравоохранения «Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» лишились работы десятки тысяч сотрудников государственных клиник. У остальных значительно выросла нагрузка. Все эти факторы очень тесно связаны и последствия на практике очевидны. В качестве альтернативы у горожан остаётся в основном платная медицина.

В апреле 2015 года Министерство финансов РФ представило план под названием «Оптимизация сети и численности работников государственных и муниципальных учреждений». Это новое направление работы в реформе здравоохранения «О реорганизации государственных бюджетных учреждений здравоохранения» [4]. Целью реформы по приведенному Минфином плану входит приведение в соответствие состава и содержания государственных (муниципальных) услуг и работ, гарантиям и обязательствам государства при одновременном повышении качества и доступности оказываемых услуг и выполняемых работ [9]. В документе Минфин констатирует, что численность работников бюджетной сферы в России превышает аналогичные показатели развитых стран, а количество специалистов в образовании и здравоохранении — «превышает значительно». По статистике Минфина число врачей на 10 тыс. человек населения в России — 43,1, когда в таких странах как Германия, Италия, Чехия показатель составляет всего — 35. Более того, для эффективного и быстрого снижения подобного показателя, государство уже несколько лет подряд сокращает расходы на здравоохранение: в 2012 году они составили 4,8% бюджета, в 2013-м — 3,8%, в 2014-м — 3,6%, в 2015-м — 3,3%, в 2016-м планируется потратить 2,9% от ВВП [10].

Таким образом, очевидно, что государство сокращает финансирование этой сферы для удаления лишних рабочих рук, но негативные последствия происходят из-за того, что уровень здоровья в России и в развитых странах слишком отличаются, и возможно, нашим гражданам просто необходимо большое количество госслужащих в системе здравоохранения.

Анализ социальной эффективности системы здравоохранения основывается на выборе эмпирических индикаторов, позволяющих оценивать функционирование здравоохранения в социальной сфере общественной жизни.

Одним из основных критериев социальной эффективности выступает показатель доступности медицинской помощи, который может измеряться с точки зрения реальных временных и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением могут служить показатели средней

удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи.

К субъективным индикаторам доступности медицинской помощи относится состояние общественного мнения, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества или конкретной социальной группы [2].

Анализируя общественное мнение по данной проблематике, обратимся к некоторым результатам социологических исследований. Так, например, Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в ноябре 2014 года было завершено масштабное исследование об отношении населения к системе здравоохранения. Исследование «Удовлетворенность населения системой здравоохранения», показало, что положительно высказались о состоянии российского института здравоохранения — 44% респондентов. Стоит отметить, что именно наиболее молодые участники опроса высказались более оптимистично [8]. Такой результат может быть связан с тем, что молодое население не чувствует резкой необходимости в медицинских услугах и меньшей степени ощущает на себе определенные последствия реформирования здравоохранения. Тем не менее, треть участников данного опроса обратили внимание на то, что ситуация в системе здравоохранения России улучшается (32%). Для наглядного анализа и сравнения данных стоит отметить, что в 2014 году Левада-центр проводил подобное исследование и уверенность в том, что ситуация в здравоохранении улучшается, выразили всего лишь 20% респондентов. Большинство опрошенных (65%) считают качество оказания медицинских услуг в государственных больницах и поликлиниках низким. Менее оптимистично респонденты оценили показатель времени ожидания оказания медицинской помощи — 64%. Не оценили работу врачей 40% опрошенных. Однако большинство респондентов (59%) считают, что реформы, сокращение и укрупнение больниц, усложнили доступ к узким специалистам и доступ к получению места в стационаре. Данная оценка негативно влияет на степень удовлетворенности населения медицинской помощью. Ведь, реформы созданные улучшить доступность к медицинским специалистам, зачастую создают обратную ситуацию. Поэтому в принципе оценка населением системы здравоохранения и ее реформирования — низкая. Скорее всего, данные показатели связаны с основными проблемами российской медицины — очередями, трудностями с записью на прием, нехватка специалистов из-за повсеместных сокращений по причине слияний больниц, что ведет к чрезмерной нагрузке врачей и снижает качество помощи.

