

уровень показателей по данной нозологии снизился до 1,6 в 2009г. и до 4,6 в 2010г.

Таким образом, установлено, что произошло увеличение абсолютного числа первичных профзаболеваний по ВКО, по-видимому, это связано с тем, что основной контингент первичные профессиональных больных составляют лица со стажем работы во вредных условиях от 21-30 лет (2006г.-115 случаев; 2007г.-157 случаев; 2008г.-110 случаев; 2009г.-164 случая; 2010г.-311 случаев).

Это свидетельствует, что профилактические мероприятия должны включать, в том числе, более тщательное проведение периодических медицинских осмотров и при приеме на работу с целью выявления начальных стадий хронических профессиональных заболеваний, их своевременное лечение и профилактику.

Резюмируя сказанное, основной задачей медицинских учреждений здравоохранения необходимо определить работу, направленную на раннее выявление профессиональных заболеваний, то есть качество медосмотра, своевременную организацию лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий работающим во вредных условиях труда и лицам с установленным профессиональных заболеваний. Ранее выяв-

ление признаков профессиональных заболеваний, диспансеризация и проведение своевременных реабилитационных мероприятий позволяют в течение длительного времени предупредить развитие прогрессирования болезни и, следовательно, сохранить трудоспособность работника, избежать инвалидизации.

Литература:

1. Карабалин С.К. Пути совершенствования службы профилактики профессиональных заболеваний в Республике // Актуальные вопросы охраны и здоровья работников на современном этапе. Материалы научно-практической конф. Астана, 2007, С.7-10.

2. Александрова М.С., Куковякин С.А., Одношвин Ю.В. Организация реабилитации пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний // Материалы VII Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». - Москва, 2008.С.244-246.

3. Султанбеков З.К., Букунова А.Ш. Деятельность профпатологического центра в Восточно-Казахстанской области // Актуальные вопросы охраны и здоровья работников на современном этапе. Материалы научно-практической конф. Астана, 2007, С.117-122.

Шығыс Қазақстан облысындағы кәсіби аурулармен аурушылдық жағдайын бағалау А.Н. Бекseitova

Мақалада ірі түсті металлургиялық өндірістер шоғырланған Шығыс Қазақстан облысындағы өзекті мәселелердің бірі соңғы 20 жылда кәсіби аурушылдық деңгейінің жоғары екені көрсетілген. Кәсіби аурушылдықтың алдыңғы қатарында шаңды патология, вибрациялық ауру, созылмалы бел сегізкөздік радикулопатия және есту органдарының шу әрепіннен болған патологиясы тұрғаны көрсетілген.

The estimation condition to professional disease on VKO

A.N. Bekseitova

EAST, - Kazakhstan area continues to occupy the first place on level of the professional disease in republic on length last 20 years, since here concentrated most largest, metallurgical, atomic production, including mining, enrichment and smelting of the non-ferrous metals. It is installed that has occurred increase the absolute number primary professional disease. The leading forms of professional disease are: dusty pathology, vibratory disease, chronic lumbar-sacral radiculopathy, as well as professional defeats of the organ of the rumour from influence of the noise.

УДК 616.71-007.234

ӘР ТҮРЛІ ЭТИОЛОГИЯЛЫ БУЫН СИНДРОМЫН ЕМДЕУДЕГІ СЕКҚ ПРЕПАРАТТАРЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН САЛЫСТЫРЫП БАҒАЛАУ

М.Б. Селгазина

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Буын синдромын емдеудің негізін стероидты емес қабынуға қарсы препараттар (СЕКҚ) құрайды. Оларды ревматоидты артрит, серонегативті спондилоартрит және т.б қабынулық ауруларда, сонымен қатар дегенеративті ауруларда: остеоартроз, омыртқаралық остеоартроз, буын маңы жұмсақ тіндердің қабынулық ауруларын емдеуде қолданылады. Олар тек қана ревматологияда емес, басқа мамандықтағы дәрігерлермен де жедел және созылмалы ауырсыну синдромдарында, әр түрлі локализациялы қабынулық үрдістерде қолданылады. СЕКҚ препараттарын көңінен қолдану осы препараттардың қауіпсіздік мәселесін алға қояды. СЕКҚ мынандай жағымсыз әсерлері белгілі: асқазан-ішек жолы, бүйек жағынан асқынулар, артериялық гипертензия, бронх демікпесі /1/.

