

УДК 616.24-08

АУЫР АҒЫМДАҒЫ ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАР ҮШІН КЕШЕНДІ ЕМ ТИІМДІЛІГІ

А.Н. Жұмағалиева

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Мәселенің өзектілігі. «Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының әлемдік популяцияға жасап отырған ықпалымен салыстырғанда, денсаулық сақтау комитеті мен үкімет тарапынан бұл мәселеге жеткіліксіз көңіл бөлінуде, - деп санайды GOLD басшысы, профессор Ромейн Пауэлс. – Керісінше, аурудың таралу жағдайының ұлғаюын ескере отырып, біз күшімізді біріктіруіміз керек. GOLD – ӨСОА бойынша сарапшылардан және 100-ден астам елдің медициналық ассоциацияларынан тұратын топ. Осы сырқат бойынша жағдайды жаһандық масштабта түпкілікті өзгерту үшін, біз барлығын жасауымыз керек»[1]. Қазіргі заманғы мағлұматтарды негізге ала отырып, ӨСОА анықтамасын төмендегідей тұжырымдауға болады: ӨСОА – бетін қайтаруға және емдеуге болатын, жекелеген науқастарда сырқат ағымын қосымша ауырлатуға қабілетті, өкпеден тыс біршама көріністермен сипатталатын ауру [2]. Оның өкпелік құрылымы қайтарымы толық емес ауа ағымы жылдамдығының шектелуімен сипатталады. Ауа ағымы жылдамдығының шектелуі әдетте үдемелі болады және ингаляцияланған патогендік бөлшектер мен газдардың әсерінен болатын өкпенің патологиялық қабынуымен байланысты [3,4,5,6]. ӨСОА кезіндегі созылмалы бронх обструкциясының жалғыз-ақ салдары өкпе гипертензиясының дамуы болып табылады (ӨГ). Гиперкапния, гипоксемиямен қатар ӨГ оң жақ қарыншаның қалыптан тыс ұлғаюына, содан кейінгі оның дилатациясына және өкпетекті жүректің дамуына алып келетін болғандықтан, ӨСОА кезінде жағымсыз болжам факторы болып табылады [7,8]. Өкпетекті жүректің болуы жүректің оң бөлігіндегі жетіспеушіліктің көрінуімен сипатталатын аурудың күшеюінің жаңа кезеңін білдіреді, ол ауру ағымын ушықтырып, ауруханаға жату қажеттілігін тудыратын жиі асқынулармен сипатталады және науқастардың өмір сүру мерзімін қысқартады [8,9,10].

Зерттеу мақсаты: Ауыр ағымдағы өкпенің созылмалы обструктивті ауруына шалды емдеу тиімділігін арттыру.

Зерттеу міндеттері:

1. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруына шалдыққан науқастардың респираторлық белгілер өзгерісін зерттеу.

2. Сыртқы тыныс алу қызметі өзгерісін кешенді ем аясында салыстырмалы бағалау.

3. Өкпелік гемодинамика көрсеткіштерін кешенді ем негізінде динамикада сараптау.

Зерттеу нысандары мен әдістері. Зерттеуге диагнозы GOLD (2006) бойынша анықталған 76 науқас кірді, олардың ішінде 59 (77,6%) ер адамдар және 17 (22,4%) әйел адамдар, 41 жасан 70 жасқа дейін. Тексерілген науқастардың орта жасы $60,5 \pm 0,57$, ауру ұзақтығы $12,5 \pm 1,3$ зиянды өндіріс жағдайында жұмыс $24,80 \pm 1,88$ жыл, 89 науқас (70,0%) шылым шегушілер. Шылым шегу индексі $22,5 \pm 1,2$ қорап/жыл. Бала кездерінде жиі респираторлық аурудан зардап шеккендер 3 науқас (3,09%).

Зерттеуге енгізу сипат белгілері:

III кезеңдегі ӨСОА диагнозы қойылған науқастар (GOLD сипат белгілері бойынша, 2006 қайта қарау), $30\% < \text{ЖШДК1} < 50\%$, $\text{ЖШДК1}/\text{ӨЖТС} < 70\%$ [1]

Δ $\text{ЖШДК1} < 12\%$ постбронходилатациялық сынамада, ≥ 2 ӨСОА өршуінің белгілері [165]. Шылым шегу индексі > 10 қорап/жыл. Өкпе артериясындағы орташа қысымның жоғарылауы > 20 мм.с.ын.бағ. Зерттеуден бұрын барабар бронходилатациялық емнің болмауы.

