

И.Н. МЫШКИНА, А.К. ЖАМПОЗОВА, Б.К. КУЙЕУЖАНОВ, Ф.И. УМАРОВА, А.І.ТӨЛЕБАЙ
ЕҢБЕК ЕТУГЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАҒЫ АУРУЛАРДЫҢ АУЫЛДЫҚ ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯДАҒЫ
АНТИГИПЕРТЕНЗИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫ

Түйін: Бұл мақалада еңбек етуге қабілетті 133 науқастың ауылдық дәрігерлік амбулаториялық жағдайында бета-блокатор (метопролол), ангиотензин ингибиторына айналдыратын фермент (лизиноприл) және кальций антагонистін (амлодипин) қолдана отырып, гипертензияға қарсы терапиясының негізгі көрсеткіштері баяндалған. Сонымен қатар клиникалық тексерудің жалпылама қабылданған белгілі әдістері, қан қысымы мен электрокардиограмманың тәуліктік мониторингі, эхокардиографияға дейінгі және эхокардиографиядан кейінгі емдеу жолдары қолданылған. Жүргізілген зерттеулер, тек қана миокардтағы эктопиялық ошақтарының белсенділігін үлкейтуге апаратын жүректің құрылымдық-функционалдық жолдарын ғана емес, гипертензияға қарсы терапия фонындағы жүрек ырғағының бұзылушылықтарын түзету мүмкіндіктерін де дәлелдеп берді.

Түйінді сөздер: артериялық гипертензия, амлодипин, метопролол, лизиноприл, ауылдық дәрігерлік амбулатория.

I.N. MYSHKINA, A.K. ZHAMPOZOVA, B.K. KUYEUZHANOV, F.I. UMAROVA, A.I. TUOLIEBAI
ANTIHYPERTENSIVE THERAPY AT PATIENTS
ABLE-BODIED AGE IN THE CONDITIONS OF RURAL MEDICAL OUT-PATIENT CLINIC

Resume: In article the main indicators of antihypertensive therapy at 133 patients of able-bodied age in the conditions of rural medical out-patient clinic with application of the antagonist of calcium (amlodipine), ace inhibitor angiotensin receptor blocker (lisinopril) and a beta-blocker (metoprolol) are stated. The standard methods of clinical inspection, daily monitoring of arterial pressure and the electrocardiogram, echocardiography before treatment are used. The conducted research showed not only existence of structural-functional changes in the heart, bringing to increase in activity the ectopic of the centers in a myocardium, but also proved possibility of correction of violations of a rhythm of heart against antihypertensive therapy.

Keywords: arterial hypertension, amlodipine, metoprolol, lisinopril, rural medical out-patient clinic.

УДК 612.12 – 008.331.1 – 053.7

Г.Т. КАНТУРЕЕВА, М. КАЛУБАЕВА, Г. АШАБАЕВА, К. ТОБЖАНОВА, А. ОМАРГАЗИНА, А. МАКЕЕВА
Кафедра интернатуры и резидентуры по ОВП №1

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

У подростков показатели нормы АД зависят от соматотипа. Установлено, что у 33-44% подростков, имеющих АД выше нормы, в последующие годы уровень АД остается стабильно повышенным, а у 12-25% АГ приобретает прогрессирующее течение. Эти данные указывают на трансформацию АГ в ГБ. Раннее выявление факторов риска АГ является важным в профилактике заболевания.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, центили, скрининг, подростки.

В последние годы внимание исследователей, занимающихся изучением проблемы гипертонической болезни, все больше привлекает гипертония в молодом возрасте. Этот интерес может быть объяснен двумя причинами. Во-первых, попыткой найти истоки заболевания. Во-вторых, тем, что в последние годы отмечается увеличение частоты гипертонической болезни у детей, подростков и юношей.

Повышение АД у подростков и юношей (за исключением симптоматической гипертонии) — временное, преходящее нарушение, связанное с возрастной перестройкой организма. Эта форма получила название юношеской гипертонии.

Результаты исследований показали, что патогенез юношеской гипертонии не отличается от патогенеза гипертонической болезни взрослых, в частности было установлено, что в основе повышения давления в период возникновения заболевания лежит нарушение нормальных взаимоотношений между сердечным выбросом и тонусом периферических сосудов.

В подростковом возрасте имеется анатомическое несоответствие просвета сосудов быстрому росту размеров сердца. Первичная АГ у подростков включает в себя 3 формы: АГ периода пубертата, нейроциркуляторную астению, протекающую по гипертензивному типу (НЦА по ГТ) и ГБ.

Каковы факторы риска ГБ у подростков и юношей?

➢ нервное перенапряжение и отрицательные эмоции (сложные взаимоотношения со сверстниками, неправильная реакция окружающих на изменение характера подростка)

➢ ущерб физкультуре, спорту, отдыху

➢ нерациональная организации труда подростка - все перечисленное приводит к перенапряжению нервной системы и создает предпосылки для развития гипертонической болезни

➢ неблагоприятная обстановка в семье (ссоры родителей, их развод и пр.)

