

Выводы

Женщинам с гипоестрогенией медикаментозного генеза необходима ранняя профилактика развития остеопении/остеопороза.

Гипоестрогения медикаментозного генеза, обусловленная приемом гестагенов, значительно улучшает МПК.

Основными принципами лечения ОП является не только нормализация процессов костного ремоделирования, уменьшение болевого синдрома, расширение двигательной активности, но и выбор препарата с наиболее эффективными критериями приема.

Препарат бонвива является не только эффективным в плане восстановления МПК, но и соответствует всем критериям оптимальной терапии остеопороза.

Поступила 29.11.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации: Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Под ред. проф. Л. И. Беневоленской и проф. О. М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. С. 171.
2. Лазебник Л. Б., Малаченко С. Б. Остеопороз: Методическое руководство. М., 1997. О. М. Медикаментозные методы лечения остеопороза // Consilium-medicum. 2005, № 1. Том 07.
3. Лесняк О. М. Остеопороз позвоночника // Consilium-medicum, 2004. № 8. Том 06.

4. Руководство по остеопорозу / Под ред. Л. И. Беневоленской. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003.
5. Роузвиза Сильвия К. Гинекология / Под ред. Э. К. Айла-мазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2004.
6. Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. JAMA 285:785-795, 2001.
7. DM et al. Vertebral Fractures and Mortality in Older Women. Archives of Internal Medicine. Vol. 159, № 11, June 1999.
8. 3International Osteoporosis Foundation (IOF) website 4International Osteoporosis Foundation (IOF). Osteoporosis in Europe: Indicators for Progress. 10 November 2004.
9. American Heart Association, 1996.
10. American Cancer Society, 1996.
11. Riggs B. L. & Melton L. J. 3rd, Bone. 1995, № 17 (5 suppl). P. 505-511.

V. A. NOVIKOVA

ESTIMATION OF EFFICACY CRITERIONS OF RECONSTRUCTIVE BONE DENSITY TREATMENT DURING DRUG-DEPENDENT HYPOESTROGENIA

Mineral bone density depends from estrogen level. Drug-dependent hypoestrogenia results in bone loss. Prevention of mineral bone loss decrease the risk of osteoporosis depended bone fracture.

С. А. ПАВЛИЩУК, Н. В. ЛАБИНЦЕВА

СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ АСТМЫ В ПОЛИКЛИНИКАХ г. КРАСНОДАРА И СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ КРАЯ

*Кафедра внутренних болезней ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета*

Анализ эффективности плановой (базисной) терапии астмы в трех поликлиниках г. Краснодара обнаружил наличие инвалидности по астме у 39% пациентов, состоящих на учете [3, 4]. Наряду с высоким показателем инвалидизации в ряде медицинских карт амбулаторного больного было отмечено несоответствие тактики базисной терапии регламентирующим этот процесс российским и международным документам [2, 5].

Целью настоящего исследования явилось сопоставление эффективности планового исследования астмы в городских поликлиниках, имеющих в штатном расписании специалиста-пульмонолога, и в амбулаторной сети сельских районов края, где наблюдение и лечение больных астмой осуществляют участковые терапевты.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 300 медицинских карт амбулаторного больного, полученных методом сплошной выборки в трех городских (182 человека) и двух сельских (118 пациентов) поликлиниках. Произведена выкопировка данных анамнеза, клинических проявлений болезни,

временной и стойкой утраты трудоспособности, характера базисной терапии астмы.

Поскольку настоящее исследование посвящено оценке эффективности именно плановой терапии астмы, наиболее адекватным критерием признан показатель стойкой утраты трудоспособности, а не временные трудопотери. В расчет принимали общее число инвалидов в выборке больных астмой, а не показатель первичного выхода на инвалидность. Последний чаще используют при проспективных исследованиях, тогда как наша работа предусматривала одномоментный срез данных.