По данным Росстата в январе-июле 2014 года показатель роста смертности составлял — 13,3 на тысячу населения, а на январь-июль 2015 года

рост смертности составил — 1,5%, достигнув показателя 13,5 на тысячу населения. При этом рождаемость из расчета на тысячу населения за семь месяцев 2015 года снизилась на 0,8%. В итоге естественная убыль населения составила 35,2 тысячи человек [4]. Данные показатели являются косвенными при оценке уровня эффективности реформирования здравоохранения. Тем не менее, подобные негативные изменения в статистике, возможно, связаны, в том числе и с резким сокращением коечного фонда российской медицины и с невозможностью оказать необходимую медицинскую помощь вовремя загруженным персоналом.

Российский исследовательский холдинг Ромир в 2015 году провел исследование на тему «Удовлетворенность государственной и частной медициной в условиях реформирования системы здравоохранения» [7]. Этот опрос включает в себя сравнение оценок платной и государственной сферы здравоохранения. Полученные значения индекса важности различных параметров при выборе клиники оказались высокими и очень высокими. А это означает, что россияне предъявляют высокие требования к качеству медицинских услуг. В первую же очередь российские пациенты обращают внимание на стоимость услуг (90,2%). Следующие параметры — уровень технической оснащенности, вежливость персонала, квалификация врачей, уровень обслуживания, стаж работы врача, доступность и полнота консультаций отметили от 88% до 89,7% респондентов.

Интересно сравнить индексы удовлетворенности бесплатными и платными медицинскими услугами. Значения индекса по бесплатным услугам превосходят индекс по платным услугам только по двум параметрам — стоимость услуг: 62% и 48% из числа респондентов. Месторасположение клиники — 66,5% и 65% соответственно. В вопросе удовлетворенности платными и бесплатными услугами россияне поставили высокие оценки и государственным и коммерческим клиникам. Хотя степень удовлетворенности услугами платной медицины все же выше, чем при оценке бесплатных услуг. В первую очередь бесплатные медучреждения проигрывают по уровню технической оснащенности, вежливости персонала и общему уровню обслуживания. Причиной этого они видят в плохом финансировании системы бесплатного здравоохранения России.

Далее, анализируя исследование «Доступность и качество российского здравоохранения: в оценке пациентов», проведенное в июле 2015 года ВЦИОМ, можно отметить, что россияне видят медицинскую помощь доступной как никогда, но низко оценивают ее качество [1]. О государственных поликлиниках и больницах большинство опрошенных отозвалось негативно. В первую очередь респонденты указывают на низкое качество медицинских услуг и непрофессионализм медперсонала. Пользуются услугами бюджетных медицинских учреждений — 60% респондентов. Эта часть населения идет в государственные поликлиники

за медицинской помощью. А индекс доступности медицинской помощи — это частота обращения жителями страны в бюджетные медицинские организации и он составил 38 пунктов. Это также самый высокий результат с 2006 года. Такой показатель при общей негативной оценке может оправдаться тем, что улучшились условия оказания услуг при наличии медицинского страхования. Тем не менее, две трети респондентов — 65% дали низкую оценку качеству получаемых медицинских услуг. Менее трети россиян (24%) оценивают качество услуги скорее как высокое. Наиболее актуальными проблемами российского здравоохранения россияне считают низкое качество медицинских услуг — 50% и недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей — 49%. Реформа слияния медицинских учреждений, по мнению 50% опрошенных, усложнило доступ к специалистам. 39% респондентов дают негативную оценку реформе здравоохранения, 21% считают, что с нововведениями в этой системе доступ к услугам стал легче. Лишь 19% респондентов считают, что реформа позволяет легче получить место в стационаре.

