

УДК 616.33/.34/.89-008.441.33

З.К. ГУСЕИНОВА, Д.Ж. ТАЙЖАНОВА, Ж.А. БЕЙСЕНБЕКОВА,  
Р.Ж. ТОЙЫНБЕКОВА, З.Б. ТАУЕШЕВА

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қ.

## АСҚАЗАН ЖӘНЕ ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕК ОЙЫҚ ЖАРАСЫ БАР ОПИЙЛЫҚ НАШАҚОРЛАР МЕН НАШАҚОР ЕМЕС НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ АРАСЫНДАҒЫ КОРРЕЛЯЦИЯЛЫҚ БАЙЛАНЫС

Мақалада асқазан және ұлтабардың ойық жара ауырымен опийлық нашақорлардың және нашақор емес науқасының клиникалық көріністерінің корреляциялық өзара байланысы қорсетілген.

**Негізгі сөздер:** нашақорлық, клиника, асқазан, он екі елі ішек.

**К**азіргі таңда есірткі препараттарын қолданатын адамдар саны үздіксіз жоғарылауда [1, 2]. Бұл ақаудың үлкендер арасында жоғары көлемде таралуына қарамастан, 30 жасқа дейінгі жастар арасында жасырын түрде 60-70% кездеседі [3, 4]. Нашақорлықтың төменгі жастық шегі 12-15 жасқа дейін болғандықтан, үлкен қалаларда ең жоғары эпидемиялық таралуды құрайды. 50 жастан асқан адамдар арасында есірткі затын қолданатындар саны өте сирек кездеседі. Психоактивті заттарды көп қолдану және оларды заңсыз сату, соңғы жылдары көптеген, әсіресе дамыған елдерде катастрофалық көлемге жеткен [5, 6]. Дамыған елдерде нашақорлықтың кең таралуына көбіне, ондағы әлеуметтік жағдайлардың әсері, соның ішінде: жұмыссыздық, ертеңгі күнге деген сенімсіздік, күнделікті күйзелістер, ауыр жүйке-психикалық жағдайлар, күштің толу сезімін туғызатын және қысқа уақыт аралығында қоршаған орта мәселелерін ойланбайтын жағдайға әкелетін допинг алуға құштарлану [7, 8, 9, 10] себеп болады. Асқазан-ішек жолдарының бұзылыстары опиомандарда және барбитуромандарда басымрақ байқалады. Есірткі заттары барлық тіңдердегі және соның ішінде жүйкедегі опиятты рецепторлармен әсерлесіп асқазан-ішек жолдарының қозғалысын бұзады, оның секреторлық қызметін төмендетіп, кейін созылмалы гастрит, ойық жара ауруының дамуына бейімдейді [11].

### Материалдар және әдістер

Клиникалық жағдайда 234 адам тексеріліп талқыланды. Тексерілген адамдар үш топқа бөлінді: I топта облыстық наркология орталығында ауруханалық ем қабылдап жатқан жасы 18-ден 40 жасқа дейінгі, орташа жасы  $(28 \pm 1,6)$ , 120 опийлық нашақор.

II топта Қарағанды қаласының №1 көпсалалы клиникалық ауруханасының гастроэнтерология бөлімінде осындай жас аралығында созылмалы гастрит, асқазан және он екі елі ішектің ойық жара ауруы диагнозымен емделіп жатқан 94 нашақор емес науқас), III топта ешқандай ауруы жоқ, диспансерлік тіркеуде тұрмайтын 20 дені сау адам салыстырылып тексерілді.

Барлық тексерілген топтағы науқастар жасы, жынысы бойынша сәйкес болды. Салыстырмалы топтар арасындағы әрбір назологиялық аурулардың емдеуге дейін және емдеуден кейінгі клиникалық көріністері арасындағы айырмашылық белгісі Спирмен бойынша шектік корреляциялық коэффициент мәні бойынша талданды. Науқастарға дәстүрлі емдеу тәсілімен қоса алғай тазартылған мумие препараты тағайындалды. Осы топтағы науқастардың клиникалық симптомдарының арасындағы байланыс ФГДС зерттеуді көзделген биопсиямен жүргізу арқылы және биоптаттарды цитохимиялық жолмен тексеру арқылы, асқазан және он екі елі ішек қышқыл өндіру қасиеті Рн-метриялық зерттеу тәсілімен, ал кілегей қабаттарындағы қабыну үрдісінен ұрт эпителиінен

алынған биоптатты, цитохимиялық тексеру тәсілі арқылы зерттелді.