Полученный числовой материал подвергался статистической обработке посредством определения критерия согласия, предложенного Карлом Пирсоном [1]. Данный критерий применяется для выяснения наличия или отсутствия достоверной связи между явлениями или несколькими статистическими совокупностями путем сравнения теоретических («ожидаемых») и эмпирических частот их распределения. Преимуществом критерия является возможность выражения одним числом степени соответствия многих выборочных совокупностей.

Результаты и обсуждение

Возрастно-половая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Числовые данные свидетельствуют о преобладании среди больных астмой женщин. Соотношение «женщины – мужчины» по г. Краснодару составило 1,7:1, по селу – 2:1. Вероятно, астма у женщин имеет более тяжелое течение, о чем косвенно свидетельствует более высокий у них показатель инвалидизации. Так, в г. Краснодаре инвалидов среди женщин 41,7%, среди мужчин – 34,3%; в селе соответственно 37% против 27%. Эти различия не являются достоверными, т. к. критерий согласия при одной степени свободы меньше единицы, следовательно, значимость различий $p > 0,05$. Анализ возрастных характеристик пациентов с астмой выявляет абсолютное преобладание среди стоящих на учете лиц в возрасте старше 40 лет. Соотношение возрастов 18–39 к 40 и старше в городе составляет 1:5,2, в селе – 1:4,9. Общее число инвалидов среди пациентов с астмой в городе 39%, в селе – 33%. Эти различия не являются достоверными, т. к. критерий согласия при одной степени свободы меньше единицы, следовательно, значимость различий $p > 0,05$. Между тем хрестоматийными являются данные о начале астмы в детском или юношеском возрасте. Столь значительное преобладание старших возрастных групп в нашем материале может свидетельствовать о поздней диагностике астмы в городских и сельских поликлиниках.

Полученные данные свидетельствуют о возрастном накоплении частоты инвалидизации по астме. Так, среди 182 пациентов, состоящих на учете в поликлиниках города, 71 человек имеет инвалидность. Возрастное распределение их следующее: до 40 лет – 2, старше – 69. «Ожидаемые» соотношения при расчете коэффициента согласия составляют 13:18, тогда критерий согласия равен 68,7, а значимость возрастной разницы в инвалидности больных астмой – $p < 0,001$. Аналогичные соотношения имеются и по материалу сельских поликлиник. Такое достоверное возрастное накопление инвалидности среди больных астмой может быть обусловлено концептуально или являться следствием изъятий в базисной терапии астмы.

Варианты базисной терапии астмы, выявленные при анализе медицинских карт амбулаторного больного, представлены в таблице 2.

Планового лечения не получали 25 из 182 (13,7%) городских и 25 из 118 (21,2%) сельских пациентов. Можно объяснить отсутствие плановой терапии легким интермиттирующим течением астмы. Но тогда почему 8 из 50 больных без базисной терапии (весь анализируемый материал) имеют инвалидность по астме? Достоверных различий по частоте отсутствия плановой терапии в городе и селе нет. Коэффициент согласия равен 2,49 ($p > 0,1$).

Ежедневно ингалировали бронходилататоры короткого или длительного действия без ингаляционных кортикостероидов (КС) 37 (20,3%) городских и 12 (10,5%) сельских пациентов. Следовательно, 34% городских и 31,7% сельских жителей не получали плановой противовоспалительной терапии ингаляционными кортикостероидами. Свидетельством потребности в ингаляционных КС является регулярная ежедневная ингаляция бронходилататоров.

Базисная противовоспалительная терапия проводилась в трех вариантах: КС и бронходилататор в отдельных ингаляторах, КС + бронходилататор в одном ингаляторе, системные КС с ингаляцией бронходилататора. Соотношение каждой из перечисленных тактик базисной КС-терапии в городе составило 48,3–41,6–10,1%; в селе соответственно 54,3–25,9–19,8% из числа пациентов, получающих КС. Произведен расчет коэффициента согласия по соотношению тактики планового лечения: бронходилататоры без КС-ингаляционный КС и бронходилататор. Эмпирическое отношение в городе 62–108 больных, в селе – 35–65 больных. «Ожидаемое» распределение соответственно 77,6–92,4 и 20–84. Коэффициент согласия равен 20,2 ($p < 0,001$). Следовательно, в селе достоверно меньшее число больных получает ингаляционные КС и большее число пациентов принимает системные КС: 10,1% больных астмой в городе и 19,8% больных в селе.