Осы жиі жағымсыз әсерлер бір уақытта ауырсыну мен қабынуларды азайтып, жанама әсері аз жаңа препараттарды іздеуге түрткі болды. Осы ізденістердің нәтижесінде тәжірибеге қабыну процесстеріне қатысатын ПГ синтезін катализдейтін ЦОГ-2 изоферментінің өндірілуін тежейтін дәрілер енгізілді /2/. Тәжірибеде кең қолданысқа ие болған алғашқы селективті СЕКҚ дәрілік заттың бірі – мелоксикам. Бұл препарат СЕКҚ затарды қолданудағы негізгі талаптарға сай, науқастардың максималды түрде қауіпсіздігін қамтамасыз ете отырып, ауырсыну мен қабынуды азайтады. ЦОГ-1-мен салыстырғанда мелоксикам ЦОГ-2 5-20 есе селективті болып табылады.

Осының нәтижесінде асқазан шырышты қабығында және бүйректерде қарағанда қабыну ошағында көп

мөлшерде простогландиндердің синтезделуі төмендейді. Мелоксикам осы қасиеті басқа СЕҚК препараттарға қарағанда басым болып табылады. Мелоксикам простогландер синтезіне әсер етуден басқа майлардың оттегіге тотығуын тежейді, бос оттегі радикалдарының түзілуін, тромбоциттердің белсендіру факторын, ісікті А некроз факторын, проеиназаларды және басқа да қабыну медиаторларын төмендетеді /2/. Мелоксикам (Актомелокс, Мовасин, Амелотекс, Мовалис) тиімді фармакокинетикалық қасиеттерге ие. Жартылай бөлініп шығу кезеңі 20 сағат болуы препаратты тәулігіне 1 рет қолдануға мүмкіндік береді және оны қолдануға ыңғайлы етеді, науқасқа ем тәртібін қатаң сақтауға әсеін тигізеді. Препараттың биотииімділігі 90% және тағам қабылдауға байланыссыз.

Мелоксикам белсенді емес метаболиттерге ыдырап, төң дәрежеде нәжіс және зәрмен шығарылады /1/. Сонымен қатар мелоксикамды қабылдау бауыр және бүйрек жетіспеушілігін тереңдетпейді. Егде жастағы ер адамдардың плазмасында мелоксикам концентрациясы жас адамдар көрсеткішіне сәйкес келеді, алайда егде әйелдерде біршама жоғарылайды. Мелоксикамның артықшылығы антацид, циметидин, ацетилсалицил қышқылы, метотрексат, варфарин, фуроцемидпен жақсы әсерлесуінде, бұл препараттар орта және егде жастағы буын ауруларында ғана емес, жүрек-тамыр ауруларының, су-тұз алмасу бұзылыстары бар және гиперкоагуляцияға бейімділігі жоғары адамдарда қолданылады. Мелоксикамның метотрексатпен әсерлесуі басқа СЕҚК препараттармен салыстырғанда тиімді, басқа СЕҚК препараттар метотрексатпен бірге қолданғанда бауыр және асқазан-ішек жолдарына токсикалық әсер көрсетеді.

Мелоксикамның ауырсынуға қарсы әсері миорелаксанттармен қабылдағанда жоғарылайды, әсіресе омыртқаның ауырсыну синдромында өте маңызды болып келеді.

Зерттеулер нәтижесі бойынша мелоксикамды басқа СЕҚК дәрілермен салыстырғанда емдік әсері ғана емес басқада остеоартрозы бар науқастаға қолдану тиімді. Melissa рандомизирленген клиникалық зерттеуінде остеоартрозды емдеуде мелоксикамның 7,5 мг және диклофенактың 100 мг емдік әсерінің нәтижелілігін білуге 10000-нан аса науқас қатысты. Ауырсындың қарқындылығына, қабынудың объективті белгілеріне және науқастың жалпы жағдайына мелоксикам диклофенактан кем түспеді. Мелоксикам жақсы көтерледі; 13% науқастарда қолайсыз көріністер байқалды, 19% диклофенактан, сонымен қатар, асқазан-ішек жолы жағынан ауыр асқынулар мелоксикамда сирек, жағымсыз әсері себебінен емді тоқтату жағынан сирек; 5,4 және 7,9% сәйкес. Зерттеуге алынған науқастардың ішінде мелоксикаммен емделгендер анамнезінде асқазан жарасы бар науқастар көбі бұл дәрілерді 95% науқастар жақсы көтере алды, ал 86% диклофенакты жақсы көтерді.