Созылмалы беткейлік гастриті бар опийлық нашақорлардың емдеуге дейінгі клиникалық көріністерінің арасындағы корреляциялық байланысты зерттеу кезінде, белгілі бір заңдылық анықталды. Созылмалы беткейлік гастриті бар опийлық нашақорлардың клиникасында емдеуге дейін науқастарда лоқсу, асқа тәбетінің төмендеуі, құсу, астеновегетативті синдромның арасында әлсіз тікелей байланыс ( $r \geq 0,5$ ) бары анықталды. Сонымен қатар қыжыл мен кекіру симптомы арасында орташа тікелей корреляциялық байланыс ( $r \geq 0,7$ ) болды. Ал іш өтуі мен іш қатуы симптомдарының арасында әлсіз тікелей емес ( $r < 0,5$ ) байланыс анықталды. Есірткі затын қабылдамайтын науқастардың клиникасында емдеуге дейін ауырсыну синдромы мен құсу симптомы арасында тікелей әлсіз ( $r \geq 0,5$ ) корреляциялық байланыс байқалды. Осы науқастарда керісінше астеновегетативті синдром мен құсу симптомы арасында және іш өтуі мен іш қатуы арасында әлсіз тікелей емес байланыс ( $r \leq -0,5$ ) байқалуы анықталды. Сонымен қатар лоқсу, құсу және іш қатуы симптомдарының арасында тікелей әлсіз байланыс ( $r \geq 0,5$ ) байқалса, қыжыл, құсу және іш қатуы симптомдарының арасында тікелей емес орташа ( $r \leq -0,7$ ) корреляциялық байланыс анықталды. Бірақ осы топтағы науқастарда қыжыл мен лоқсу симптомдарының арасында күшті тікелей корреляциялық байланыс ( $r \geq 0,9$ ) байқалды. Осы науқастарда диспепсиялық симптомдардың ішінде құсу мен іш өтуі арасында; ауырсыну мен іш өтуі және ауырсыну мен қыжыл; лоқсу мен іш қатуы симптомдарының арасында тікелей әлсіз байланыс ( $r \geq 0,5$ ) сақталуы байқалды (сурет 1 а, б, в, г).

Есірткі затын қолданатын науқастардың клиникасында емдеу тәсілін қолданғанға дейін ауырсыну синдромы мен кекіру симптомы арасында және тәбеттің төмендеуі мен құсу симптомдарының арасында тікелей әлсіз байланыс ( $r \geq 0,5$ ) байқалды. Сол сияқты іш өтуі мен іш қатуы симптомдарының арасында тікелей орташа ( $r \geq 0,5$ ) байланыс бары анықталды (сурет 3а, б, в, г).