Частота инвалидизации больных астмой в аспекте тактики лечения в городских и сельских поликлиниках представлена в таблице 3.

Таблица 1

Возрастно-половая характеристика контингента обследованных больных астмой с учетом стойкой утраты трудоспособности

Возраст в годах Пол М–Ж	г. Краснодар		Территории края	
	Число пациентов	Из них инвалидов	Число пациентов	Из них инвалидов
<20	5–1	0–0	2–0	0–0
20–29	17–1	2–0	4–4	0–0
30–39	3–8	0–0	3–11	0–1
40–49	9–28	3–9	6–13	1–6
50–59	13–39	6–12	15–16	6–5
60 и >	20–38	12–27	15–29	5–15
Всего	67–115	23–48	45–73	12–27

Использованные варианты базисной терапии астмы

Тактика планового лечения астмы	Город	Село
	Абс. – %	Абс. – %
Без плановой терапии	25–13,7	25–21,2
Регулярная ингаляция бронходилататоров	37–20,3	12–10,5
Ингаляция КС и бронходилататоров	108–59,5	65–55
Системные КС и бронходилататоры	12–6,5	16–13
Всего	182–100	118–100

Таблица 3

Частота инвалидизации пациентов с астмой в аспекте тактики базисной терапии

Тактика базисной терапии	г. Краснодар			Территории края		
	Число больных	Из них инвалидов	Процент инвалидизации	Число больных	Из них инвалидов	Процент инвалидизации
Без плановой терапии	25	5	20	25	3	12
Регулярная ингаляция бронходилататоров	37	16	43	12	6	50
Два ингалятора (КС и БД)	58	25	43	44	11	25
Комбинированная ингаляция (КС+БД)	50	19	38	21	5	24
Системные КС и ингаляции БД	12	6	50	16	14	87
Всего	182	71	39	118	39	33

Определен коэффициент согласия между числом инвалидов и видом плановой терапии астмы. Сопоставляли инвалидность в группе регулярно ингалирующих бронходилататор без КС и ингаляционную КС-терапию суммарно во всем контингенте обследованных. Расчеты не выявили согласия частот инвалидизации и характера плановой терапии. Коэффициент согласия равен 2,4 ($p > 0,05$). Между тем общеизвестна эффективность базисной терапии ингаляционными КС в плане улучшения прогноза заболевания, предупреждения временной нетрудоспособности, обусловленной обострениями, а также снижения стойких трудов потерь. Следовательно, высокий показатель инвалидизации больных астмой в Краснодарском крае может быть обусловлен не столько тяжестью болезни, сколько концептуально. Свидетельством справедливости этого положения является отсутствие соответствия между объемами планового лечения и показателем стойкой утраты трудоспособности. Трудно определить, какие именно соображения определяют отношение к

установлению инвалидности при астме у проводящих экспертизу. Скорее всего учитывается возрастное накопление болезней, часть из которых обусловлена неадекватностью лечения астмы. Так, большие суточные дозы ингаляционных бета-2-адреноагонистов, наращивание которых связано с отсутствием ингаляции КС, могут вызывать артериальную гипертензию и аритмии сердца. Или назначение в качестве базисной терапии системных КС приводит к метаболическим расстройствам, остеопорозу и артериальной гипертензии.

Выводы

- Базисная терапия астмы в сельских территориях края отличается от данных по городу Краснодару достоверно меньшей частотой использования ингаляционных и большей – системных кортикостероидов.
- Отмечено возрастное накопление инвалидности среди больных астмой независимо от места проживания.