Остеоартрозда мелоксикамның 7,5 мг және пироксикамның 20мг тәуліктік дозасын салыстырмалы бағалаған кезде 4 апталық рандомизирленген зерттеуге 80 мың адам қатысты, дәрігерлердің және науқастардың көзқарасы бойынша буындық симптоматикаға екі препарат бірдей тиімді, мелоксикамда пироксикамға қарағанда жағымсыз әсерлері сирек. Сонда үлкен топтарда зерттеулер нәтижесінде науқастар мелоксикамды басқа СЕҚК

препараттарға қарағанда жақсы көтере алды. Мелоксикамды иық буыны маңының тіндерінің зақымдалуларында қолдану жақсы нәтиже берді. Vidal.L.etal. Мелоксикамның 7,5 және 15 мг және пироксикамның 20 мг тәуліктік дозасы иық буыны маңының жұмсақ тінінің қабынуында тиімділігін салыстырған.

Емнің тиімдігін науқастардан 7 күннен кейін бағалады. Нәтижесінде 2 препараттың әсері бірдей, бірақ мелоксикамның жағымсыз әсері аз және оның екі дозасы арасындағы айырмашылық байқалмады. Мелоксикам дегенеративті ауруларда ғана емес, сонымен қатар қабыну ауруларында да тиімді. Көптеген зерттеулер нәтижесінде ревматоидты артритпен (РА) науқастарда мелоксикамның әсері диклофенак, пироксикам, напроксенге қарағанда тиімді екені анықталды /7/. 6 айлық салыстырмалы сынақ нәтижесінде мелоксикамның 7,5 мг-ы және напроксеннің 750 мг-ы тәуліктік дозасы бірдей әсер көрсетті. Алайда мелоксикам асқазан-ішек жолы және бүйрек жағынан жағымды әсер көрсетті. Мелоксикам тобында әр түрлі асқазан-ішек жолы асқынулары 30,3% науқастарда, напроксен тобында 44,7% кездеседі. Напроксенмен емделген науқастардың екеуінде асқазан жарасы анықталды, ал мелоксикамда анықталған жоқ. Напроксен тобында креатининнің деңгейінің жоғарылауы, гемоглобиннің төмендеуі млоксикам тобына қарағанда көбірек анықталды.

Ағылшын авторларының жұмыстарында ұзақ уақыт 18 ай РАпен 357 науқаса мелоксикамның 15мг тәуліктік дозасымен емдеу нәтижелері көрсетілген. Тексерудің соңында жалпы ауырсындың белсенділігінің бағасы визуальді аналогты шкала (ВАШ) бойынша орташа 3,32-2,23см-ге дейін азайды. Сонымен қатар таңертөңгілік құрысу, түнгі ауырсыну, Ричи бойынша буындық индекс көрсеткіштері жақсарды. Тек 11,4 % науқас ем әсерінің жетіспеушілігіне байланысты емін тоқтатты. Дәрілік препараттың әсері жақсы болды. Олардың тек 13,7% жанама әсерлері пайда болуына байланысты емін тоқтатты. Солардың ішінде: асқазан-ішектік, сүйек-бұлшықеттік, терілік және респираторлы бұзылыстар. Ауыр жанама әсерлер: 3 науқаста 0,8% перфорациямен асқазан жара ауруы қан кетумен анықталды. Сонымен Мелоксикам буындардың қабыну ауруларын ұзақ емдеуде стандартты СЕҚК әсері кем емес. Белгілі СЕҚК көбі бронхоспазмды тудырады, сонымен қатар бронх демікпесі мен полиноздардың ағымын нашарлатады. Бұл жанама әсерлер ЦОГ-1 ингибирулеуіне негізделеді. Сондықтан селективті ЦОГ-2 ингибиторлары осы категориядағы науқастарды емдеуде қолайлы. Соған байланысты Vanbek S: “аспиринді бронх демікпесіне бейімділігі бар науқастарға мелоксикам қабылдау мүмкін бе” деген сұраққа жауап беруге тырысты /6/. Зерттеуге қатысқан Мелоксикам 7,5 мг/тәуліктік дозада қабылдаған 21 науқастың тек біреуінде бронхоспазм дамыды. Зерттеу барысында полинозы мен бронх демікпесі бар науқастар үшін 7,5 мг/тәуліктік дозадағы Мелоксикам стандартты стероидты емес қабынуға қарсы препараттарға альтернативті қауіпсіз препарат деп санауға болады /2,3/. Осы жоғарыдағы көрсетілген мәліметтерге сүйене отырып, қабыну және ауырсыну синдромдарының емі ретінде Актомилокс тандалды (халықаралық патенттелмеген атауы мелоксикам) – бұл СЕҚК, ол оксикам класына жатады, энол қышқылының туындысы, анальгетикалық қабынуға қарсы және қызуды төмендететін әсері бар препарат.

