

но, по-видимому, механизмом действия  $\alpha$  - адреноблокаторов на фибринолиз. Так по данным ряда авторов (4,10) прием эбрантила в дозе 60 мг два раза в день снижает уровень фибриногена в плазме на 24% против исходного уровня. Что касается медленной динамики показателей липидного спектра, то результаты нашей работы совпали с данными, полученными при широкомасштабном исследовании урапидила (4).

#### Выводы:

1. Использование эбрантила у больных с МС ведет к снижению степени агрегации эритроцитов, что указывает на улучшение реологических свойств крови.
2. Благоприятное воздействие урапидила на уровень липидов возникает только при длительном приеме препарата.
3. Способ определения агрегации эритроцитов по И.Я. Ашкинази, в виду его доступности, может быть использован для определения эффективности лечения больных с МС.

#### Литература:

1. Алмазов В.А., Благосклонная Я.Б., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Роль абдоминального ожирения в патогенезе синдрома инсулинорезистентности. Терапевтический архив 1999; 10. - С.18–22.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Особенности суточного профиля артериального давления у больных гипертонической болезнью с метаболическими нарушениями. Клиническая фармакология и терапия 1995; 4(3): 50–1.

3. Моисеев В.С., Ивлева А.Я., Кобалава Ж.Д. Гипертония, сахарный диабет, атеросклероз – клинические проявления метаболического синдрома Х. Вестник Российской академии медицинских наук 1995; 5: 15–8.

4. Мукта Дули, Карен Л. Гоа. Эбрантил (урапидил). Оценка использования препарата при лечении гипертонии. Журнал «Drugs», ноябрь 1998; 56 (5): 929-955.

5. Alessi M. C., Juhan-Vague I. PAI-1 and the metabolic syndrome: the links, causes and consequences. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2006; 26 (10): 2200–2204

6. Butler J., Rodondi N., Figaro K. Metabolic Syndrome and the risk of cardiovascular disease in older adults. J Am Coll Cardiol 2006; 47 (8): 1595–602.

7. Daskalopoulou S.S., Mikhailidis D.P., Elisaf M. Prevention and treatment of the metabolic syndrome. Angiology 2004; 55 (6): 3145–52.

8. Ford E.S, Giles W.H., Dietz W.H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 2002;287:356–9.

9. Kereiakes D.J., Willerson J.T. Metabolic syndrome epidemic. Circulation 2003; 108: 1552–3.

10. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). NIH Publication 2001; 5. N 01–3670.

11. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. (<http://www.idf.org>)

12. Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view. // Diabetic medicine 2003; 20(9): 693–702.

Метаболикалық синдромы бар науқастардың қанындағы эритроциттердің агрегациялық қасиетін және липидті спектрін тексеру нәтижесінде эбрантил (урапидил) әсерінен мынадай нәтиже байқалған: урапидил эритроциттердің агрегациясын азайтып, липидтер деңгейіне жақсы әсер еткені байқалған.

During research of erythrocytes aggregation & cholesterol of blood at the patient with metabolic syndrome which treated with urapidil were found results: decreasing erythrocytes aggregation & positive using to level of blood fats.

УДК 616-008.9-092.19

## МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМЫНДА КЕШЕНДІ ЕМДЕР ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

Д.Х. Даутов, Г.М. Шалгумбаева, С.Б. Кайдарова

*Семей мемлекеттік медицина университеті*

Метаболизмдік синдромға (МС) қатысты диагностика, алдын алу және емдеу мәселелері қазіргі заманның аса бір өзекті медициналық және әлеуметтік проблемалары болып табылады. Заманауи концепцияларға сәйкес метаболизмдік синдром гормондық және метаболизмдік бұзылыстар қосындысы, өз ара байланысты болып келетін жүрек-қан тамырлар ауруларының және қантты диабеттің қауіп факторларының бірігіп келуі, және бұлардың ортақ патофизиологиялық механизмі – инсулинге резистенттілік.

Бұл синдромға соншалық көңіл бөліну себебі оның жалпы популяцияда таралу жиілігі: соңғы статистикалық мәліметтерге қарағанда бұл дерттік жағдайдың кездесу жиілігі 14 - 24% аралығы [3,6]. Индустриялық дамыған елдерде метаболизмдік синдром атеросклерозбен байланысты өлім-жітімнің ең жиі кездесетін себептері болып табылатын аурулардың пайда болуына және бұлардың тез қарқынды дамуына ықпалын тигізетіні әптен дәлелденген. Метаболизмдік синдромның жаңа компоненттері анықтала келе жүректің ишемиялық ауруы, ми инсульті, жалпы және

коронарлық өлімнің қауіпі жоғарылай түсетіні белгілі [1].