Зерттеуге енгізілмейтін сипат белгілер: бронх демікпесі, атопия, қатерлі ісіктер, туберкулез, миокард инфаркты және анамнезінде ми қан айналымының жедел жетіспеушілігі, соңғы 6 ай ішіндегі хирургиялық кірісулер, өмірге қауіп төндіретін аритмиялар, тұрақсыз стенокардия, респираторлық қолдауға мұқтаж науқастар, сыртқы тыныс алу қызметін тестілеу кезінде тыныс алу әрекетін дұрыс орындауға қабілетсіз науқастар, нитраттарды, диуретиктерді, ангиотензин ауыстырушы фермент ингибиторын, жүрек гликозидтерін, кальций антагонистерін тұрақты қабылдайтын науқастар.

Өткізілген емнің сипатына байланысты науқастар екі топқа бөлінді:

а) 1 топ (25 ӨСОА шалдыққан науқастар) – дәстүрлі терапияны қабылдаған: атровент 40 мкг 4 рет тәулігіне, серетид 250 мкг 2 доза 2 рет күніне, қоздырғышты ескере отырып, қажет болған жағдайда антибактериялық терапия, теofil 300 мг 1 капсуладан күніне бір рет, ацетилцистеин 200 мг күніне 3 рет.

б) 2 топ (51 ӨСОА шалдыққан науқастар) – негізгі терапия аясында тиотропиум бромид (спирива) 18 мкг/тәулігіне, силденафил бірінші айда 50 мг 2 рет күніне, екінші айда 50 мг/тәулігіне, үшінші айда 50 мг/тәулігіне күн аралатып, амробене ретардты 75 мг/тәулігіне қабылдады. Ем ұзақтығы 12 апта.

Зерттеудің атқарымдық әдістеріне спирография, пикфлоуметрия, доплерэхокардиография енгізілді.

Нәтижелер және талқылау

Респираторлық белгілердің айқындылығы ұпайлық жүйе бойынша анықталды.

12 апта емнен кейін респираторлық белгілер бойынша науқастардың клиникалық жағдайының жақсарғанын байқадық.

1-кестеден көріп отырғанымыздай, бақылау тобында енгізу 22,08%, негізгі топта 51,5%, жөтел негізгі топ науқастарында 68,2%, бақылау тобында 28%, өкпедегі сырылдар негізгі топта 53,4%, бақылау тобында 30%, қақырықтың бөлінуі негізгі топ науқастарында 63,2%, бақылау тобы науқастарында 44,5% төмендеді.

12 апта емнен кейін негізгі топта сыртқы тыныс алу қызметінің көлемдік және жылдамдық көрсеткіштерінің айтарлықтай жақсарғанын көреміз.

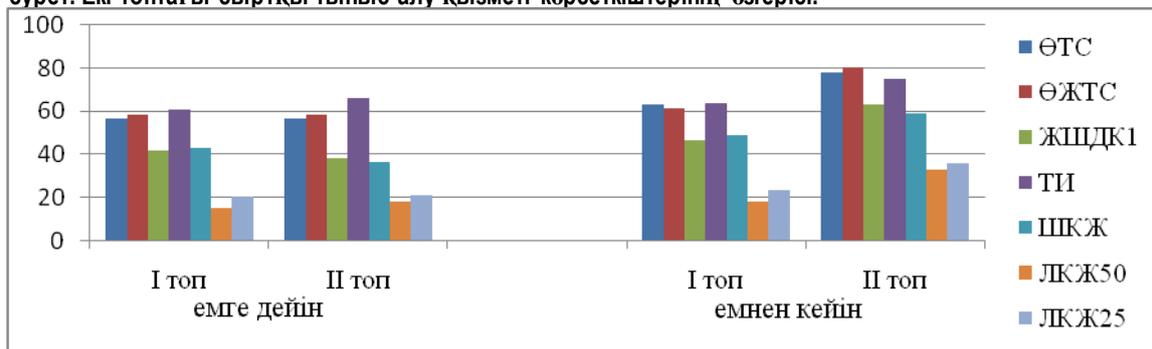
Эхокардиографияны бағалағанда I топ науқастарында барлық көрсеткіштер 4 аптадан кейін бастапқы деңгейде қалып отыр, 12 апта емнен кейін өкпе артериясындағы орташа қысым деңгейі 7,9% ғана төмендеген. SaO₂ 12 апта емнен кейін 2,6% ғана көтерілген.

