

кости сосудистой стенки и маркером кардиоваскулярного риска, выявило ее повышение у больных подагрой на 14,2% ($p<0,05$) в сравнении с контролем ($116,9\pm 1,9$ см/с). Наибольшая величина СРПВ ($142,2\pm 2,3$ см/с, $p<0,05$) определена у больных подагрой с метаболическим синдромом. Индекс аугментации ($A|x$), отражающий сопротивление мелких артериол потоку крови, у больных подагрой с МС был более чем в 2 раза ниже контроля ($-31,4\pm 1,3\%$). У больных подагрой без признаков МС индекс аугментации был выше, чем у пациентов с подагрой и МС в 1,3 раза ($p<0,05$).

Для оценки взаимосвязи между показателями активности иммунного воспаления и упруго-эластических свойств сосудистого русла был проведен многофакторный корреляционный анализ, установивший наличие достоверных прямых корреляционных связей между сывороточной концентрацией ИЛ-1- β , ИЛ-6, ФНО- α , лептина и $A|x$ ($r=0,44$, $p<0,05$; $r=0,46$, $p<0,05$; $r=0,49$, $p<0,05$; $r=0,52$, $p<0,05$ соответственно). Положительная корреляционная зависимость определена между уровнем ИЛ-1 β и СРПВ ($r=0,46$, $p<0,05$), ИЛ-6 и СРПВ ($r=0,51$, $p<0,05$), ФНО- α и СРПВ ($r=0,48$, $p<0,05$), лептина и СРПВ ($r=0,52$, $p<0,05$). Обратная зависимость установлена между СРПВ, $A|x$ и адипонектином ($r=-0,58$, $p<0,05$, $r=-0,54$, $p<0,05$ соответственно).

Выводы. У больных подагрой имеют место нарушения упруго-эластических свойств сосудистого русла, характеризующиеся повышением жесткости и снижением эластичности (увеличение СРПВ и индекса аугментации), более выраженные при наличии метаболического синдрома. Увеличение провоспалительной цитокинемии, содержания в СРБ, лептина, снижение уровня адипонектина у больных подагрой с МС, коррелируют с повышением скорости пульсовой волны и индекса аугментации.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Плотникова К.Д.

Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар, e-mail: diamond129@mail.ru

По данным литературы, тревога как психологический феномен разделяется на ситуативную тревогу и личностную тревожность. Ситуативная тревога – актуальное переживание психоэмоционального дискомфорта. Личностная тревожность – важная черта характера, отражает предрасположенность к частым проявлениям состояния тревоги в самых разных жизненных ситуациях. Последние данные (Э. Изард, 2007) свидетельствуют о том, что тревога не простой, а сложный феномен, включающий в свой состав некую комбинацию различных эмоций и следовательно для того, чтобы понять и успешно лечить тревогу «необходимо понимать, какие эмоции в ней участвуют».

Цель работы: выявить психофизиологические (темпераментальные) предпосылки формирования личностной тревожности.

Материалы и методы. 210 студентов КГМУ (163 женщины и 47 мужчин) в возрасте 18–22 года выполняли методику комплексной оценки личностной тревожности (КЛТ) и тест акцентуации свойств темперамента (ТАСТ), разработанные в КГМУ. Методикой КЛТ оценивали общий уровень личностной тревожности и выраженность ее компонентов (предрасположенность к состояниям тревоги, застенчивость, соматовегетативные проявления тревоги, пессимистическая самооценка). С помощью ТАСТ определяли биполярные факторы, отражающие со-

четание свойств (шкал) темперамента в типах: эмоциональная стабильность (Эст) – эмоциональная нестабильность (ЭНст); социальная активность (СА) – социальная пассивность (СП); предметная активность (ПА) – предметная пассивность (ПП). Результаты сопоставления компонентов ЛТ с типами темперамента обработаны статистически по t – критерию.