Жалпы ғаламшар тұрғындары арасында жүректік-метаболизмдік қауіптің жоғарылауымен сипатталатын артериялық гипертензиямен семірудің кездесу жиілігі өте қарқынды өсіп келе жатқаны осы синдромның өзін және оның құрамындағы компоненттерді заманауи тиімді емдеу принциптерін іздеп табуға талап етеді [2,5].

Қазіргі кезде әр түрлі ауруларды емдегенде төменқуатты лазер сәулесі емдік шаралардың бір маңызды қосындысы болып келеді. Медициналық саладағы әдебиеттерде, әсіресе ресейлік басылымдарда бұған айтарлықтай көп назар аударылуда. Қуаты төмен лазер сәулесі организмге көптеген қолайлы әсер ететіні дәлелденіп отыр, ең алдымен ол жалпы иммунды жүйелерге белсендіруші ықпалын тигізеді, қанның реологиялық қасиеттерін жақсартады, қабыну үрдістеріне тежеуші әсер етеді, қабыну процестерін қайтара отырып, ауыру, домбығу, қызару сияқты қабыну көріністерін тез арада азайтады. Лазер сәулесінің осындай әсері көптеген тыныс алу жүйесі, жүрек-қан тамырлар жүйесі, ішкі секреция

жүйесі, тірек-буын жүйесі ауруларында кеңінен қолданылуына жол ашты [4,7,8].

Лазер сәулесін қолданудың әр түрлі әдістері бар, мысалы, тері және сілемейлі қабықтар арқылы, биологиялық белсенді нүктелерді, рефлексогенді зоналарды, түрлі тіндерді, жаракаттанған аймақтарды тікелей сәулелендіру тәсілдері көп пайдаланылып келеді. Сонымен қатар, лазер сәулесі арнайы қондырғылар көмегімен тамыр ішіне, буындар ішіне, құлақ, мұрын ішіне түсіріледі, өңеш, асқазан, ішек жолдарына, кеңірдек, бронхылар ішіне, қуық және зәр жолдарына эндоскопиялық құралдар арқылы жеткізіледі.

Көптеген клиникалық зерттеулер гелий-неон лазер сәулесі әр түрлі дерттік жағдайларда бірыңғай бейспецификалық емдік әсер ететінін айқындап отыр. Бір қатар сенімді зерттеулер қорытындылары бойынша, метаболизмдік синдромды емдеу барысында лазер сәулесі анаэробтық гликолиз үрдісін жылдамдатып, катаболизм процестерін белсендетеді, үшглицеридтер және май тіндерінің ыдырауын қамтамасыз етеді, липидтер және белок синтезін тежейді.

Біздің зерттеуіміздің мақсаты болып абдоминалдық семіруі және метаболизмдік синдромы бар науқастарды емдегенде лазер сәулесінің емдік нәтижелерін бағалау табылды. Зерттеу тобына абдоминалдық семіру салдарынан салмағы артқан, 1-2 дәрежелі артериялық гипертензиясы бар 35 науқас адам алынды. Науқастар жастары 48-70 аралығы, орташа алғанда 56,4, бұның ішінде ер адамдар – 21, әйел адамдар - 14. Метаболизмдік синдром деп науқаста 5 белгінің кем дегенде 3-уі болғанда қарастырдық:

- белінің айнала өлшемі ер адамдарда 102 см-ден, ал әйел адамдарда – 88 см-ден артық болуы;
- аш қарынға үшглицеридтер деңгейінің 1,69 ммоль/л-ден артық болуы;
- тығыздығы жоғары липопротеидтер холестерині ер адамдарда 1,03 ммоль/л-ден, әйел адамдарда 1,29 ммоль/л-ден төмен болуы;
- систолалық артериялық қысымның 130 мм с.б.б.-ден, ал диастолалық артериялық қысымның 85 мм с.б.б.-ден жоғары болуы;
- аш қарынға қан құрамындағы глюкоза деңгейінің 6,1 ммоль/л-ден жоғары болуы.