Исследование агентства Блумберг «Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения», проведенное в 2014 году показало, что первое место по всем показателям занимает Сингапур, набравший 78,6 балла. Средняя ожидаемая продолжительность жизни в этой стране — 82 года, показатель государственных затрат на здравоохранение 4,5% от ВВП, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения — 2,426 \$. Последнее 51 место в рейтинге заняла Россия, которая была включена в список впервые в 2014 году и набрала только 22,5 балла. В предыдущем исследовании Россия не была представлена по причине того, что средняя продолжительность жизни населения страны на тот момент составляла 69 лет. При нынешнем подсчете средняя продолжительность жизни россиян составляет 70,5 лет, доля расходов на здравоохранение — 6,3% от ВВП, стоимость медицинских услуг на душу населения — 887\$.

По мнению общественности и экспертов, главный минус реформ в российском здравоохранении это ухудшение качества услуг и уменьшение доступности специалистов в этой сфере. К наиболее существенным недостаткам реформирования в системе здравоохранения россияне относят: сокращение финансирования социальных нужд граждан, здравоохранения в том числе; сокращение численности коечного фонда; снижение численности больничных организаций. Данные минусы вызвали определенные негативные последствия, сказавшиеся на качестве и доступности медицинских услуг для населения.

Если говорить о положительных сторонах реформирования здравоохранения, то это: увеличение показателя пользования услугами здравоохранения; увеличение удовлетворенности населением ценами на услуги

в бюджетных учреждениях; возрастание уровня доверия к системе здравоохранения; увеличение мощности врачебных амбулаторно-поликлинических организаций [5, с. 104–109]. Все эти положительные последствия реформирования системы российского здравоохранения существенно влияют на улучшение показателей продолжительности жизни и снижения смертности.

В заключение хотелось бы отметить некоторые рекомендации по увеличению эффективности работы системы здравоохранения, которые выделяют российские эксперты. Они считают, что эти рекомендации могут применяться на практике — это изменение принципов сокращения численности медицинских учреждений; внедрение новых государственных программ социальной направленности; изменение принципов территориального распределения медицинских учреждений; увеличение финансирования системы здравоохранения из бюджета Российской Федерации.

1. ВЦИОМ \ [Электронный ресурс] URL: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 03.12.2015).

2. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения \ [Электронный ресурс] URL: <http://medbe.ru/materials/obshchestvennoe-zdorove-i-zdravookhranenie/meditsinskaya-sotsialnaya-i-ekonomicheskaya-effektivnost-zdravookhraneniya/> (дата обращения: 19.12.2015).

3. Медицинский портал \ [Электронный ресурс] URL: <http://rudocor.net/medicine2009/bz-yw/med-cmdaq.htm> (дата обращения: 19.12.2015).

4. Официальный сайт Госкомстат РФ. Статистические данные системы здравоохранения \ [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (дата обращения: 23.12.2015).

5. Попович Л. С., Потапчик Е. Г., Салахтудинова С. К., Селезнева Е. В., Шейман И. М. Шишкин С. В. Модернизация здравоохранения. Новая ситуация и новые задачи // Дело, РАНХиГС. 2015. С. 104–109

6. Профсоюз работников здравоохранения РФ \ [Электронный ресурс] URL: http://www.przrf.ru/info/selskoe_zdravoohranenie/ (дата обращения: 13.12.2015).

7. РОМИР \ [Электронный ресурс] URL: http://romir.ru/studies/686_1436216400/ (дата обращения: 18.12.2015).

8. Сайт Кремля \ [Электронный ресурс] URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/50201> (дата обращения: 19.12.2015).

9. Сайт Минфин РФ \ [Электронный ресурс] URL: <http://www.minfin.ru/ru/> (дата обращения: 14.12.2015).

10. Центр развития» НИУ ВШЭ \ [Электронный ресурс] URL: <http://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/70845281> (дата обращения: 15.12.2015).

12.