➢ наследственность (если гипертония наблюдается у родителей или других членов семьи, то возрастает вероятность ее появления у детей)

➢ особенность человеческого организма. К таким особенностям относится структура личности человека

➢ вредные привычки, прежде всего курение
Многочисленные наблюдения за больными гипертонией подтверждают тот факт, что в молодом возрасте болезнь чаще всего протекает скрыто, бессимптомно и диагностируется, как правило случайно при профилактическом осмотре. По нашим данным, 87,6% подростков с повышенным давлением не знали о нем.

Однако тщательное изучение ранних проявлений заболевания показывает, что совокупность таких симптомов, как повышенная утомляемость, головная боль, неприятные ощущения в области сердца, плохой сон (по нашим наблюдениям в 57% отмечались перечисленные жалобы) может быть признаком гипертонии, хотя каждый из этих симптомов сам по себе и неспецифичен для этой болезни.

Цель работы: выявление факторов риска первичной артериальной гипертензии в подростковом и юношеском возрасте.

Материалы и методы: изучение амбулаторных карт 35 пациентов в возрасте 15-21 год с повышенным АД за 12 месяцев, анкетирование пациентов:

1. Отмечается ли повышенное АД у родителей (наследственность)
2. Взаимоотношения пациента с членами семьи и со сверстниками
3. Склонность к сомнениям, неуверенность (личностные особенности)
4. Занятия спортом и физкультурой (определение двигательной активности)
5. Курение
6. Успеваемость, организация отдыха и времени вне учебного заведения.

Для дифференциальной диагностики повышенного АД и ранней диагностики АГ можно применять простую методику: У подростков измеряют рост, вес и окружность грудной клетки. Определяют соматотип. Измеряют систолическое (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД). Вычисляют средние САД и ДАД, установленные на 3 визитах с интервалом 10-14 дней. Сопоставляют измеренные САД и ДАД с табличными значениями с 90 и 95 перцентилями распределения, составленными для микросоматотипа и макросоматотипа. При средних значениях САД и ДАД для микросоматотипа и макросоматотипа соответствующих 90-94 перцентилю уровень артериального давления оценивают как повышенный. При средних значениях САД и ДАД, соответствующих 95 перцентилю и выше, диагностируют артериальную гипертензию. Способ позволяет повысить точность определения за счет учета соматотипа подростка. Аналогом данного способа авторы предлагают способ диагностики, в основе которого лежит

утвержденный ВОЗ верхний критерий нормального АД (систолическое АД - 140 мм рт.ст., диастолическое АД - 90 мм рт.ст.). Диагноз АГ правомочен, если в течение месяца при 3-х кратном измерении АД ртутным сфигмоманометром методом Короткова в стандартных условиях, регистрируются значения выше уровня 140/90 мм рт.ст.

Клинический пример: Сегизбаев К., 01.07.1994г., г. Алматы ГККП «ГП №3» (амб. карта №804867). Диагноз: НЦА по гипертензивному типу. При обследовании были зарегистрированы следующие показатели антропометрии: рост 182 см, вес 54 кг, окружность грудной клетки 77 см. Уровень АД 130/80 мм рт.ст. Рост данного пациента находится в 6-м коридоре и соответствует 90-му перцентилю. Согласно методике, учитывающей при диагностике АГ возраст, пол и перцентиль роста, уровень артериального давления у данного обследуемого соответствует норме. Однако при комплексной оценке показателей антропометрии (по центильным таблицам) обследуемый относится к группе с микросоматотипом: 6-й коридор (рост), 2-й коридор (вес), 2-й коридор (окружность грудной клетки). Для ранней диагностики АГ, находим, что значения АД у данного пациента соответствуют повышенному АД (90 перцентиль). Диагностика повышенного АД требует взятия обследуемого на диспансерный учет и проведения комплекса профилактических мероприятий для предотвращения развития в дальнейшем гипертонической болезни.
Значимость в % факторов риска первичной АГ в подростковом возрасте:

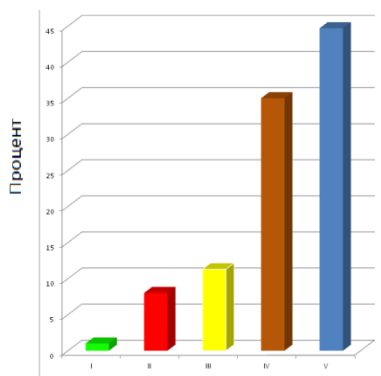


Рисунок 1 - I - наследственность, II - нервное перенапряжение, III - вредные привычки, IV - не рациональная организация труда, V - низкая физическая активность

Выводы:

