

тики сосудистых заболеваний головного мозга у коренных и некоренных жителей (на модели исслед. г. Фрунзе): автореф... дисс. канд. мед. наук: 14.00.13. – Новосибирск, 1986. – 22 с.

3 Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистрация инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журн. неврол. и психиатр. – 2001. – №1. – С. 34-40

4 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.

5 Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.

6 Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л., Медицина, 1974. – 384 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

К.А. УМИРЗАХОВА^{1,3} Н.С. ИГИСИНОВ^{1,2},

С.А. ВАЛИЕВА⁴, С.В. САРСЕНОВА⁵

¹ «Central Asian Cancer Institute» ҚҚ, Астана қ., Қазақстан

² ҚР Президентінің Іс бақармасының медициналық орталығы, Астана қ.

³ «Травматология және ортопедия ФЗИ»

ШЖҚ-дағы РМК, Астана қ.,

⁴ Алматы мемлекеттік дәрігерлер біліктілігін жетілдіру институтының Астана қаласындағы филиалы,

⁵ «Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ.

ҚАЗАҚСТАНДА ХАЛЫҚТЫҢ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНАН ӨЛІМ-ЖІТІМІН БАҒАЛАУ

Атап айтқанда біздің республикамызда әсіресе, эпидемиологиялық зерттеулер жеткіліксіз аурулар бойынша дескриптивтік зерттеулердің өзектілігі күмән туғызбайды.

Зерттеудің мақсаты: Қазақстанда жүйке жүйесі ауруларынан өлім-жітімді зерделелеу.

Материал мен әдістері: Зерттеу материалы ретінде Қазақстан Республикасының Статистика жөніндегі агенттігінің тұтастай алғанда халықтың ЖЖА-нан өлім-жітімі (G01-G99) туралы деректері (G51 нысаны), сондай-ақ 2004-2011 жылдар ішіндегі халық саны туралы деректері алынды.

Нәтижелері: Трендтер динамикада «қартаюды» көрсеткенімен өлгендердің орташа жасы 41,5 жасты құрағаны белгілі болды. ЖЖА-дан өлім-жітімнің жылдық орташа көрсеткіші $10,4 \pm 0,9\%$ құрайды. Өлім-жітімнің жас көрсеткіштерінің талдамасы өлім-жітімнің шыңы 70 жас және

одан жоғары екенін анықтады. Бұл ретте өлім-жітімнің жас көрсеткіштері тек 30-39 жаста төмендеп, қалған топтарда артып отырған, ал өлім-жітім көрсеткіштерінің өсу қарқыны алаңдатады.

Осылайша, аталған бағыттағы зерттеулер экзогендік және эндогендік тәуекел факторларының әсерін ескере отырып, жалғастыру қажет.

Негізгі сөздер: жүйке жүйесінің аурулары, өлім-жітім, жас, тренд.

S U M M A R Y

K.A. UMIRZANOVA^{1,3}, N.S. IGISINOV^{1,2}, S.A. VALIYEVA⁴, S.V. SARSENOVA⁵

¹Central Asian Cancer Institute, Astana c.,

²Medical Center of the Presidential Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan, Astana c.,

³Republican State Enterprise on the basis of a right of economic jurisdiction "Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics", Astana c.,

⁴Almaty State Medical Refresher Institute, Astana branch

⁵Astana Medical University JSC, Astana c.

THE EVALUATION OF MORTALITY FROM NERVOUS SYSTEM DISEASES IN KAZAHASTAN

The topicality of descriptive research does not raise doubts, especially regarding the diseases, epidemiological studies of which are insufficient, particularly in our country.

The aim of the study was to investigate the mortality from NSD in Kazakhstan.

Materials and methods: the data of the Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics (Form C51) concerning the death of the people from NSD (G01-G99), as well as the data on the population for 2004-2011 were the material for investigation.

Results: It was found that the average age of the dead people was 41.5 years, although the trends were pointing in the dynamics on the "aging". The average annual mortality rate from NSD was $10,4 \pm 0,9\%$. The analysis of the age-specific mortality rates showed a peak of mortality at 70 years and older. At that, the age-specific mortality rates were decreasing only at 30-39 years, and in the other groups they were growing, and the growth rate of mortality is alarming.

Thus, studies in this direction should be continued taking into consideration the effects of endogenous and exogenous risk factors.

Key words: nervous system diseases, mortality, age, trend.

