

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

Цель. Изучение заболеваемости БА у сельских жителей Щербактинского и Качирского районов Павлодарской области за период 2009-2010гг.

Материал и методы. Проанализирована сравнительная динамика частоты выявленных заболеваний органов дыхания и БА за последние 2 года. Изучались статистические данные этих заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения.

Результаты. Изучая полученные данные, отмечено, что в структуре общей заболеваемости среди населения Щербактинского и Качирского районов - больные с БОД составляют 15,5% (3784 человек) в 2009 г. и 13,6% (3254) в 2010 году. Среди всех БОД чаще встречались больные с хроническим бронхитом (11,2%) в 2009 году и 8,3% в 2010 году. На втором месте были больные с хронической обструктивной болезнью органов дыхания (ХОБЛ) – 8,1%. Больные с БА составляли всего 1,88% (71 человек) в 2009 году и 1,42% (46) в 2010 году, что значительно ниже данных по РК. Кроме того, отмечено снижение общей заболеваемости по районам на 2,2%. Число больных с БОД уменьшилось на 14%, в т.ч. с БА на 64,8%.

Выводы. В структуре общей заболеваемости среди населения Щербактинского и Качирского районов - больные с БОД составляли 15,5% в 2009 году

и 13,6% в 2010 году. За последние 2 года снизилась общая заболеваемость по районам на 2,2%, число больных с БОД уменьшилось на 14%. в т.ч. с БА на 64,8%.

Среди жителей районов необходимо улучшить диагностику и выявляемость больных с БА. Обеспечение контроля над течением БА, улучшит проведение первичной и вторичной профилактики БА.

Литература:

1. Болезни органов дыхания. Под ред. Н.Р. Палеева, М.: Медицина, 2000. Т.3. - 384 с.
2. Пульмонология. Клинические рекомендации 2005-2006. Под редакцией Чучалина А.Г.М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - С 47.
4. Барнс Н. Современные стратегии терапии для достижения контроля астмы // CONSILIUM medicum, Экстр. выпуск 2009; С. 9-11.
5. Верткин А.Л. Намазова Л.С., Бараташвили В.Л. Ведение больных бронхиальной астмой на догоспитальном этапе // Лечащий Врач 2004; №8: - С. 52 – 56.
6. Испаева Ж.Б. Аллергология в Казахстане: Становление и перспективы развития // Фармация и медицина 2011; №5: С.2-3.
7. Намазова Л.С., Огородова Л.М., Геппе Н.А. и др. Бронхиальная астма // Лечащий Врач 2006; №4. - С.10 -19.
8. Хили П.М., Джекобсон Э.Д. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Алгоритмический подход. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ» 2007. - 280с.

**РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА
У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Журавлева Н. П., Шуганова С.Б., Телеусова С.С., Еркибаева А.К., Тугунбаева А.А.

ПФ ГМУ, г. Семей, ВА Щербактинского и Качирского районов

Самая ранняя из всех заболеваний инвалидизация, высокая смертность определили сахарный диабет (СД) в качестве первых приоритетов систем здравоохранения всех без исключения стран мира, закрепленных Сент-Винсентской декларацией (1989 г.).

По данным ВОЗ в 1994 г. во всем мире количество больных СД составляло 110 млн. человек, в 2000 г. около 170 млн, в 2008 г.- 220 млн, к 2035 году это число превысит 300 млн человек. [6]. В Казахстане общее число больных СД более 175 тысяч человек, число впервые выявленных составляет более 105

человек на 100 000 населения ежегодно. [5]. СД (diabetes mellitus) – системное заболевание, обусловленное абсолютным (1 тип) или относительным (2 тип) дефицитом инсулина, который вначале вызывает нарушение углеводного обмена, а затем всех видов обмена веществ и приводит к поражению всех функциональных систем организма[4]. Осложнения СД делятся на острые и хронические. К острым относятся коматозные состояния, при очень высоком или очень низком сахаре крови.

Диабетический кетоацидоз (ДКА) - проявляется резкой гипергликемией появлением кетоновых тел в крови, в моче, выраженной дегидратацией организма с нарушения сознания (вплоть до комы) [9]. ДКА развивается чаще при СД 1 типа, частота развития составляет от 5 до 20 случаев на 1000 больных в год [8]. Смертность при ДКА достигает 3-4%, а у детей это самая частая причина смерти [2]. Клинические проявления ДКА можно разделить на три стадии: начинающийся ДКА, сопор и кома. Кроме того развивается умеренный ацидоз (рН 7,3 -7,2), выраженный (рН 7,2 -7,05) и тяжелый (рН 7,05-6,8) [2]. Гиперосмолярное (некетацидотическое) состояние (ГОНС) - это осложнение СД с гипергликемией (более 33 ммоль/л), гиперосмолярностью крови (более 350 мосм/л), выраженной дегидратацией, отсутствием кетаацидоза. Гиперосмолярная кома (ГОК) - более тяжелое состояние, чем ДКА, встречается преимущественно у пожилых больных при ИНСД.

