

**Мнение больных о связи заболевания с условиями жизни**

Таблица №2

№	Наименование заболевания	Неудовлетворительные условия							
		Труда		Быта		Жизни в целом		Итого	
		абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%
1	ССД	7	20,0	11	31,4	17	48,6	35	46,6
2	СКВ	6	15,0	15	37,5	19	47,5	40	53,4
	Всего	13	17,3	26	34,7	36	48,0	75	100

Известно, что в возникновении и развитии ревматических болезней ведущая роль принадлежит условиям труда, быта и жизни в целом. Изучение отношения, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении больных к этому вопросу выявило, что в возникновении и развитии ССД и СКВ немаловажная роль принадлежит условиям жизни (48,0%) в целом. При этом 34,7% больных акцентируют свое внимание на значении условий быта, а 17,3% - труда.

Такое мнение в ответах исследуемых больных свидетельствует о возросшем понимании ими социальных условий жизни в развитии заболевания, что свидетельствует о необходимости повышения отношения к вопросу по раннему выявлению, первичной профилактике, с целью повышения качества жизни населения путем активной пропаганды здорового образа жизни, здорового питания.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Состояние и перспективы совершенствования ревматологической службы // Тер. Архив, 1991, №5, С.3-8.
2. Фоломеева О.М., Цветкова Е.С., Амирджанова В.Н. и др. Изучение динамики контингента диспансерных ревматологических больных (по материалам поликлиник Москвы и Московской области) // Ревматология, 1990, №2, С.36-41.
3. Бижигитов Ж. Б. Новые медико-технологические подходы к организации ревматологической помощи населению крупного города. Автореферат дисс. на соиск. к.м.н., Алматы, 2005.
4. Nived O., Sturfelt G. Symposium: mortality in rheumatic diseases. Mortality in SLE//Rheumatol. In Europe. 1999. 25. p. 17-19.

УДК: 616.5 – 002. 525.2:616.5-004.1:616.322-002

**ТОНЗИЛЛОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

*П.Т. Доскараева, Г.Ж. Садырханова, С.У. Базарбаева, А.С. Назаров, Б.Н. Махамбетова  
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент*

**ТҮЙІН**

Жүргізілген зерттеудің нәтижесінде созылмалы инфекция ошақтарының жүйелі аутоиммунды ревматологиялық ауруларымен қатарласып немесе алғашқы себебі ретінде кездесетінін байқадық. Сонымен қатар, созылмалы инфекция ошақтары ревматологиялық аурудың ағымының ауырлауына да әсерін тигізетіні байқалды.

**SUMMARY**

On the basis of the checked up research it is possible to see that at SAIRS often accompanies or presence of the chronic centres of an infection precedes. Thus aggravating a current of rheumatic diseases.

Несмотря на существенный прогресс в изучении РЗ, достигнутый в XX веке, остается еще много нерешенных проблем, одной из которых является взаимоотношение микро- и макроорганизмов в условиях дисбаланса иммунной системы, вопрос о том, каков вклад инфекционных агентов в возникновение и развитие ревматических заболеваний (РЗ), по-прежнему интересует клиницистов.

Несомненного внимания заслуживает проблема участия разнообразных инфекционных агентов в качестве триггерных факторов, инициирующих развитие иммунного воспаления при РЗ. РЗ относятся к аутоиммунным процессам, при которых образуется широкий спектр как органоспецифических, так и органонеспецифических антител [3].

Одной из причин возникновения аутоиммунных реакций является инфекция, при этом аутоиммунные реакции рассматриваются как нежелательный, «побочный» продукт иммунного ответа на инфекционный агент. При стрептококковой инфекции наблюдается поражение суставов, включая артралгии стрептококковой этиологии, реактивные артриты и ревматическую лихорадку [4].

В последние годы отмечается возрастающий интерес к изучению роли вирусов в иммунопатогенезе ревматических заболеваний. Из 400 известных биопатогенных вирусов триггерную роль при ревматических заболеваниях могут играть вирусы Эпштейна – Барра, цитомегаловирусы, вирусы простого герпеса 1 и 6 типов, вирусы гепатита В и С (HBV, HCV), вирусы Коксаки А13, аденовирусы, вирусы краснухи, паротита, парвовирусы В19 и др. [5, 2].

Исследования по изучению роли очаговой инфекции в развитии ревматологического процесса, а также значения зева, как входных ворот для инфекционного фактора обосновали необходимость выявления и санации очагов инфекции при развитии кардита и пороков сердца, а также удаления или стерилизации миндалин [6]. Учитывая важность профилактики ревматических заболеваний, осуществлялись мероприятия по санации первичных очагов инфекций не только в зеве, но и другой локализации (желчные протоки, зубы и др.) [1].