Akhetova Nataliya

*graduate student of endocrinology department
at Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Almaty, Kazakhstan*

THE EXPERIENCE OF CONTINUOUS SUBCUTANEOUS INSULIN INJECTIONS APPLICATION IN TREATMENT OF WOMEN WITH DIABETES MELLITUS

Resume

The successful course and outcome of pregnancy complicated by diabetes depends on many factors, the most important of which is to achieve diabetes compensation. The usage of continuous subcutaneous insulin therapy allows the disease to seek compensation in a shorter period of time.

The aim of the study is to evaluate the effectiveness of the treatment of pregnant women with diabetes by continuous subcutaneous insulin infusion (CSII).

Material and methods. In the period between 2013 and 2015 at the Diabetes Center of KazNMU named after Asfendiyarov more than 20 women with pregestational diabetes were transferred from multiple subcutaneous injections of insulin to treatment by continuous insulin pump therapy. Patients were observed during the whole preparation for pregnancy, during pregnancy and two months after delivery. HbA1c level measurements were taken before transfer to CSII method and every month after transfer.

Results and discussion. Studies have shown that the level of HbA1c ranged from 6.2% to 13.5% (8.4 ± 1.89) in the study group of pregnant women under multiple insulin injections method. After the transfer to CSII HbA1c levels fluctuated in a range from 5.5% to 10.0% (6.78 ± 1.03). Moreover, the average level has been reduced absolutely in all observed cases. The high negative correlation between the level of HbA1c and term delivery ($r = -0.85$), and a high negative correlation between HbA1c and Apgar scores of newborns ($r = -0.63$) were established.

Conclusion. Preliminary results show the clinical effectiveness of insulin pump therapy in treatment of pregnant women with diabetes mellitus.

Key words: pregnancy, diabetes, insulin pump therapy.

It is well-known that the full diabetes compensation has a significant impact on safekeeping of pregnancy among women with diabetes mellitus. One of the main indicators of adequate compensation of diabetes is the level of glycosylated hemoglobin (HbA1c) in the blood of patients. The level below 6.0% [1, p.77] is required for the normal development of fetus. Different researches show that the high level of HbA1c during the first trimester of pregnancy (when the genesis of viscera take place) correlates with the high rate of congenital defects in development of infant, as well as with the high rate of miscarriage [2, p. 39–41;3, p. 945–958; 4, p.10–14, 5].

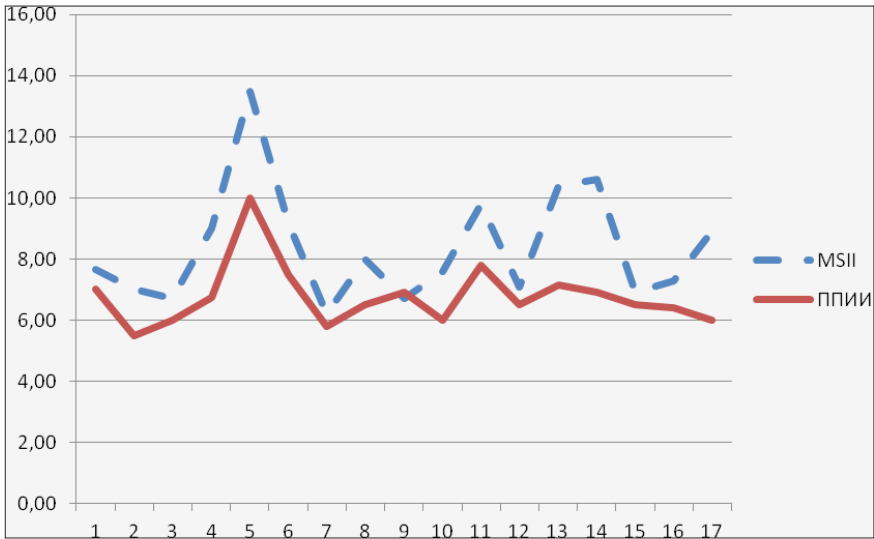
The use of insulin pump by pregnant women allows decreasing the level of glucose in blood significantly. Similar researches [6, p. 37–43] show that 94.7 per cent of women who started using insulin pumps during pregnancy period, continued to use them after accouchement, explaining that it allows the best monitoring of glucose level and improves the quality of life.