• Коэффициент соответствия между характером плановой терапии астмы и показателем инвалидизации больных не является достоверным.

Поступила 10.10.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянова Л. А. Медицинская статистика. М.: изд. Университета Дружбы народов. 2002. 246 с.
2. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Приказ № 301 от 7 декабря 2004 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным бронхиальной астмой». 5 с.
3. Павлищук С. А., Болотова Е. В., Терещенко Т. В. Рейтинг и структура первичной инвалидности при болезнях органов дыхания в Краснодарском крае // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. № 11. С. 32–36.
4. Павлищук С. А., Родзевилло Н. В. Анализ плановой фармакотерапии астмы в поликлиниках г. Краснодара // Кубанский научный медицинский вестник. 2006. № 10. С. 70–71.
5. Global Strategy for asthma management and prevention. National Heart Lung and Blood Institute. Revised, 2006. 160 p.

S. A. PAVLISCHUK, N. V. LABINTSEVA

THE COMPARISON OF ASTHMA BASE THERAPY'S EFFECTIVENESS IN POLYCLINICS OF KRASNODAR CITY AND IN VILLAGE REGIONS

The analysis of 300 medical cards of outpatients with asthma was done (182 of city s residents and 118 of village s residents). The asthma base therapy s effectiveness about index of patients invalidity was compared. The age accumulation of disability among the sick with asthma, regardless of places of living, was pointed out; the reliably less frequency of inhaling use and higher frequency of systematic corticosteroids use in villages was found out. The coefficient of conformity between the feature of asthma base therapy and the index of invalidity of the sick is not proved to be reliable.

Н. А. СИВЫХ

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОРМИРОВАНИЕ ОЧАГА ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ В СИНОАТРИАЛЬНОМ УЗЛЕ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Кафедра нормальной физиологии

Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар

В связи с возрастающей распространенностью нарушений ритма сердца актуальным является изучение процесса формирования сердечного ритма. В настоящее время имеются факты, демонстрирующие существование генератора ритма в центральной нервной системе наряду с генератором ритма в самом сердце. Внутрисердечный генератор является жизнеобеспечивающим фактором, который поддерживает насосную функцию сердца тогда, когда центральная нервная система находится в состоянии глубокого торможения. Центральный генератор обеспечивает адаптивные реакции сердца в естественных условиях. Возможность сердца воспроизводить центральный ритм основывается на специфичности электрофизиологических процессов во внутрисердечном пейсмекере. Интеграция двух иерархических уровней ритмогенеза обеспечивает надежность и функциональное совершенство системы генерации ритма сердца в целостном организме [1].

Ранее в хронических опытах на животных и наблюдениях на людях, которым во время кардиохирургической операции на эпикардальную поверхность области синоатриального узла сердца в целях диагностики был имплантирован многоканальный электродный зонд и проведено компьютерное картирование очага первоначального возбуждения, было показано, что при наркозе очаг первоначального возбуждения на изохронной карте находится под одним

из электродов. При восстановлении функционального состояния организма после наркоза первоначальный очаг возбуждения охватывал несколько рядом расположенных точек [2, 3].

Уникальная возможность изучения процесса формирования сердечного ритма появилась в настоящее время благодаря новому малоинвазивному методу эндокардиального картирования синоатриального узла электродным зондом, введенным через венозную систему в полость правого предсердия.

Высокая информативность этого метода позволяет изучать динамику очага инициации возбуждения синоатриального узла у человека и животных в хронических наблюдениях без предварительной операции [4, 5].

Цель работы – оценить динамику очага инициации возбуждения в эндокардиальной области синоатриального узла сердца человека при усвоении сердцем естественного ритма импульсов, поступающих по блуждающим нервам, и проанализировать влияние гипоксии головного мозга на формирование очага инициации возбуждения в синоатриальном узле кардиохирургических больных.

Методы исследования

Исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе наблюдения были проведены на 8 кардиохирургических больных вне наркоза в условиях