Тексеруге алынған науқастар кездейсоқ іріктеу тәсілімен екі топқа бөлінді: негізгі топ (19 науқас) және бақылау тобы (16 науқас). Емделуші адамдар 3 ай бойы бақылауда жүрді, алдымен емхана жатып емделген кезінде, артынан амбулаториялық жағдайда отбасылық дәрігерлер көмегімен. Барлық науқастардың осы уақыт ішінде артериялық қан қысымы деңгейі үнемі тексеріліп отырылды, емханаға жатқан кезде және шығарылғанында, 3 ай өткен соң жалпы клиникалық зерттеулер (қанның жалпы анализі, коагулограмма, электрокардиография), биохимиялық тексерулер (қан құрамындағы глюкоза деңгейі, жалпы холестерин және оның фракциялары, үшглицеридтер), эхокардиография жасалды.

Бақылау тобындағы емделушілер гипохолестериндік, төмен калориялық диета,

физикалық жаттығулармен қатар медикаментозды емдер қабылдады (гипотензивті препараттар, статиндер, холестерин деңгейін төмендететін басқа препараттар). Негізгі топтағы емделушілер аталған емдік шаралармен қатар лазер терапиясын қабылдады. Лазер терапиясы Корепанов әдістемесі бойынша биологиялық белсенді нүктелерді инфракызыл «Узор» аппаратымен сәулелендіру арқылы іске асырылды. Қол басындағы, омыртқалар бойындағы, кеуде торындағы биологиялық белсенді нүктелер әр қайсысы 1 мин бойы, әр бір сеанс кезінде барлығы 10 нүкте сәулелендірілді, аппарат түтіктерінің шығысында лазер сәулесінің жиілігі 1500 Гц құрады. Әр бір науқас 10 күн қатар күніне 1 сеанс лазер терапиясын алып отырды.

Екі топтағы емдердің нәтижелерін салыстырғанда бұлар негізгі топ емделушілерінде анағұрлым жоғары дәрежеде болғаны анықталды. Лазер терапиясы пайдаланылған емделушілерде липидтер алмасуы көрсеткіштерінің динамикасы, ең алдымен жалпы холестерин және оның атерогендік бөлшектерінің төмендеуі, айқындау дәрежеде болды. Атап өтетін болсақ, жалпы холестерин мөлшері сенімді деңгейде 11,6% төмендеді ( $p < 0,05$ ), ал тығыздығы төмен липопротеидтер холестерині 16,3% төмен болып шықты ( $p < 0,05$ ). Гипотензивті емдер нәтижесі де негізгі топ емделушілер арасында бақылау тобына қарағанда жоғарылау болып шықты: лазермен бірге жүргізілген кешенді емдік шаралар нысаналық артериялық қысым деңгейіне 92,6% науқастарда жеткізді.

Қорыта келе, метаболизмдік синдромына шалдыққан науқастарды құрамында лазер сәулесі бар кешенді емдер қолдана емдеу осы топ науқастарда метаболиттік бұзылыстарды қайтаратын дәрілік және медикаментозды емдердің тиімді комбинациясы болып табылады, аталған емдік шаралар көптеген клиникалық және зертханалық көрсеткіштердің оңтайлы өзгерістерімен жақсы нәтижеге жеткізеді.

#### Әдебиет:

1. Адашева Т.В., Демичева О.Ю.//Печасий врач.-2003.-№ 10.-24-29 б.
2. Байрамчуков Ф.Н., Булгакова А.Д., Куреленкова М.Е. и др.//Терапевтический архив.-2002.-№12.-24-26 б.
3. Баллюзек М.Ф. Возрастные особенности течения, надъювантная фототерапия сердечно-сосудистого метаболического синдрома: Автореф. дис. ...канд.мед.наук.-СПб., 2002.
4. Мамедов М.Н., Метельская В.А., Петрова Н.В.//Кардиология.-2000.-№2.-83-89 б.
5. Рязанов А.С., Аракелянц А.А., Юренев А.П.//Терапевтический архив.-2003.-№3.-86-88 б.
6. Улащик В.С., Золотухина Е.И.// Здравоохранение.-2001.-№10.-44-46 б.
7. Чиркин А.А., Голубев С.А.//Медицинские новости.-2002.-№10.-23-29 б.
8. Шилов А.М., Чубаров М.В., Мельник М.В. и др.//Русский медицинский журнал.-2003.-№21.- 1145-1149 б.

#### Эффективность комплексных методов лечения при метаболическом синдроме Д.Х. Даутов, Г.М.Шалгумбаева, С.Б.Кайдарова

Комплексное лечение больных с метаболическим синдромом, включающее в себя инфракрасное лазерное облучение биологически активных точек, позволяет достигнуть более выраженных положительных результатов лечения, проявляющееся значительным снижением уровня общего холестерина, его атерогенных фракций, а также нормализацией артериального давления.