Лактатацидотическая кома встречается при диабете реже, чем ДКА и ГОК. При лактоацидозе содержание лактата (молочная кислота) поднимается выше 2 ммоль/л, а рН обычно ниже 7,3. Отличием этой комы является наличие более ранних и глубоких психоневрологических расстройств [1]. Гипогликемия определяется при уровне глюкозы крови ниже 2,8 ммоль/л. Причиной является введение сахароснижающего препарата без достаточного приема углеводов или передозировка препарата, большая физическая нагрузка и др. [7]. Хронические («поздние») осложнения СД являются следствием длительной гипергликемии. Изменения сосудов глазного дна при СД,

обусловлены микроангиопатией. Выделяют непролиферативную ретинопатию, препролиферативную и пролиферативную Кровоизлияния в стекловидное тело, глаукома и отслойка сетчатки - поздние осложнения, ведущие к слепоте.

При СД выделяют пять стадий диабетической нефропатии: от начальных структурных изменений до развития хронической почечной недостаточности (ХПН).

При диабетической макроангиопатии происходит поражение коронарных, церебральных и периферических сосудов. ИБС является ведущей причиной высокой смертности больных диабетом. При диабетической нейропатии в патологический процесс вовлекаются различные отделы нервной системы. Нейропатия и диабетическая дерматопатия - факторы риска развития «синдрома диабетической стопы», приводящие к ампутации, которые у больных с СД производятся в 15 раз чаще, чем у остального населения.

Цель исследования. Изучение заболеваемости и осложнений СД среди сельских жителей Павлодарской области за период 2008 – 2010 годов.

Материалы и методы. Проанализирована частота осложнений при СД за последние три года по данным эндокринологической службы г. Павлодара.

Результаты. Число больных с СД среди населения Павлодарской области в 2008 г. зарегистрировано - 9818, в 2009 г. - 10824, в 2010 г. - 11657. Общее число больных выросло на 18,7%, среди сельских жителей - на 1,4%. В структуре заболеваемости - больные с СД 1 типа составляли 7-8%, с СД 2 типа 92-93%. Среди сельских жителей больных с СД 1 типа в 2008 г. было 8,3%, в 2010 г. этот показатель снизился до 6,8% за счет увеличения числа больных с СД 2 типа (93,2%). Данным по РК на 1 января 2011 г. - 7,66%. ХПН выявлена в 2008 г. у 150 больных (1,5%), в 2009 г. у 388 (3,6%), в 2010г. у 507 (4,35%). Количество больных с ХПН увеличилось в 3,4 раза, а среди сельских жителей отмечено снижение на 60%. Число случаев ДР в 2008г.- 1663 (16,9%), в 2010 г. - 2171 (18,6%), процент увеличения равен 1,7. Из них больные с полной слепотой составляют

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

около 2%. Среди сельских жителей количество больных с ДР увеличилось на 63,7%, из них больные с полной слепотой - 1,3%.

Проведено ампутаций по поводу «диабетической стопы» в 2008 г. - 21, в 2010 г. - 2, т.е. число ампутаций снизилось в 10 раз. Число умерших по области от осложнений СД (кома, ХПН) в 2008 г. - 3, в 2009 г. - 7, в 2010 г. - 2. Число инвалидов с СД более 600 человек. Среди сельских жителей число инвалидов с СД в 2010 г. увеличилось на 30,5%.

Выводы. Количество больных с СД среди населения Павлодарской области увеличилось в 2010 г. на 18,7%, среди сельских жителей на 1,4%.

В структуре заболеваемости СД – больные с СД 1 типа составляют 7-8%, среди сельских жителей число больных с СД 1 типа в 2010 г. уменьшилось до 6,8%. Количество больных с ДР увеличилось в 2010 году среди сельских жителей на 63,7%. Число больных с ХПН по области увеличилось в 3,4 раза, количество ампутаций по поводу синдрома «диабетической стопы» снизилось в 10 раз. Качественная медицинская помощь при диабете, самообучение, своевременное обращение к врачу при серьезных сопутствующих заболеваниях – все это позволяет предотвратить большинство осложнений при сахарном диабете.

Литература:

1. Балоболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная

диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.- 752 с.

2. Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология: Учебник для медицинских вузов – ООО: «Издательство «СпецЛит», 2004. – 398 с.

3. Верткин А.Л. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях: Руководство для врачей. Астана: РГКП «Дирекция административных знаний Администрации Президента и Правительства РК», 2004.- С. 331.

4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология: Учебник. – М.: Медицина, 2000.- 632 с.

5. Нерсесов А.В., Кабыкенова Р.К., Базарбекова Р.Б. и др. Клиническое руководство по ведению больных сахарным диабетом: Методич. Рекомендации. - Астана.- 2005. С. 5-7.

6. 8. Ступин В.А., Румянцева С.А., Силина Е.В. Как помочь больному сахарным диабетом. – Москва.- 2009. – 80 с.

7. 9. Хили П.М., Джекобсон Э.Дж. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Алгоритмический подход. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ» 2007. - 280 с.

8. 10. Шустов С.Б., Халилов Ю. Ш., Баранов В.Л. Эндокринология в таблицах и схемах. М.: «Издательство МИА» – 2009. С.387 - 425.

СВЯЗЬ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Изденова Г.О.

Клиника «Стом-икс»

Не выясненная до конца патология и патогенез, высокая распространенность, разнообразие клинических проявлений, частые рецидивы и осложнения, неблагоприятный исход в отдаленные сроки

заболеваний пародонта, наносящий большой ущерб здоровью населения, делает актуальным комплексный подход к обследованию больных, страдающих патологией пародонта. Среди различных