Актомилокс асқазан мен бүйректің шырышты қабатына қарағанда қабыну аймағында селективті түрде ЦОГ-2 ферментативті белсенділігін ингибирлейді, простогландиндер деңгейін, синтезін төмендетеді [4]. Актомелокс – 7,5 мг мелоксикамның құрамында белсенді зат ретінде бар.

Материал және әдістемелері.

Ірі буындардың остеоартрозын (ОА) емдеуде Актомелокстың клиникалық әсерін және жағымдылығын СЕҚҚ ішінде “алтын стандартқа” жататын диклофенакпен (бақылау тобы 15 науқас) салыстыра зерттеу жүргізілді. Негізгі топқа орташа жастары 61,3±9,4, науқастану ұзақтығы 6,5±4,3 жыл болатын 2 ер адам, 13 әйел адам кірді. ОА-ның I-рентгенологиялық кезеңі 2 науқаста, II-кезеңі – 8 науқаста, III-кезеңі 5 науқаста. Бақылау тобына орташа жастары 59,7±8,5 және науқастану ұзақтығы 5,8±3,9 жыл болатын 3 ер адам және 12 әйел адам құрады. ОА I-рентгенологиялық кезеңі 4 науқаста, II-кезең – 7 науқаста, III-кезеңі – 4 науқаста анықталады. Сонымен негізгі және бақылау топтары жасы, жынысы, аурудың ұзақтығы және кезеңі бойынша бір-біріне сәйкес келеді. Негізгі топта Актомелокс 7,5 мл ішке күніне бір рет 15 күн бойы тағайындалды, ал бақылау тобында диклофенак 50 мг күніне 3 рет ішке 15 күн бойы тағайындалды. Актомелокспен және диклофенакпен емдеу барысында ешқандай тәртіпке байланысты стандартты тағайындамалардан басқа ем жүргізілмеді. Емнің басқа әдістері 2 топта да Актомелокс және диклофенакпен ем басталғанға дейін 2 апта бойы жүргізілген жоқ.

СҚҚП мен жүргізілген 15 күндік терапияның басында және соңында 2 топтың да науқастарының жалпы клиникалық қарауы жүргізілді. Күнделікті тізе буынының ауырсыну айқындылығы 100мм ВАШ бойынша анықталды. Емнің басында және соңында тізе үсті деңгейінде тізе буынының аумағы сантиметрмен өлшенді. Сонымен қатар емнің басында және соңында науқастарда қанның жалпы, биохимиялық анализі және жалпы зәр анализі қаралды. Емнің басында және соңында остеоартрозы бар науқастың буынында сұйықтықтың клиникалық констатациясы анықталса, УДЗ жасалынады. Емдеу барысында емнің жанама әсерлері, емнің соңында емнің әсері бағаланды.

Нәтижелер және талқылаулар.