УДК 616.134.9-008.6-031.4-085:615.2

Р.А. БЕЛЯЕВ¹, Е.В. ЕПИФАНЦЕВА¹, Р.Б. КОШИКОВА², С.А. ШУПТАР²

¹Карагандинский государственный медицинский университет,

²Областной медицинский центр, г. Караганда, Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЕКСТАНОЛОМ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ДОРСОПАТИЙ

В статье представлены результаты исследования анальгезирующей эффективности и переносимости препарата декстанол при комплексном лечении больных с вертеброгенными болевыми синдромами.

Ключевые слова: декскетопрофен, декстанол, вертеброгенные дорсопатии.

Вертеброгенная дорсопатия встречается у 70–90% взрослой популяции и является одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности [1, 2]. Вертеброгенный болевой синдром ежегодно развивается у значительного процента населения,

поражая преимущественно наиболее трудоспособный контингент в возрасте 30–50 лет [2, 3].

Острый болевой синдром вызывает не только резкое ухудшение качества жизни пациентов из-за ограничения двигательной активности, но и вследствие реакции всех

физиологических систем. Выявленная активация симпатoadренальной системы при острой боли приводит к нарушению функции органов дыхательной, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, мочевыделительной систем [4, 5, 6]. Вместе с тем причины болей в спине крайне многочисленны. В практической классификации I. Machnab (1977 г.) они разделены на висцеральные, васкулярные, психогенные, нейрогенные и спондилогенные. Таким образом, в клинической картине ряда соматических и неврологических заболеваний может наблюдаться боль подобной локализации. Основные причины боли в спине необходимо дифференцировать на вертеброгенные и невертеброгенные [3]. Среди вертеброгенно-обусловленных болей в спине наиболее распространенными являются дегенеративно-дистрофические процессы в позвоночнике. Группа дегенеративных заболеваний позвоночника согласно классификации МКБ-10 входит в класс болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани раздела «Дорсопатии» (M40-M54). Под дорсопатией подразумеваются болевые синдромы в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника [8].

Боль при вертеброгенной дорсопатии может исходить как из позвоночника, так и из других структур: суставов, связок, мышц, периферических нервов, нервных корешков, чувствительных и вегетативных ганглиев, спинного мозга. Острая боль приводит к повышению уровня адреноректорикотропного гормона (АКТГ), кортизола, катехоламинов, интерлейкина-1, снижению выработки инсулина, водно-электролитным нарушениям (задержка Na^+ , жидкости) [5]. Кроме того, острая боль приводит к нарушению процессов регенерации, повреждению деятельности иммунной системы и гиперкоагуляции (опасность тромбообразования) [5]. Независимо от источника болевого импульса в межклеточную жидкость происходит выброс альгогенных соединений – медиаторов воспаления, включающих брадикинин, метаболиты арахидоновой кислоты (простагландины и лейкотриены), биогенные амины, пурины, играющие ключевую роль в формировании боли, обусловленной повреждением, ишемией и воспалением [1, 9]. Каскад патофизиологических и регуляторных процессов, затрагивающих всю ноцицептивную систему от тканевых рецепторов до корковых нейронов, можно представить в виде следующей схемы: раздражение ноцицепторов при повреждении тканей – выделение альгогенов и сенсибилизация ноцицепторов в области повреждения – усиление ноцицептивного афферентного потока с периферии – сенсибилизация нейронов на разных уровнях центральной нервной системы (ЦНС). В связи с этим патогенетически обоснованным считается применение средств, направленных, во-первых, на ограничение поступления ноцицептивной импульсации из зоны повреждения в ЦНС (блокады местными анестетиками), подавление синтеза медиаторов воспаления нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), на активацию структур антиноцицептивной системы, осуществляющей контроль за проведением ноцицептивной импульсации в ЦНС. Для этого может быть использован целый спектр (в зависимости от клинической задачи) медикаментозных и немедикаментозных средств, снижающих болевую чувствительность и негативное эмоциональное переживание: наркотические и ненаркотические анальгетики, β -агонисты α 2-адренорецепторов, мануальная терапия, рефлексотерапия, физиотерапия, психотерапия и др. [12, 13].

Цель исследования – изучение анальгезирующей эффективности и переносимости препарата декстанол

(активное вещество – декскетопрофена трометамол 36,9 мг эквивалентно 25 мг декскетопрофена соответственно) производитель АО «Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика», при комплексном лечении больных с вертеброгенными болевыми синдромами.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 30 пациентов с острым вертеброгенным болевым синдромом и контрольная группа из 34 пациентов, сопоставимых по возрасту, полу и клиническим показателям, находившихся на лечении в неврологическом отделении ОМЦ г. Караганды. Средний возраст в 2-х группах составил $41,16 \pm 12,11$ года, длительность болевого синдрома – не более 14 дней. Распределение больных по группам осуществлялось с учетом назначенной схемы лечения, а также локализации основного болевого синдрома и характера иррадиации боли (табл. 1).