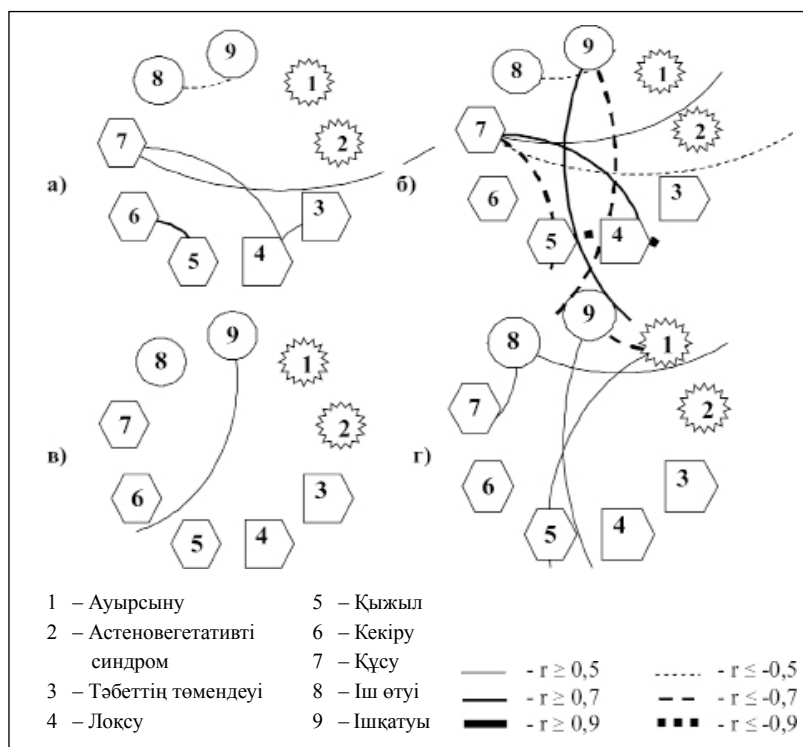
Созылмалы атрофиялық гастриті бар опийлық нашақорлардың клиникасында емдеу тәсілін жүргізгенге дейін астеновегетативті синдром мен тәбеттің төмендеуі арасында тікелей орташа ( $r \geq 0,7$ ) байланыс бары, сондай-ақ астеновегетативті синдром мен лоқсу симптомы арасында тікелей әлсіз ( $r \geq 0,5$ ) байланыс бары және лоқсу мен құсу симптомдарының арасында тікелей күшті ( $r \geq 0,9$ ) байланыс болуы анықталды. Ал тәбеттің төмендеуі мен кекіру арасында тікелей емес әлсіз ( $r \leq -0,5$ ) байланыс байқалды, сол сияқты тәбеттің төмендеуі мен құсу; лоқсу мен іш өтуі; құсу мен іш өтуі симптомдарының арасында тікелей әлсіз ( $r \geq 0,5$ ) байланыс байқалуымен көрінді.

**Зерттеу көрсеткіштері.** Нашақор емес II топтағы созылмалы беткейлік гастриті бар науқастарда емдеу тәсілін

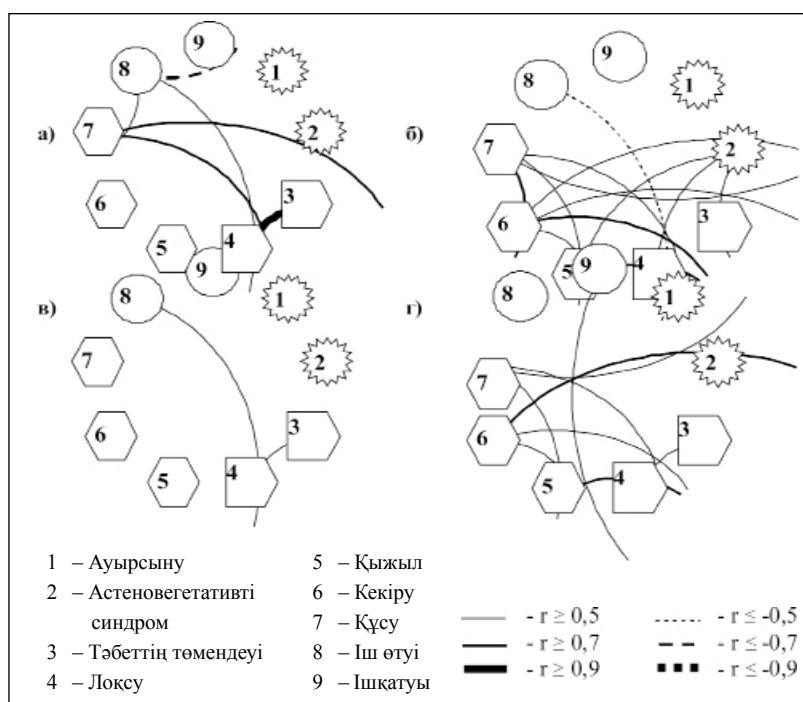
жүргізігеннен кейін ауырсыну синдромы мен іш қатуы симптомының арасында тура орташа ( $r \geq 0,7$ ) корреляциялық байланыс анықталды. Қыжыл мен ауырсыну синдромының арасында әлсіз тура корреляциялық байланыстың сақталуы ( $r \geq 0,5$ ) байқалды. Созылмалы эрозивті гастриті бар опийлық нашақорлар мен нашақор емес науқастардың емдеуге дейін және емдеуден кейінгі клиникалық көріністері арасындағы корреляциялық байланыстар талқыланды (сурет 2 а, б, в, г). Созылмалы эрозивті гастриті бар опийлық нашақорлардың клиникасында емдеуге дейін тәбеттің төмендеуі мен лоқсу симптомының арасында күшті тікелей корреляциялық байланыс ( $r \geq 0,9$ ) байқалды. Жүргізілген емдеу тәсілінің нәтижесінде тәбеттің төмендеуі мен лоқсу симптомы арасында тура әлсіз корреляциялық байланыс ( $r \geq 0,5$ ) байқалып, кері корреляциялық байланыс байқалған жоқ. Сондай-ақ тәбеттің төмендеуі мен құсу симптомы арасында; лоқсу мен құсу арасында орташа тура корреляциялық байланыс ( $r \geq 0,7$ ) байқалып, емдеу тәсілін қолданғаннан кейін олардың арасындағы байланыстың жоғалуы жүргізілген емнің нәтижелігін көрсетті. Созылмалы эрозивті гастриті бар нашақор емес науқастардың клиникасында емдеуге дейін астеновегетативті синдромның тәбеттің төмендеуімен, лоқсу, қыжыл, кекіру, құсу симптомдарының арасында ( $r \geq 0,5$ ) тікелей әлсіз байланыстың болуы ФГДС зертеу тәсілінде осы аурудың өршу белгісімен дәлелденді. Сонымен қатар, осы аурудың клиникасында лоқсу мен қыжыл, кекіру симптомдары арасында тікелей орташа ( $r \geq 0,7$ ) корреляциялық байланыс, сол сияқты кекіру мен құсу симптомдары арасында да тікелей орташа ( $r \geq 0,7$ ) байланыс байқалды.