Результаты. Установлено, что у женщин при акцентуации Эст все компоненты ЛТ были ниже, чем у женщин без акцентуации и, напротив, у женщин с акцентуацией ЭНст – выше. Высоко достоверно полюса Эст – ЭНст были связаны с двумя компонентами ЛТ: предрасположенностью к состояниям тревоги и застенчивостью. При акцентуации Эст предрасположенность к состояниям тревоги была уменьшена на 65% ($p<0,001$), а застенчивость – на 54% ($p<0,01$) по сравнению с показателями у женщин без акцентуаций. Напротив, при акцентуации ЭНст предрасположенность к состояниям тревоги увеличена на 50,8% ($p<0,01$), а застенчивость – на 57,0% ($p<0,01$). При смешанной акцентуации СА-ПА застенчивость была уменьшена на 72,9% ($p<0,05$). Напротив, акцентуация полюсов СП-ПП резко усиливает – на 259% ($p<0,001$) – формирование застенчивости. Оно значительно усилено и при комбинации акцентуированных ЭНст-СП-ПП – на 179% ($p<0,01$). Зависимости между типами темперамента и компонентами ЛТ у мужчин были аналогичными.

Закключение. Акцентуация астенических полюсов биполярных факторов темперамента (ЭНст, СП, ПП) является генетически детерминированной предпосылкой формирования ЛТ. Акцентуация полюса ЭНст является предпосылкой формирования предрасположенности к состояниям тревоги и застенчивости, а акцентуация одновременно полюсов СП и ПП, а также ЭНст, СП, ПП, в основном, – к формированию застенчивости.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА АЛМАТЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Рустемова Ш.К., Омарова Х.С.

Городская клиническая больница № 1, Алматы;
Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы,
e-mail: nazym-8989@mail.ru

Актуальность. Кислотозависимые заболевания заслуживают особого внимания и остаются одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения, актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. [1]

Активное изменение социально-экономической структуры современного общества, проявляющееся стремительной урбанизацией, нарастанием темпа жизни и негативного стрессорного влияния окружающей среды, резким ухудшением питания, прямо сказывается на состоянии здоровья населения и вносит свои коррективы в общую картину заболеваемости в стране. [2]

Высокая распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), делает проблему их лечения социально и медицински значимой. [3]

Формы государственной статистической отчетности свидетельствуют о росте заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки по Республике Казахстан среди сельского населения, если в 2009 году среди городского населения он составлял 171,0 (из них женщин – 159,5), а среди сель-

ского населения-64,5, из них женщин-57,8; то в 2010 году- среди городского населения-176,0: из них женщин-178,0, а среди сельского населения-68,7, из них женщин-62,6 и в 2011 году- среди городского населения-105,6: из них женщин-119,3, а среди сельского населения-81,8, из них женщин-83,8 на 100000 населения. [4,5,6]

Распространенность заболевания органов пищеварения среди сельского населения Алматинской области в среднем составляет 23,8 случая на 100000 населения, при этом динамика заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется значительным темпом прироста показателей в 2010 году-68,7 и показатель заболеваемости в 2011 году-81,8. [7]

В настоящей статье представлен анализ данной проблемы в зависимости от различных эпидемиологических, клинических составляющих у пациентов различных возрастных групп.

Цель работы: изучение эпидемического процесса при язвенной болезни: факторы, национальность, механизмы развития у жителей города Алматы и Алматинской области.

Материалы и методы исследования

Проанализированы стационарные карты 236 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ГКБ № 1 г. Алматы за период с октября 2012 по декабрь 2012 года, возрасте от 15 лет до 79 лет.

За октябрь – 71 человек (30,1%), из них по язвенной болезни – 16 (22,5%) за ноябрь-98 человек (41,5%), из них по язвенной болезни – 24 (24,5%), за декабрь – 67 человек (28,4%), из них по язвенной болезни – 11 больных (16,4%) в общем количестве 51 человек по язвенной болезни (21,6%) . По данным статистики, можно сделать следующее заключение: обострение заболевания приходится в основном на ноябрь месяц.

Из обследованных 51 больных, женщин – 20 (39,2%), мужчин – 31 (60,8%).

Среди наблюдаемых пациентов преобладали мужчины -31больной (60,8%), из них : работающих – 12 (38,7%) , пенсионного возраста – 2 (6,5%), инвалиды – 3 (9,7%), студенты-3 (9,7%). Из них не работало 11 человек (35,5%). С впервые выявленной язвенной болезнью желудка – 2 пациента (6,5%), хронической язвенной болезнью желудка-3 больных (9,7%), хронической язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки-26 пациентов (83,9%).