1. повышенное АД наблюдается у 24(68%) пациентов мужского и 11(32%) - женского пола
2. диагноз НЦА по гипертензивному типу – в 18(51%) случаев
3. нервное перенапряжение и отрицательные эмоции (сложные взаимоотношения со сверстниками, неправильная реакция окружающих на изменение характера подростка - 3(8%)
4. не рациональная организации труда и отдыха подростка - 12(35%)

5. наследственность - >1%(АГ у родителей- большинство затруднялось ответить)
6. вредные привычки, прежде всего курение – признались 4 (11,3%)
7. низкая физическая активность (гиподинамия) – 16(44,7%)
8. у подростков показатели нормы АД зависит от соматотипа.
9. раннее выявление факторов риска АГ является важным в профилактике заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алмазов В.А., Шляхто Е.В., Соколова Л.А. Пограничная артериальная гипертензия. - СПб.: 1992. - 192 с.
- 2 Кисляк О.А. Артериальная гипертензия у подростков и лиц молодого возраста // Медицинская газета, 2001. - № 55. (<http://medgazeta.rusmedserv.com/2001/55/>).
- 3 Кушаковский М.С. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь): Причины, механизмы, клиника, лечение. - СПб.: 2002. - 416с.
- 4 Образцова Г.И., Черемных Т.В., Ковалев Ю.Р. и др. Результаты суточного мониторирования артериального давления у детей и подростков с повышенным уровнем артериального давления при случайных измерениях // Артериальная гипертензия, 2005. - Том 11, №1.- С.55-58.

Г.Т. КАНТУРЕЕВА, М. КАЛУБАЕВА, Г. АШАБАЕВА, К. ТОБЖАНОВА, А. ОМАРГАЗИНА, А. МАКЕЕВА
ЖДТ бойынша №1 интернатура және резидентура кафедрасы

ЖАСӨСПІРІМДЕР ЖӘНЕ ЖАСТАРДА БІРІНШІЛІК АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ ҚАУІП- ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ

Түйін: Жасөспірімдерде АҚҚ қалыпты көрсеткіштері соматотипке тәуелді. АҚҚ қалыптыдан жоғары 33-44% жасөспірімдерде кейін АҚҚ деңгейі тұрақты жоғары болып қалады, ал 12-25% - да АГ прогрессивті ағымды болады. Бұл АГ гипертониялық ауруға трансформацияланғанын меңзейді. АГ қауіп- қатер факторларын ерте анықтау аурудың алдын алуда маңызды болып табылады.
Түйінді сөздер: артериалдық гипертензия, қауіп- қатер факторлары, центильдер, скрининг, жасөспірімдер.

УДК 616.381-002-08:546.214

М.Т. ДУЙСЕБАЕВ, Г.Д. ДЖИЕНТАЕВ, Ш.С. КЕНЖЕБАЕВ, М.Ш. НАШАНОВА, Е.К. АРГИНБАЕВ
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

В данной статье автор делится опытом лечения 20 больных разлитым гнойным перитонитом с применением озона – воздушной смеси. Результаты показали, что применение озона – воздушной смеси в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита способствует снижению микробной обсемененности, более гладкому течению воспалительного процесса, уменьшению числа ранних послеоперационных абдоминальных осложнений, снижению летальности и сроков пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: перитонит, озон, лечение.

Введение: Несмотря на широкое использование различных методов лечения, число осложнений и летальных исходов при остром перитоните не имеет тенденции к снижению [1,5,8].

Летальность при остром разлитом перитоните остается довольно высокой и, по данным разных авторов колеблется от 20 до 70% [2,4,6]. Возрастание частоты развития данного осложнения у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, резкое уменьшение роли догоспитальной диагностики, поздняя обращаемость, недостаточность профилактической работы среди населения усиливают актуальность проблемы.

Неудовлетворительные результаты лечения острого разлитого перитонита связаны со снижением естественных защитных, реакции организма на внедрение патогенных возбудителей и развитием полирезистентности у микроорганизмов к широко применяемым антибактериальным препаратам и антисептикам [1,5].

Одним из эффективных методов воздействия на состояние естественных защитных сил организма больного является использование различных форм медицинского озона. Считается

эффективным местное применение озона в качестве антисептика [3,4,6].

При обработке брюшной полости озона – воздушной смесью, микрофлора находящаяся в брюшной полости подвергается бактериостатическому действию озона и тем самым уменьшается частота послеоперационных осложнений [1,5,8].

В то же время воздействие озона с биологическими тканями еще до конца не изучено [2,3,4].

Цель: Целью настоящего исследования является применения озонотерапии в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 20 больных с острым гнойным разлитым перитонитом находящихся в ЦГКБ г.Алматы в период 2010-2012 г.г. средний возраст которых составил $48 \pm 2,5$ лет. Источником перитонита были: у 6 больных острая перфоративная язва, у 5 – острый аппендицит, у 4 – острый холецистит, у 4 – острая кишечная непроходимость, у 1 – го больного было ножевое ранение в брюшную полость.

Таблица 1 - Причины возникновения перитонита в процентном соотношении