Актомелокс және диклофенакпен жүргізілген емнің нәтижесінде көптеген науқастарда буынның ауырсынуы азайып, жағдайлары жақсарған. Науқастардың ұйқысы қалпына келген, тітіркендігінің төмендеуі, көңіл күйінің жоғарлауы, жағдайларының жақсарғанын дәлелденді. Актомелокспен емдеуге дейін шкала бойынша ауырсыну 72,5±8,2мм, емнің соңында ауырсыну 32,7±4,6 мм құрады. Диклофенакпен емдеуге дейін ауырсыну 68,7±6,3 мм тең, емдеу соңында ауырсыну 31,6±5,3 мм-ге дейін азайды. Екі топта да емдеу барысында ауырсыну айтарлықтай төмендеді ($p < 0,01$). Алғашында негізгі топтағы науқастың тізе буынының аумағы 43,5±3,2 болды, емнің соңында 42,1±3,2 см дейін кішірейді. Бақылау топтағы науқастың тізе буынының аумағы 43,2±3,5 тең 42,3±3,6 см дейін кішірейді.

Актомелокспен емделу соңында 8 науқас жағдайының айтарлықтай жақсаруын айтты, 7 науқастың жағдайы жақсарды. Диклофенакпен емделу соңында 6 науқас жағдайының айтарлықтай жақсаруын айтты, 7 науқастың жағдайы жақсарды, 2 науқаста динамика болмады.

Диклофенакпен емдеу барысында 1 науқаста қосымша медикаментозды коррекциялауды қажет еткен қан қысымының көтерілуі болды. Диклофенакпен емдеу кезінде 1 науқаста диспепсиялық көрініс белгілері анықталды. Актомелокспен емделу кезінде негізгі топта жанама әсерлер тіркелген жоқ. Емдеу барысында жалпы қан анализінде, қанның биохимиялық анализінде айтарлықтай өзгерістер болған жоқ. Сондай-ақ жалпы зәр анализінде де өзгерістер болған жоқ. Емнің соңында негізгі топтағы 6 науқаста, бақылау тобындағы 5 науқаста УДЗ мәліметтері бойынша тізе буыны қуысындағы сұйықтықтың айтарлықтай азайғаны анықталды. Буындағы сұйықтықпен параартикулярлы қабыну процессінің азаюы емдеу барысында тізе буыны аумағының кішіреюіне әкелді. Осылайша гонартроз бен ауыратын науқастарға актомелокстың 15 күндік курсы тағайындағанда байқалды: модификациялайтын әсері, ауырсыну симптомының азаюы, буындағы ісінудің кішіреюі, буындағы қозғалыс көлемінің жоғарлауы. Жүргізілген зерттеу нәтижесі қаралған науқастарда актомелокстың жақсы жағымдылығын, клиникалық әсерлілігін анықтады.

Зертеулер нәтижесіне қарай келесі қорытындыларды жасауға болады:

1. Тізе буынының остеоартрозын емдеуде Актомелокс тиімді, яғни ауырсынууды басады, ісінуді азайтады, буындағы қозғалысты ұлғайтады.

2. Актомелоксты алып тастау үшін жанама әсерлер және асқинулар болған жоқ, бірақ бақылау тобында бір науқаста қосымша емді қажет ететін артериалды қан қысымының жоғарылауы және тағы бір науқаста гастриттің клиникасы дамыған.

3. Актомелокс препаратының фармакологиялық қасиеті әр түрлі генездегі буын синдромы аурулары, соның ішінде сүйек бұлшықет жүйесінің дегенеративті ауруларының емінде таңдау препараты ретінде есептеуге мүмкіндік береді.

Әдебиеттер:

1. Барлинг-Геза, Себени-Бела. Диагностика и терапия поясничной боли. *Lege Artis Medicinae*, 7: 242-254, 1997;
2. Носонова В.А., Носонов Е.Л. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. - М., 2003;
3. Носонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: терапевтические перспективы. *РМЖ.*, 2002.-10.-4-с. 2006-210;
4. Цветкова Е.С. и соавт. Перспективы применения ингибиторов ЦОГ-2 при остеоартрозе. *Consilium medicum*, 2004. - т.6. - №2. - 100;
5. Рудиш Т., Трауе Х., Кеслер М. Этиология миогенных болей, *Lede Artis Medicinae* 8: 164-170, 1998;
6. Кукес В.Г. Клиническая фармакология.-М., 2003;
7. Огороков В.Н. Лечение заболеваний внутренних органов. – Минск, Т. 2.-2005.