Среди наблюдаемых пациентов преобладали мужчины (средний возраст 40-49 лет, по национальности – казахи).

При сравнительном изучении социального положения пациентов установлено, что среди них с язвенной болезнью больше работающих.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным собственных исследований распространенность язвенной болезни по городу Алматы составляет -43 больных (84,3%) из них женщин – 12 (27,91%), мужчин – 31 (72,1%).

Таблица 1

Структура пациентов по полу, возрасту, национальности, по социальному положению города Алматы

№	Районы г. Алматы	Количество	Пол	Возраст	Национальность	Сфера деятельности
1	Алататауский	9	Мужчины-7 Женщины-2	20-29=1 30-39=3 40-49=2 50-59=2 60-69=1	Казахи-4 Русские-1 Уйгуры-4	Работающие-2 Не работающие-5 Пенсионер-1 Инвалид-1
2	Алмалинский	4	Мужчины-4	15-17=1 20-29=1 50-59=2	Казахи-2 Русские-2	Работающие-2 Не работающие-1 Школьник-1
3	Ауэзовский	10-23,3%	Мужчины-7 Женщины-3	18-19=1 30-39=2 40-49=3 50-59=2 60-69=1 70-79=1	Казахи-6 Русские-4	Работающие-4 Не работающие-4 Пенсионер-1 Инвалид-1
4	Бостандыкский	8	Мужчины-4 Женщины-4	15-17=1 20-29=3 30-39=1 40-49=1 60-69=2	Казахи-5 Русские-2 Таджичка-1	Работающие-2 Не работающие-4 Пенсионер-1 Инвалид-1
5	Жетысуский	6	Мужчины-4 Женщины-2	40-49=2 50-59=2 60-69=1 70-79=1	Казахи-5 Русские-2 Дунгане-2	Работающие-1 Не работающие-2 Пенсионеры-2 Инвалид-1
6	Медеуский	2	Мужчины-2	30-39=1 40-49=1	Казах-1 Уйгур-1	Работающие-2
7	Турксибский	4	Мужчины-3 Женщины-1	15-17=2 20-29=1 50-59=1	Казахи-4	Не работающие-1 Студенты-2 Инвалид-1

По данным табл. 1 среди наблюдаемых пациентов по городу Алматы: работающих – 13 человек (30,2%), пенсионного возраста – 5 (11,6%), инвалиды – 5 (11,6%), студенты – 2 (4,7%) , школьник – 1 (2,3%),

из них не работало 17 человек (39,5%). Среди наблюдаемых пациентов преобладали мужчины 31 (72,1%): средний возраст которых 40-59 лет, по национальности – казахи.

Таблица 2

По нозологиям города Алматы

№	Районы города Алматы	ВВЯБЖ	ХЯБЖ	ВВЯДПК	ХЯБДПК
1	Алатауский	2	1		6
2	Алмалинский			1	3
3	Ауэзовский	2	2		6
4	Бостандыкский		2	1	5
5	Жетысуский		2		4
6	Медеуский				2
7	Турксибский		1		3

Из табл. 2 видно что, среди районов города Алматы по язвенной болезни лидирует Ауэзовский район. Язвенной болезнью страдает 10 пациентов (23,3%).

По данной нозологии города Алматы, с впервые выявленной язвенной болезнью желудка наблюдается 5

пациентов (11,6%), с хронической язвенной болезнью желудка – 8 пациентов (18,6%), с впервые выявленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 2 пациента (4,7%), с хронической язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки-29 пациентов (67,4%).

Таблица 3

Структура пациентов по полу, возрасту, национальности, по социальному положению по Алматинской области

№	Районы Алматинской области	Количество	Пол	Возраст	Национальность	Сфера деятельности
1	Илийский	1	Мужчина	72	казах	пенсионер
2	Карасайский	5	Мужчины-2 Женщины-3	15-17=1 20-29=1 50-59=3	Казахи-5	Работающие-2 Не работающие-2 Студент-1
3	Кербулакский	1	Женщина	52	казашка	Не работающая
4	Райымбекский	1	Мужчина	46	казах	Не работающий

В результате анализа табл. 3 получены следующие данные: по Алматинской области всего больных 8 человек (15,7%): из них женщин – 4 (50%), мужчин – 4 (50%). Соотношение мужчин и женщин 1:1.