Критерии включения в исследование: достоверный диагноз остеохондроза и грыжи диска по данным спондилографии и компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии без клинически значимых нарушений внутренних органов и систем, необходимость назначения НПВП в результате болевого синдрома. Из исследования исключались пациенты, у которых в анамнезе была отмечена повышенная чувствительность к декстанолу, больные с геморрагическими диатезами и нарушениями свертываемости крови, активной пептической язвой или рецидивом пептической язвы в истории болезни, с тяжелыми нарушениями печеночной и почечной функций.

Среди пациентов двух групп в 51% случаев (26 и 25%, соответственно) у больных с люмбоишиалгией имели место корешковые симптомы, в остальных доминировали миофасциальные и мышечно-тонические расстройства.

Таблица 1 – Распределение больных по группам

Группа	Число больных		
	жен.	муж.	всего
Контрольная	19	16	34
Люмбоишиалгия	6	8	14
Торакалгии	4	4	8
Цервикобрахиалгии	8	4	12
Декстанол	14	16	30
Люмбоишиалгия	4	8	12
Торакалгии	5	4	9
Цервикобрахиалгии	5	4	9

Таблица 2 – Выраженность болевого синдрома и данные лабораторных исследований

Группа больных, n	Выраженность болевого синдрома по ВАШ		
	умеренная	сильная	очень сильная
1-я	$5,0 \pm 0,4$ (n=10)	$6,2 \pm 0,8$ (n=12)	$7,3 \pm 0,9$ (n=12)
2-я	$5,1 \pm 0,5$ (n=9)	$6,0 \pm 0,2$ (n=9)	$7,1 \pm 0,4$ (n=12)

Терапия болевого синдрома в 2 группах проводилась с применением следующих групп препаратов миорелаксантов, сосудисто-метаболической, противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии, физиотерапевтических процедур и лечебной физкультуры. В 1-й группе анальгезирующая терапия проводилась с использованием препарата диклофенака натрия. Препарат назначался в дозе 75

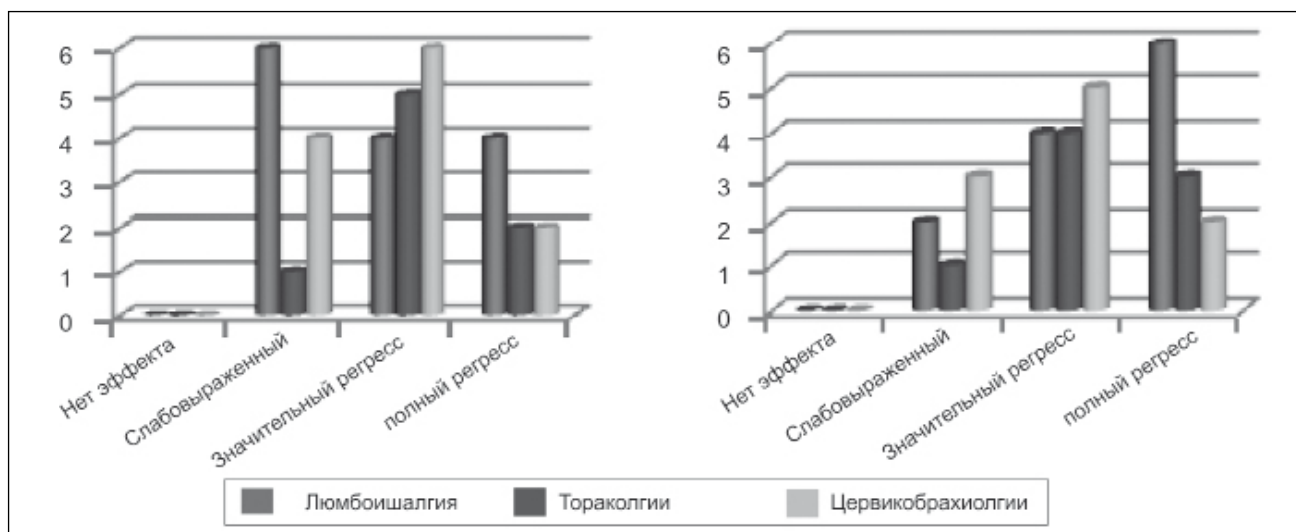


Рисунок 1 – Динамика интенсивности боли в 1-е сутки и последующие 7 дней во 1 и 2 группах

мг 1 раза в день внутримышечно в течение 7 дней с последующей отменой НПВП. Больные 2-й группы в течение первых 7 дней пребывания в стационаре получали декстанол по 25 мг 3 раза в сутки.