1-кесте. - Клиникалық белгілер өзгерісі

Көрсеткіштер	Емге дейін	
	I топ (бақылау тобы), n=25	II топ (негізгі топ), n=51
Ентікпе, ұпайлар	2,40±0,08*	2,31±0,08*
Жөтел, ұпайлар	2,32±0,12*	2,33±0,08*
Сырыл, ұпайлар	2,40±0,12*	2,34±0,12*
Қақырық, ұпайлар	2,54±0,12*	2,53±0,14*
Көрсеткіштер	Емнен кейін	
	I топ, n=25	II топ, n=51
Ентікпе, ұпайлар	1,87±0,11*	1,12±0,10*
Жөтел, ұпайлар	1,67±0,09*	0,74±0,09*
Сырыл, ұпайлар	1,68±0,08*	1,09±0,08*
Қақырық, ұпайлар	1,41±0,08*	0,93±0,09*

*p<0,05

1-сурет. Екі топтағы сыртқы тыныс алу қызметі көрсеткіштерінің өзгерісі.



2-кесте. Кешенді ем әсерінен өкпелік гемодинамика және жүректің оң жақ бөлігінің өзгерісі.

№	Көрсеткіштер	ӨСОА науқастары, n=25		
		бастапқы	4 аптадан кейін	12 аптадан кейін
1.	ОрҚӨА(мм.сын.бағ)	38,1±2,06	38,1±1,5*	35,1±1,2*
2.	ОҚААӨ	3,0±0,31	2,72±0,25*	2,72±0,24*
3.	ОҚАҚ	0,45±0,02	0,45±0,01*	0,45±0,02*
4.	ҚҚСИСТ	110,4±7,6	109,7±7,8*	109,7±6,8*
5.	ҚҚДИАСТ	73,6±5,2	74±5,3*	74±5,3*
6.	ЖСЖ	84±6,6	84±6,6*	84±6,6*
7.	SaO ₂	85,5±1,3	85,5±1,4*	87,7±0,9*

Ескерту: * - бастапқы шамамен салыстырғанда статистикалық нақты (p<0,05).

3-кесте. - ӨСОА науқастарының II тобындағы негізгі ем аясында силденафил және тиотропиум бромид (спирива) қолданғаннан кейін өкпелік гемодинамика, жүректің оң жақ бөлігінің көрсеткіштерінің өзгерісі.

№	Көрсеткіштер	ӨСОА науқастары, n=51		
		бастапқы	4 аптадан кейін	12 аптадан кейін
1.	ОрҚӨА(мм.сын.бағ)	39,2±1,9	36,2±1,4*	28,1±1,1*
2.	ОҚААӨ	3,12±0,41	2,8±0,32*	2,7±0,31*
3.	ОҚАҚ	0,48±0,02	0,47±0,01*	0,45±0,01*
4.	ҚҚСИСТ	107,5±7,8	109,5±6,7*	109,5±7,5*
5.	ҚҚДИАСТ	68,7±5,1	72,5±4,3*	72,7±4,2*
6.	ЖСЖ	86,3±4,7	85±5,6*	83,4±3,3*
7.	SaO ₂	86,7±1,5	89,2±1,3*	93,7±0,7*

Ескерту * - бастапқы шамамен салыстырғанда статистикалық нақты (p<0,05).

II топ науқастарында негізгі ем аясында 5-ФДЭ ингибиторы силденафил мен тиотропиум бромидті (спирива) қолданған кезде өкпе артериясындағы орташа қысым деңгейі басқа топ науқастарымен салыстырғанда айтарлықтай төмендегенін көреміз. Зерттеуге дейін II топ науқастарында орташа қысым деңгейі 39,2±1,9 мм.сын.бағ., 4 апта емнен кейін 36,2±1,4 мм.сын.бағ. құрап, 7,6% төмендеген. Ал 12 апта емнен кейін 28,1±1,1мм.сын.бағ., 28,3% төмендеген. Сонымен қатар, артериялық қанның

оттегімен қанығуы бастапқы көрсеткішпен салыстырғанда 8 % жоғарылаған.

Қорытынды:

Кешенді ем құрамына 5-ФДЭ ингибиторы және ұзақ әсерлі M холинolitik энгізілгенде респираторлық белгілер, сыртқы тыныс алу қызметі және өкпелік гемодинамика көрсеткіштерінің айтарлықтай жоғарылағанын көреміз.

Әдебиеттер:

1. Материалы конгресса. GOLD – новая международная программа по ХОБЛ. Российский медицинский журнал. 2001;Т9,№12.
2. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Терапевтический архив. 2008;8:45-50.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Перевод с англ. под ред. Чучалина А.Г.-М.: Издательский дом «Атмосфера»;2007,С96.
4. Anthonisen N.R., Manfreda J., Warren C.P.W.et al. Antibiotic therapy in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Ann.Intern.Med.1987;106:196-204
5. Овчаренко С.И., Лещенко И.В. Современные проблемы диагностики хронической обструктивной болезни легких. Пульмонология.2004;4:160-163.

6. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. М.: Бином; 2000.

7. Федорова Т. А. Хроническое легочное сердце. Хронические обструктивные болезни легких под ред. А.Г.Чучалина. М.2000;192-216

8. Hida W., Tun Y., Kikuchi Y. et al. Pulmonary hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease: recent advances in pathophysiology and management. Respiratory.2002;7:3-13.

9. Чучалин А.Г., Лещенко И.В., Овчаренко С.И. Определение, классификация и диагностика ХОБЛ. Хроническая обструктивная болезнь легких, клинические рекомендации под ред. Чучалина А.Г.М.;2003:7-22.

10. Авдеев С.Н., Царева Н.А., Чучалин А.Г. Лечение легочной гипертензии при хронической обструктивной болезни легких. Сердечная недостаточность.2002;3:144-148.

Эффективность комплексной терапии при хронической обструктивной болезни легких тяжелого течения.**А.Н. Жумагалиева****Государственный медицинский университет г. Семей.**

Изучение влияния комплексной терапии на показатели респираторной симптоматики, функции внешнего дыхания, легочной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких III стадии. Курс лечения 12 недель. После комплексной терапии у больных III стадии ХОБЛ отмечается улучшение показателей функции внешнего дыхания и легочной гемодинамики, положительная динамика респираторных симптомов.

The effectiveness of complex therapy in chronic obstructive pulmonary disease of severe current.**A.N. Zhumagalieva****Semey State Medical University**

Studying of influence of complex therapy on respiratory symptoms, respiratory function, pulmonary hemodynamics in patients with chronic obstructive pulmonary disease stage III. The course of treatment is 12 weeks. After the treatment of patients with stage III COPD marked improvement of respiratory function and pulmonary hemodynamics, the positive dynamics of respiratory symptoms are observed.

УДК 616.993-616-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ПО ГОРОДУ СЕМЕЙ**Ш.Б. Садыкова, Ш.Е.Токанова, Г.Д. Довгаль, А.О. Кулжанбекова,****А.С. Дюсембаева, Н.А. Крючкова, О.О. Оспанова****Государственный медицинский университет г. Семей**

Актуальность. Бруцеллез (син.: мальтийская лихорадка, болезнь Sauza) – хронически протекающая болезнь животных и человека, вызываемая бактериями, объединенными под общим названием Brucella.

Бруцеллез человека - тяжелое хроническое заболевание. Инкубационный период равен 1-2 неделям, а иногда затягивается до 2-х месяцев. Это зависит от количества попавших микробов, их вирулентности и сопротивляемости организма.

После инкубационного периода клиника бруцеллеза у человека проявляется в форме острого заболевания с выраженной лихорадочной реакцией до плюс 39-40 °С в течение 3-7 дней и более. Повышение температуры сопровождается ознобом и обильным потовыделением. При раннем применении антибактериальной терапии может наступить выздоровление. Однако чаще происходит дальнейшее прогрессирование клинических проявлений в виде рецидивирующего бруцеллеза или активного хронического процесса с поражением опорно-двигательного аппарата, нервной, мочеполовой и сердечно-сосудистой систем. Основными источниками бруцеллеза в нашей стране являются овцы, но возможно - и козы, коровы, свиньи. Зараже-

ние человека бруцеллезом происходит алиментарным, контактным, возможно аэрогенным путями. Факторами передачи могут быть пищевые продукты и сырье животного происхождения, эпидемиологическое значение которых определяется массивностью обсеменения, видом бруцелл, их вирулентностью и длительностью сохранения (например, в молоке бруцеллы сохраняются до 10 и более дней, во внутренних органах, костях, мышцах и лимфатических узлах инфицированных туш - более одного месяца, шерсти – до 3 месяцев.) Заболевают лица, имеющие контакт с больными животными: чабаны, пастухи, доярки, ветеринары, работники мясокомбинатов и др.

Цель работы: анализ заболеваемости бруцеллезом по г.Семей за 2008-2009гг.

Материалы и методы исследования: анализ заболеваемости бруцеллезом за 2008-2009гг. по данным отчетной документации ГУ УГСЭН по г.Семей.

Результаты исследования и их обсуждение:

В г.Семей эпидемиологическая и эпизоотическая ситуация по заболеваемости бруцеллезом остается напряженной.