Среди наблюдаемых пациентов: работающих – 2 (25%) и пенсионного возраста – 1 (12,5%), студент – 1 (12,5%), из них не работало 4 человека

(50%), преобладали мужчины, средний возраст которых – 50-59 лет, по национальности – казахи.

При сравнительном анализе социального положения пациентов данного района установлено, что среди них с язвенной болезнью по городу Алматы и Алматинской области достоверно больше не работающих.

Таблица 4

По нозологическим формам заболевания Алматинской области

№	Районы Алматинской области	ВВЯБЖ	ХЯБЖ	ВВЯБДПК	ХЯБДПК
1	Илийский				1(12,5%)
2	Карасайский	(12,5%)		1(12,5%)	3 (37,5%).
3	Кербулакский		1(12,5%)		
4	Райымбекский				1(12,5%)

По нозологическим формам заболевания (табл. 4) следует отметить, что язвенная болезнь чаще встречается в Карасайском районе и составляет 62,5% (5 пациентов).

По нашим исследованиям, к реализованным факторам риска, способствующим возникновению заболевания, стоящий на первом месте, относится алиментарный фактор – 41,2% (21 человек). При анализе историй болезни установлено, что данный фактор риска связан с нарушениями режима и характера питания (например, систематическое употребление острой и грубой пищи, торопливая еда и еда всухомятку, большие перерывы между приемами пищи низким уровнем понимания значения, норм и требований диетического питания).

Психозомональный фактор занимает 2 место и составляет – 29,4% (15 пациентов) (недостаточные отдых и сон, ненормированный рабочий день, стрессовые ситуации), физическое перенапряжение по

сфере деятельности (водители автотранспорта, дворники, охранники, инженеры).

Препараты принимали – 13,7% (7 больных): преимущественно больные с фоновой патологией (ревматоидный артрит, ИБС, ОНМК, цирроз печени, из них 3 пациента (42,9%) принимали препараты самостоятельно купленные в аптеке без рекомендации врача).

Вредные привычки составляет - 15,7% (8 человек): из них 4 пациента (50%)-злоупотребляют алкоголем и 4 пациента (50%) курят

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Язвенная болезнь среди городского населения регистрируется чаще, чем среди сельского. Высокий уровень заболеваемости объясняется особенностями питания, социальной и производственной жизни, загрязнением внешней среды в городах.

2. Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 2 раза чаще, чем язвы желудка.

3. Среди наблюдаемых пациентов преобладали мужчины, средний возраст которых 40-59 лет, по национальности казахи.

3. Язвенной болезни наиболее подвержены люди, работа которых связана с нервно-психическим напряжением, особенно в сочетании с нерегулярным питанием (водители автотранспорта, дворники, охранники, инженеры), также национальная особенность: есть на ночь, к примеру, бешбармак, для многих уже традиция. Окончательно «посадить желудок» можно в придорожных шашлычных и различных забегаловках.

4. При сравнительном изучении социального положения пациентов установлено, что среди пациентов с язвенной болезнью по городу Алматы и Алма-тинской области достоверно больше неработающих, причиной является низкие доходы.

5. К выраженным факторам риска следует отнести уровень семейного и материального благополучия, жилищных условий, режим и качество питания, злоупотребление алкоголем, курение, бесконтрольное использование лекарственных препаратов, стрессы, наследственность.

Представляется целесообразным сформулировать следующие практические рекомендации.

1. Повысить качество санитарно-просветительской работы на этапе первичной медико-санитарной помощи: проводить пропаганду отказа от вредных привычек среди населения, повышать уровень гигиенической грамотности среди населения.

2. На этапе первичной медико-санитарной помощи осуществлять регулярные обследования лиц, имеющих факторы риска, с целью выявления латентно протекающей язвенной болезни.