Структура исследования состояла из оценки анальгезирующего эффекта лечения пациентов по показателям 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (умеренная – до 5, сильная – до 7, очень сильная – до 10 баллов; категорий – спонтанная боль, боль при движении, степень ограничения функции исходно и на фоне терапии). Выраженность болевого синдрома при поступлении и результаты лабораторных исследований представлены в таблице 2.

Результаты и обсуждение

У всех пациентов 1-й и 2-й групп отмечен положительный эффект лечения (табл. 3), выражающийся в уменьшении выраженности спонтанной боли, боли при движениях и ограничения двигательной функции.

Достоверное снижение болевых ощущений было достигнуто во 2-й группе больных, получавших с 1-го по 7-й день декстанол по 25 мг 3 раза в сутки.

Анальгезирующая эффективность декстанаола по совокупности клинических данных была расценена исследователями как высокая, по сравнению с контрольной группой, что представлено на рис. 1.

Таким образом, результаты исследования показали высокую анальгезирующую эффективность декстанаола в суточной дозе 75 мг при использовании его в виде короткого (7 дней) курса терапии для лечения острых вертеброгенных болевых синдромов и позволяет рекомендовать его для широкого применения при лечении пациентов с дорсопатиями в стадии обострения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Густов А.В., Сигрианский К.И. Дикловит при купировании вертеброгенных и миофасциальных болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №1. – С. 20-22
 2 Ежов М.В. Взаимодействие антигипертензивных и нестероидных противовоспалительных препаратов: преимущества амлодипина // Consilium medicum. Артериальная гипертензия. – 2005. – Т.11, № 4. – С. 8-17

Таблица 3 – Динамика клинических показателей на фоне лечения

Группа, показатель	До лечения	После лечения	p
1-я группа			
спонтанная боль	5,9±0,4	4,4±1,1	p1<0,1
боль при движении	6,2±0,5	5,1±1,0	p2<0,1
2-я группа			
спонтанная боль	5,8±0,3	3,6±0,5	p3<0,05
боль при движении	6,4±0,5	4,4±0,2	p4<0,05
Примечание. Достоверность различий: p1-p3<0,05; p2-p4<0,05			

3 Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. В 3-х томах. - М.: Медицина, 2002
 4 Camu F, Van Lersberghe C, Lauwers M. Cardiovascular risks and benefits of perioperative nonsteroidal anti-inflammatory drug treatment // Drugs 1992; 44(Suppl. 5): 42-51
 5 Cousins M, Power I. In: Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of Pain. 4th ed. 1999; 447-91
 6 Bowler DB et al. In: Cousins MJ, Phillips GD, eds. Acute Pain Management 1986: 187-236
 7 Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Боли в шее, спине, конечностях. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2003
 8 Хабилов Ф.А., Девликамова Ф.И. Некоторые аспекты терапии спондилоартрозов // РМЖ. 2002: 10; 25; 67-72.
 9 Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: Медпресс-информ, 2001
 10 Каменев Ю.Ф. Боль в пояснице при остеохондрозе позвоночника. -Петрозаводск: ИнтелТек, 2004
 11 Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. -М.: Медицина, 2002. – 2: 297-312
 12 Подчуфарова Е.В. Дексалгин в лечении острых болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации // Боль. – 2005. – №2 (7). – С. 41-4
 13 Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) // Атмосфера. – Нервные болезни. – 2002. – №2. – С. 2-8

Т У Ж Ы Р Ы М

**Р.А. БЕЛЯЕВ¹, Е.В. ЕПИФАНЦЕВА¹,
 Р.Б. КОШИКОВА², С.А. ШУПТАР²**
¹Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті,

²Облыстық медициналық орталық,

Қарағанды қ., Қазақстан

ВЕРТЕБРОГЕНДІК ДОРСОПАТИЯЛАРДЫ ДЕКСТАНОЛМЕН ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Халықтың еңбекке қабілетті сегментін ушықтыратын вертеброгендік дорсопатиялар өзекті мәселе болып табылады, ол терапевтік әсер етудің жаңа түрлерін зерттеудің маңыздылығын негіздейді.

Зерттеу мақсаты вертеброгендік аурудың белгілері бар науқастарды кешенді емдеу кезінде декстанол дәрісінің анальгездік тиімділігі мен қабылданушылығын зерттеу болып табылды.

Материал мен әдістері: Науқастардың 2 тобы бақыланды. 1-топта анальгездік терапия натрий диклофенак дәрілерін қолдану арқылы жүргізілді. Дәрі күніне 1 рет б/і 75 мг мөлшерінде 7 күн бойы белгіленді. 2-топтың науқастары стационарда болған алғашқы 7 күннің ішінде декстанолды күніне 3 рет 25 мг қабылдады.