The aim of our study is to evaluate the effectiveness of treating pregnant women suffering from diabetes mellitus via continuous subcutaneous insulin infusion method (CSII).

Since 2013, women with diabetes mellitus living in Almaty have an opportunity to receive the required qualified stationary service at the Diabetes Center of KazNMU named after Asfendiyarov.

In a period between 2013 and 2015 more than 20 women with pregestational diabetes were transferred from multiple subcutaneous insulin injections to continuous pump insulin therapy, under the supervision of specialists from the Center. Currently we have a data on a group of 17 women who were followed by endocrinologists from the Center of Diabetes during both pregnancy and post-pregnancy periods. All women have passed through necessary diagnostics on the presence of diabetes complications and associated diseases. Neither absolute nor relative contraindications to pregnancy were identified in all cases. Moreover, every woman has participated in individual training course. During the whole period of pregnancy patients were keeping diaries of self-control and were measuring glucose level at least 6–8 time a day via personal meters just before and one hour after eating. The evaluation of preliminary results of insulin therapy usage showed that pregestational diabetes experience in the study group fluctuated between 1 and 20 years, with average experience being equal to 12 years. The average age of women was 28.2 ± 5.6 . The transfer from multiple subcutaneous injections method to pump insulin therapy took place on 11th week of pregnancy on average.

The study of HbA1c level showed that under multiple subcutaneous injections method it fluctuated in the range from 6.2% to 13.5% (8.39 ± 1.89). After the transfer to CSII, the range of fluctuation was from 5.5% to 10.0% (6.78 ± 1.03). It is shown that the level of glycosylated hemoglobin has decreased in all observations (Picture 1).

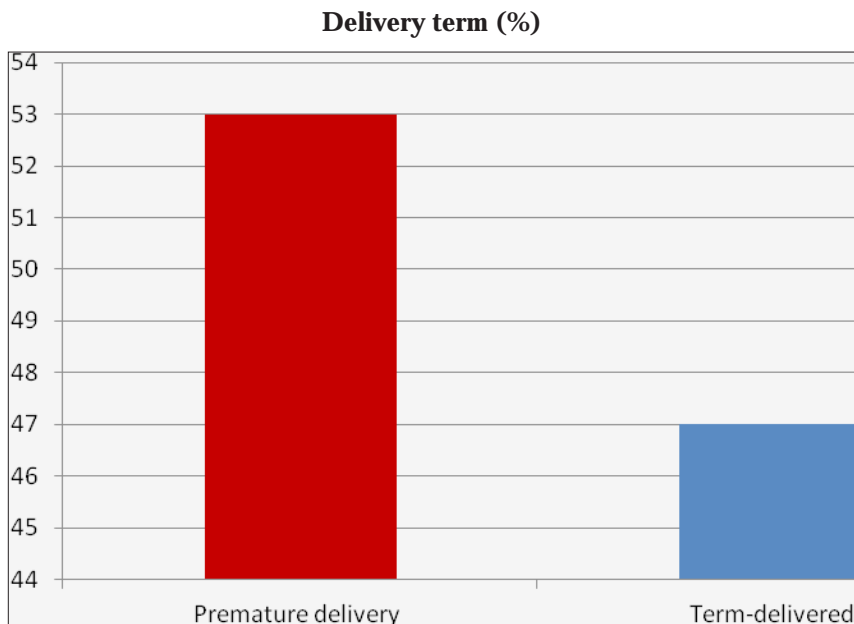
HbA1c indicators under MSII and CSII (%)

We have checked the statistical significance of decrease in average value of HbA1c after the transfer to CSII. The average decrease was 1.6 with the standard deviation of change being equal to 1.18. If the null hypothesis assumes that change equals to 0, then the t-value is 5.59. Given that $df = 16$ and p-value under one-sided test less being less than 0.01, t-value is sufficiently large to reject the null hypothesis. Therefore, we can conclude that the transfer to CSII method indeed leads to the decrease in average level of HbA1c.