Список литературы

1. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. №5. С. 113-118
2. Абилямажинова Г.Т., Жакупова З.Ж., Болигуб А.Б., Азиканова М.К., Скоробогатова Н.А., Игольникова Е.Ф. Вопросы диспансеризации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Журнал НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК. Терапевтический вестник. 2011. №02 (30). С. 55-56.
3. Абдуллаева Р.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)-социальная проблема // Журнал НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК. Терапевтический вестник. 2011. № 2. С. 46-47.
4. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году». Астана 2009. С. 77-79.
5. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году». Астана 2010. С. 77-79.
6. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». Астана 2012. С. 79-81.
7. Данышбаева А.Б. Мониторинг кислотозависимых заболеваний среди жителей Алмадинской области // Вестник КазНМУ. 2012. № 2. С. 8-10.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ДИХЛОРЕТАНОМ

Ряховский А.Е., Рамазанов В.О.

Баширский государственный медицинский университет, Уфа, e-mail: dr.ryahov@yandex.ru

Дихлорэтан (ДХЭ) относится к особо опасным загрязнителям окружающей среды, отличается высокой токсичностью и кумуляционной способностью. Промышленный растворитель, входящий в со-

став краски, средства для снятия лака и полировки, средств, для обезжиривания поверхности. Используется в сельском хозяйстве для обеззараживания зерна, зернохранилищ и почвы виноградников. Применяется для склейки некоторых пластмасс. Чаще всего хронические интоксикации ДХЭ встречаются на производстве, где соединение используют как растворитель. Считается, что основным патогенетическим звеном токсического действия ДХЭ на организм является поражение печени, поскольку именно этот орган играет ведущую роль в процессе его превращения. Воздействие хронической интоксикации ДХЭ на нервную систему малоизученно. Целью исследования явилось изучение действия хронической интоксикации ДХЭ на состояние нервной системы у крыс.

Материалы и методы. Работа выполнена на 30 крысах-самцах линии «Вистар» массой 220-270 г. содержащихся на стационарной диете вивария. При выполнении экспериментов соблюдались «Правила проведения работ с использованием лабораторных животных». Крысы были разделены на две группы по 15 особей. У опытной группы хроническую интоксикацию вызывали введением ДХЭ в раствор подсолнечного масла в желудок в дозе 5 мг/кг (0,01 LD₅₀) ежедневно в течение восьми недель. Контрольная группа получала подсолнечное масло. У опытной группы крыс оценка состояния нервной системы проводилась путем исследования ориентировочно-исследовательского поведения в тесте «открытого поля», а также по «системе бальной» оценке состояния крыс при токсических воздействиях. Настоящие исследования проводились на 28 и 56 сутки эксперимента. Изучали следующие показатели: в тесте «открытого поля» производился визуальный отсчет количества заглядываний животным в отверстия «норковый рефлекс» и визуальный отсчет количества становлений крысы на задние конечности за промежуток времени равный 5 мин. По бальной системе оценивались рефлексы и соматические показатели.

Результаты и обсуждение. Как видно из табл. 1, дихлорэтан (ДХЭ), введенный по указанной схеме, вызывает стойкое снижение моторной активности (опытные животные заметно медленнее передвигаются), нарушение пространственной ориентации (выдерживают длительную паузу прежде чем приступают к исследованию новой для них среды), нарушение познавательной активности (быстро теряют интерес, посетив небольшое количество лунок за первые 2-3 минуты останавливаются в одном из углов поля, оставшееся время умываются или сидят относительно неподвижно, не покидая выбранного угла). Крысы контрольной группы активно передвигаются по полю в течение всего времени эксперимента, чаще посещают лунки и встают на задние конечности, постоянно принюхиваются и осматриваются. В системе бальной оценки неврологического статуса крыс (табл.2) особое внимание уделяется поведенческим реакциям животных, изменениям рефлекторной деятельности, координационно-двигательным расстройствам. При этом отражается состояние различных уровней центральной нервной системы. Иерархия уровней включает спинной мозг (рефлекс сгибания), продолговатый мозг (роговичный рефлекс), Варолиев мост и средний мозг (рефлекс равновесия, зрачковые реакции) и кора головного мозга (реакция постановки лап на опору, хватание, тесты для исследования равновесия). Количество баллов от 0 до 10 считается нормой, от 10 до 30 нарушение нервной системы легкой степени тяжести.