Лоқсу мен құсу симптомы арасында тікелей әлсіз ( $r \geq 0,5$ ) байланыс анықталып, керсінше лоқсу мен іш өтуі арасында тікелей емес әлсіз ( $r \leq -0,5$ ) байланыс бары, қыжыл мен кекіру және қыжыл мен құсу арасында тікелей әлсіз байланыстардың байқалуы осы аурудың өршуіндегі негізгі симптомдардың белгісі болып есептелінді және рН-метриялық тексеру барысында гиперхлоргидрия көрінісімен дәлелденді. Дәстүрлі емдеу тәсілін қолданғаннан кейін ауырсыну мен құсу арасында тікелей әлсіз ( $r \geq 0,5$ ) байланыс пайда болды, ал астеновегетативті синдром мен кекіру симптомы арасында, лоқсу мен құсу симптомдары арасында тікелей орташа ( $r \geq 0,7$ ) корреляциялық байланыс, ал лоқсу мен іш қатуы арасында тікелей әлсіз байланыс байқалды.

Опийлық нашақорлардың кешенді емдеу тәсіліне алтай тазартылған мумие дәрісін қолдану барысында науқастардың клиникалық көріністерінде астеновегетативті синдром мен тәбеттің төмендеуі арасындағы байланыс тікелей әлсіз байланыс ( $r \geq 0,5$ ) түрінде өзгергені анықталды. Бұл симптомдардың ешқайсысының арасында қайтымды байланыс байқалған жоқ. Есірткі затын қабылдамайтын нашақор емес



Сурет 1 – Созылмалы беткейлік гастриті бар опийлық нашақорлармен нашақор емес науқастардың емдеуге дейін (а, б) және емдеуден кейінгі (в, г) клиникалық көріністерінің арасындағы корреляциялық байланыс



Сурет 2 – Созылмалы эрозивті гастриті бар опийлық нашақорлар мен нашақор емес науқастардың емдеуге дейін (а, б) және емдеуден кейінгі (в, г) клиникалық көріністері арасындағы корреляциялық байланыстар