The evaluation of preliminary results of insulin therapy usage among pregnant women with diabetes mellitus showed the high correlation between the level of HbA1c and delivery period ($r = -0.85$). At the same time there is relatively strong negative correlation between HbA1c level and Apgar score ($r = -0.63$).

As it was expected the Apgar scores were higher among term-delivered newborns (scores around 7–8) than among newborns delivered urgently, before planned time (scores around 4–6). Premature delivery was observed in 53 per cent of cases, while 47 per cent of observations were term deliveries. There was no statistical evidence to believe that results of delivery were significantly different between women experienced Cesarean operation and women who have given birth vaginally (Picture 2).

Only 3 patients have given birth vaginally (17.6%), while 14 (82.4%) women have experienced delivery through Caesarean operation.



Eventually, all 17 women gave birth to 17 newborns alive, with the average weight 3324.0 ± 568.5 gram, while the average Apgar scored obtained was 6.8 ± 1.2 . Overall, the preliminary result shows the clinical effectiveness of insulin pump therapy in treatment of pregnant women with diabetes melitus. There is evidence that on the basis of Diabetes Center it is possible to develop more effective control and improve results of women with diabetes giving birth.

Nowadays, the deep study of insulin pump therapy's effectiveness is continued in our center.

Reference

1. American Diabetes Association. Management of Diabetes in Pregnancy Diabetes Care 2015;38(Suppl. 1): S77–S79 | DOI: 10.2337/dc15-S015. [care.diabetesjournals.org].

2. Потин В. В., Боровик Н. В., Тиселько А. В. Инсулиноterapia больных сахарным диабетом 1 типа во время беременности. // Сах. диабет. – 2009, № 1. – С. 39–41.

3. Mc Cance David R. Pregnancy and diabetes. // Best Pract. and Res. Clin. Endocrinol. and Metab. [КЭ]. – 2011. – 25, № 6. – С. 945–958.

4. Емельянов А. О. Помповая инсулиноterapia при сахарном диабете. // Пробл. эндокринолог. — 2009. — 55, № 2. — С. 10–14.

5. Dario Iafusco, Fabrizio Stoppoloni, Gennaro Salvia, Gilberto Vernetti, Patrizia Passaro, Goran Petrovski. Use of real time continuous glucose monitoring and intravenous insulin in type 1 diabetic mothers to prevent respiratory distress and hypoglycaemia in infants. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008; 8: 23. [PubMed].

6. Арбатская Н. Ю., Демидова И. Ю., Игнатова Н. Г., Мельникова Е. П. Выбор метода инсулинотерапии у беременных с сахарным диабетом 1-го типа. // *Ж. акушерства и жен. болезней [ЭИ]*. — 2011. — 60, № 3. — С. 37–43.

Сборник тезисов научных работ
II МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

«

:

»

Санкт-Петербург–Стокгольм

«20» февраля 2016

Адрес: Украина, г. Киев, ул. Павловская, 22, оф. 12

Контактный телефон: +38(044) 222-5-889

E-mail: info@international-sccience.com

<http://international-sccience.com>

<http://inter-nauka.com>

Подписано в печать 23.02.2016. Формат 60×84/16

Бумага офсетная. Гарнитура PetersburgC. Печать на дупликаторе.

Тираж 50. Заказ № 2302.

Цена договорная. Напечатано с готового оригинал-макета.

Напечатано в издательстве ООО «Спринт-сервис»

Свидетельство: Серия ДК №4365 от 17.07.2012

Телефон: +38(050) 647-1543