Нәтижелері мен талқылау: Ауру белгілерінің айтарлықтай төмендеуіне асқынған вертеброгендік ауру белгілерін емдеуге арналған терапияның қысқаша курсы (7 күн) түрінде тәуліктік мөлшері 75 мг-нан 1 күннен 7 күнге дейін қабылдаған науқастардың 2-тобында қол жеткізілді.

Қорытындылар: Жалпы, алынған деректер декстанолды асқыну кезеңінде дорсопатиялары бар науқастарды емдеу кезінде кеңінен қолдану үшін кепілдеме беруге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: декскетопрофен, декстанол, вертеброгендік дорсопатиялар.

SUMMARY

R.A. BELYAYEV¹, E.V. EPIFANTSEVA¹,
R.B. KOSHIKOVA², S.A. SHUPTAR²

¹The Karaganda State Medical University,

²The Regional Medical Center,

Karaganda c., Kazakhstan

THE EFFECTIVENESS OF DEXTHANOL THERAPY IN TREATMENT OF VERTEBROGENOUS DORSOPATHIES

Vertebrogenous dorsopathies damaging the able-bodied segment of population are a pressing problem, which explains the importance of studying new types of therapeutic effect.

The purpose of the research is study of the analgesic effectiveness and tolerance of dexthanol in complex treatment of patients with vertebrogenous pain syndromes.

Materials and methods: 2 groups of patients were observed. In the 1st group the analgesic therapy was conducted with the use of diclofenac sodium preparations. The preparation was assigned in the dose of 75 mg 1 time a day IM for 7 days. The 2nd group's patients received 25 mg of dexthanol 3 times a day during the first 7 days in the inpatient department.

Results and discussion: True relief of pain was reached in the 2nd group of patients that received dexthanol in the dose of 75 mg daily from the 1st to the 7th day when used for a short (7 days) therapy course for treatment of acute vertebrogenous pain syndromes.

Conclusions: In general, the obtained data allow recommending dexthanol for wide use in treatment of patients with dorsopathies in exacerbation.

Key words: dexketoprofen, dexthanol, vertebrogenous dorsopathies.

УДК 616.22-006.6 (574.25/4)

Н.С. ИГИСИНОВ^{1,2,3}, В.В. ЗАТОНСКИХ³, З.А. БИЛЯЛОВА¹, А.А. ВЕНГЛОВСКИЙ²

¹ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана, Казахстан

²РГП на ПХВ «НИИ травматологии и ортопедии», г. Астана, Казахстан

³АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНИ В ИРТЫШСКОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗОНЕ КАЗАХСТАНА

В работе дана эпидемиологическая оценка заболеваемости злокачественными опухолями гортани в Иртышской экосистеме. Исследование за 1999-2009 гг. Применялись дескриптивные и аналитические методы современной онко-эпидемиологии. Установлено, что в Иртышской экосистеме средний возраст больных раком гортани (РГ) составил 61,9 года, грубый показатель заболеваемости – 4,7⁰/0000. Возрастные показатели имели унимодальное убывание с пиком в 60-69 лет – 27,3⁰/0000. Тренды заболеваемости имели различную тенденцию.

Ключевые слова: рак гортани, заболеваемость, экосистемы.

Актуальной и сложной проблемой общественного здравоохранения является проблема установления связи между воздействием факторов окружающей среды и состоянием здоровья населения. Одним из важных аспектов данной проблемы является выяснение причинных факторов в этиологии заболеваний, которые, безусловно, очень изменчивы и зависят от анализируемого заболевания, географических, социально-экономических и других особенностей исследуемого региона [1, 2]. Исследования по оценке влияния факторов окружающей среды на заболеваемость злокачественными опухолями устанавливают взаимосвязь, уровень и степень влияния, а также результаты воздействия. Установлено, что причина далеко не всегда реализуется в следствие,

т.е. причинный фактор не всегда приводит к болезни, и все поныне известные этиологические или причинные факторы имеют характер «вероятностной», а не так называемой «строгой» причинности [3].

Для практической эпидемиологии с позиции профилактики очень важным является знание о вероятностно-статистических этиологических факторах опухолей. В этой связи в эпидемиологических исследованиях первым этапом являются наблюдение и формулировка гипотезы, т.е. по результатам дескриптивного изучения выстраиваются гипотезы [3]. Дескриптивные эпидемиологические исследования злокачественных опухолей, проводимые в Казахстане в последние годы [4-12], указывают, что высокие показатели заболеваемости установлены в Павло-