науқастардың клиникасында астеновегетативті синдром мен іш қатуы арасында; тәбеттің төмендеуі мен лоқсу, қыжыл симптомдарының арасында тікелей әлсіз байланыс ( $r \geq 0,5$ ) байқалды. Сол сияқты қыжыл мен кекіру және құсу симптомдарының арасында тікелей әлсіз ( $r \geq 0,5$ ) байланыс сақталды. Емдеу тәсілін жүргізігеннен кейін II топтағы

науқастарда тәбеттің төмендеуі мен қыжыл арасында, лоқсу мен кекіру және қыжылмен кекіру симптомдарының арасында тікелей әлсіз ( $r \geq 0,5$ ) байланыстың сақталуы, осы топтағы науқастарда емдеу тәсілін жалғастыруды қажет ететіндігін көрсетеді (сурет 3 а, б, в, г).

**Қорытынды.** Есірткі заты күшті анальгетик болғандықтан психоактивті заттарды қабылдайтын науқастарда созылмалы гастрит, ойық жара ауруының клиникалық синдромдары мен симптомдары (ауырсынудың ерте-кеш байқалуы, мезгілділігі) нашақор емес науқастардың клиникалық синдромдары мен симптомдарына қарағанда жасырын түрде өтетіндігі анықталды.

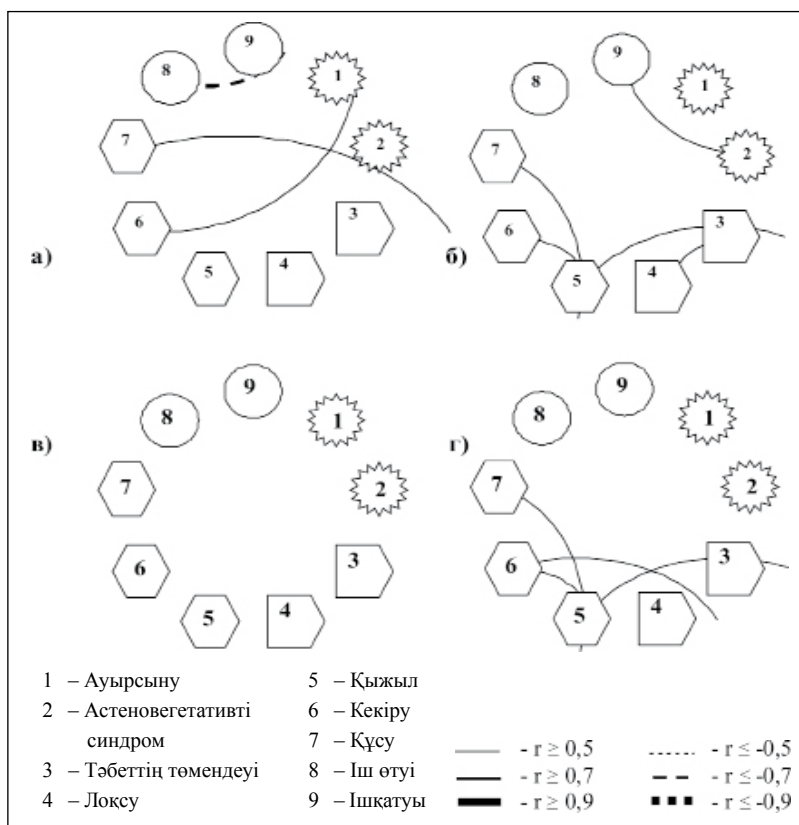
Есірткі затын қолданатын науқастарда асқырту жүйесінің аурулары жасырын түрде өтуіне байланысты әртүрлі асқынуларға әкелуі мүмкін. Сондықтанда есірткі затын қабылдайтын науқастардың анамнезіне ерекше көңіл аудару қажет. Жүргізілген емнен кейін клиникалық симптомдардың арасында ешқандай байланыстың байқалынбауы терапиялық емнің нәтижелігін көрсетеді.

**ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР**

- 1 Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я. Основные достижения в области наркологии, токсикомании, алкоголизма // Вестник РАМН. – 1998. – №7. – С. 29-35
- 2 Воронин К.Э., Рохлина М.Я., Петракова Л.В. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. – М.: Орел, 1994. – С. 125-129
- 3 Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Кожина А.М. и др. Наркология. – М.: Феникс, 2003. – 288 с.
- 4 Литвинцев С.В., Барков Д.А., Соловьев Е.Ю. и др. Качество жизни при наркотической зависимости и инфицированности ВИЧ и гепатитами В и С // Наркология. – 2004. – №3. – С. 48-49
- 5 Стрельников И., Михайлов Б. Наркотическая ситуация в настоящее время // Вопросы наркологии. – 1992. – №2. – С. 54-57
- 6 Целинский Б.П. Современная наркоситуация в России: тенденции и перспективы // Наркология. – 2004. – №5. – С. 8-10
- 7 Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема // Российский медицинский журнал. – 1996. – №4. – С. 5-10
- 8 Сейсенбаев А.Ш., Айдельяев Б.С., Алимханов Ж.А. и др. Программа 2030 – жизнь без алкоголя и наркотиков // Здоровоохранение Казахстана. – 1999. – №1. – С. 6-13
- 9 Скорцова Е.С. Потребление наркотически действующих веществ среди городских подростков-школьников России // Российский медицинский журнал. – 1998. – №6. – С. 23-25
- 10 Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Гречаная Т.Б. и др. Сравнительный анализ смертности больных наркоманией в Москве и Варшаве // Вопросы наркологии. – 1996. – №2. – С. 67-73
- 11 Шабанов П.Д., Штаклерберг О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. – СПб., 2000. – 685 с.

**РЕЗЮМЕ**

**З.К. ГУСЕИНОВА, Д.Ж. ТАЙЖАНОВА, Ж.А. БЕЙСЕНБЕКОВА, Р.Ж. ТОЙЫНБЕКОВА, З.Б. ТАУЕШЕВА**



Сурет 3 – Он екі елі ішек ойық жарасы бар опийлық нашақорлар мен нашақор емес науқастардың емдеуге дейін (а, б) және емдеуден кейінге (в, г) клиникалық көріністері арасындағы корреляциялық байланыс

*Қарағандық мемлекеттік медициналық университет, г. Қарағанда*

**КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ И БЕЗ НАРКОМАНИИ**

Патология внутренних органов у больных с опийной наркоманией недостаточно изучена, в связи с чем проведено исследование желудка и 12-перстной кишки больных данной категории.

Цель исследования – изучить корреляционную взаимосвязь клиничко-лабораторных, инструментальных методов лечения опийной наркомании.

**Материал и методы:** изучено 234 больных с опийной наркоманией.

**Результаты:** показаны положительные результаты при лечении больных с опийной наркоманией.

**Выводы:** проводимое лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у больных с опийной наркоманией привело к положительной динамике клиничко-лабораторных данных.

**Ключевые слова:** наркомания, клиника, желудок, двенадцатиперстная кишка.

**SUMMARY**

**Z.K. GUSEINOVA, D.Zh. TAYZHANOVA, Zh.A. BEYSENBEKOVA, R.Zh. TOYINBEKOVA, Z.B. TAUESHEVA**

*Karaganda State Medical University, Karaganda c.*

**THE CORRELATION OF THE STOMACH AND DUODENUM ULCERATIVE DISEASES AT THE PATIENTS WITH AND WITHOUT OPIUM ADDICTION**

**Introduction:** The internal organs pathology at the patient with opium drug addiction is not fully studied, therefore we spent

research that patient with diseases of stomach and ulcerative duodenum.

The purpose of study is to find correlation of clinical-laboratory and instrumental investigation results at the patient with opium drug addiction.

**Materials and methods:** It was studied 234 patients with opium drug addiction.

**Results:** It was showed positive results due to treatment of the patients with the drug addiction.

**Conclusion:** The treatment of stomach and duodenum ulcerative diseases at the patient with opium drug addiction leads to the positive changes of clinical-laboratory data.

**Key words:** *narcomania, clinical picture, stomach, duodenum.*

УДК 617-089:616-006

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. КЫЖЫРОВ, М.М. САХИПОВ, А.Т. ЧОРМАНОВ, Н.С. ДОСЖАНОВ, Ч.Т. САДЫКОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ**

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Городская клиническая больница №7, г. Алматы*

## ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*В работе анализируются результаты обследования и лечения 189 больных с острым панкреатитом, из них с деструктивным панкреатитом 44 (23,3%) больных с января по декабрь 2013 года. Умерли 4 (9,1%) больных. Малоинвазивные вмешательства на органах брюшной полости под УЗ-контролем произведены 16 больным, холецистостомия – 6 больным и холецистэктомия с дренированием общего желчного протока – 11 больным. Внедрены в работу клиники малоинвазивные методы диагностики и лечения.*

**Ключевые слова:** *острый панкреатит, панкреонекроз, детоксикация, малоинвазивный метод, желчь.*

**П**анкреатит – воспаление pancreas (острое или хроническое – с постоянным ухудшением экзо- и эндокринной функции). Это 3-е по частоте (10-15%) заболевание органов брюшной полости. Легкий острый панкреатит (ОП) (85% случаев, 0,5 – 1,5% случаев летальности) – интерстициальный отек поджелудочной железы с минимальными нарушениями функций органов, обычно завершается выздоровлением [4-9]. Тяжелый острый панкреатит (15% случаев, 35 – 95% случаев летальности) – следствие некроза поджелудочной железы или отека панкреатита, сопровождается органной недостаточностью и/или местными осложнениями, такими как мелкоочаговый, крупноочаговый или тотальный некроз [1-7]. При панкреонекрозе у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. 80% причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляют инфекционные осложнения. Общая летальность при остром панкреатите достигает 15-25% [9, 10, 11, 12, 13].

Большинство хирургов согласны, что показания к оперативным пособиям при стерильном панкреонекрозе должны быть максимально ограничены. Во многих клиниках подход к лечению стерильного деструктивного панкреатита преимущественно консервативный [1-8]. Тем не менее, на сегодняшний день все более широко применяются малоинвазивные хирургические методы лечения, к которым многие хирурги рекомендуют прибегать независимо от факта инфицирования панкреонекроза.

При наличии у больных острых жидкостных скоплений в настоящее время в лечении широко используют малоинвазивные хирургические методы. Это лапароскопия и чрескожные вмешательства под УЗИ и КТ-контролем – тонкоигольные пункции и малокалиберное дренирование [4-13]. Преимущества малоинвазивных вмешательств по сравнению с открытыми операциями и опыт их применения в целях дренирования при остром некротическом панкреатите широко освещены в медицинской литературе.

Тактика применения лапароскопического дренирования брюшной полости при стерильном панкреонекрозе варьирует от рекомендаций выполнять его всем пациентам при поступлении в стационар до противоположной

точки зрения – что оно показано только больным с клинической картиной перитонита [2, 3, 4, 5]. Относительно пункций и дренирования асептических скоплений одни авторы являются сторонниками их широкого использования [5, 6, 7], другие считают, что дренирование недавно образовавшихся скоплений жидкости при стерильном панкреонекрозе противопоказано [1, 3] из-за увеличения риска инфицирования. Доказан путь экзогенного инфицирования зон стерильного некроза госпитальной микрофлорой через дренажные системы [4, 5, 6, 7], и в литературе имеются убедительные данные о повышении частоты инфекционных осложнений при пункциях и дренировании жидкостных скоплений [9].

Выделяют две основные формы острого панкреатита, между которыми имеется ряд промежуточных вариантов:

- отечный панкреатит, для которого характерны легкое течение и самопроизвольное разрешение;
- панкреонекроз, при котором тяжесть состояния соответствует степени некроза поджелудочной железы.

Этиология острого панкреатита:

- Заболевания внепеченочных желчных путей – 45% (ЖКБ, заболевания большого дуоденального соска и др.);
- Алкоголизм, алкогольный эксцесс либо прием суррогатов алкоголя – 32-47%.
- Посттравматический панкреатит – 5-10%.
- Идиопатический панкреатит – 3-7%.

Основные проблемные вопросы современной неотложной панкреатологии:

1. Теория фазового течения острого панкреатита
2. Система оценки тяжести острого панкреатита
3. Хирургическая тактика.

В настоящее время используется большое количество классификаций острого панкреатита. Мы пользуемся наиболее распространенной международной классификацией острого панкреатита, предложенная в Атланте в 1992 г.:

1. Острый панкреатит:
  - а) лёгкий;
  - б) тяжёлый.