**Цель настоящего исследования:** оценка заболеваемости системными аутоиммунными ревматическими болезнями при наличии сопутствующей или предшествующей тонзиллогенной патологии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 98 больных: 45 с диагнозом системная склеродермия (все больные женщины) и 53 – с системной красной волчанкой (из них 50 женщин и 3 мужчин), с диагнозом, подтвержденным и выставленным в ревматологическом отделении областной клинической больницы (ОКБ) и клиники Международного казахско - турецкого университета (МКТУ). А также, находящихся на диспансерном («Д») учете в городских (ЦГП, ГП№1, ГП№2, ГП№3, ГП№4, ГП№5), ведомственных (свинцового, фосфорного заводов, железной дороги, УВД) поликлиниках города Шымкента.

Диагноз СКВ ставился в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации (1988). Вариант течения и степень активности СКВ определялись согласно классификации В.А. Насоновой (1972). Возраст обследованных составил от 20 до 54 лет. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 20 лет (средняя продолжительность 6,5 лет ±0,7).

Диагноз всех больных с ССД, включенных в исследование, соответствовал отечественным (Н.Г. Гусева, 1993) и зарубежным (АРА, 1980) диагностическим критериям ССД. Характер течения определялся в соответствии с классификацией Н.Г. Гусевой (1993). Все 45 больных – женщины, возраст их составил – от 21 до 45 лет. Длительность заболевания ССД составила от одного года до 22 лет (средняя продолжительность 5,8 лет ± 1,57).

Всем больным, помимо традиционного клинического обследования была назначена консультация отоларинголога, впоследствии чего были проведены исследования содержимого лакун и отпечатков с поверхности миндалин больных, предъявлявших жалобы на боли, першение или сухость в горле.

Отделяемое из зева было взято увлажненным ватным тампоном. Тампоны затем помещали в стерильные пробирки и доставляли в лабораторию. При оценке результатов исследования учитывался качественный и количественный состав естественной микрофлоры, содержащейся в клиническом образце: обнаружение микроорганизмов, не относящихся, к естественной микрофлоре верхних дыхательных путей или необычно большое количество микробов какого-либо вида указывает на их этиологическую значимость заболевания.

**Результаты исследования содержимого лакун и отпечатков с поверхности миндалин**

Таблица №1

Показатели исследования	ССД (45 больных)		СКВ (53 больных)		Всего (98 больных)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Патогенная флора	37	82,2	41	77,3	78	79,6
Снижение фагоцитарной активности лейкоцитов	24	53,3	35	66,0	59	60,2
Увеличение числа полиморфноядерных лейкоцитов	21	46,6	29	54,7	50	51,0
Уменьшение числа лимфоцитов	18	40,0	46	86,7	64	65,3

**Результаты и обсуждение.** Анализируя данные таблицы №1 можно отметить, что наиболее часто патогенная флора обнаружена у больных с ССД - у 37 (82,2%) из числа 45 обследованных.

Уменьшение числа лимфоцитов в большинстве случаев выявлена у больных с СКВ – у 46 (86,7%) из числа 53 обследованных, в меньшей степени - у 18 (40,0%) больных ССД.

А также наблюдалось увеличение числа полиморфноядерных лейкоцитов у больных СКВ – 29 (54,7%).

Как свидетельствуют многочисленные литературные данные и наш собственный опыт, хронический тонзиллит создает реальные предпосылки к развитию ревматических заболеваний, в частности системных аутоиммунных ревматических заболеваний. Это подтверждается высокой частотой обнаружения хронического тонзиллита у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией и наличием их отчетливой зависимости между активностью клинического течения этого заболевания и обострением хронического тонзиллита.

В связи с этим можно предположить, что больные хроническим тонзиллитом формируют большую группу риска по возникновению системных аутоиммунных ревматических заболеваний и требуют к себе повышенного внимания, как со стороны отоларинголога, так и со стороны врачей ревматологов, терапевтов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Малая Л.Т.//Лечение ревматических и других форм полиартритов однокортикотронным гормоном// Врачебное дело -1980-№9.- с.188-119.
2. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М: Медицина; 1997.
3. Насонов Е.Л., Баранов А.А. Современные представления об этиологии и патогенезе системных васкулитов: роль аутоантител и нарушений клеточного иммунитета. Клини.мед. 1998; 8: 4-9.
4. Бабикова И.В., Макарова В.И., Людкевич О.М. Роль стрептококковой инфекции в генезе некоторых ревматических болезней у детей. Научн. практ. ревматол. 2003; 2: 15.
5. Шестакова И.В., Ющук Н.Д., Андреев И.В. и др. О формировании иммунопатологии у больных иерсиниозом. Тер. Архив. 2005; 11:7-10.
6. Felson D.T., Anderson J.J., Boers M. et al. American Colledge of Rhaumataogy preli-minary definition of improvement in intermatoid arthritis // Arthr. Rheum, 1993. 36, pp. 729-740.

УДК 616.248:616.155.291

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СТЕРОИДОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Б.А. Аширов

*Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

Стероидқа тәуелді бронхиалды демікпемен ауыратындарды зерттеу мақсатында тамырлық-тромбоцитарлық гемостаз бөлігін және оның түзету жолдарын оқыту пайда болды. Зерттеу кезінде 63 науқас ішінен орташа жасы  $56 \pm 4,4$  жасты құрады, ауру ұзақтығы  $8,4 \pm 0,8$  жыл, оның ішінде бақылау тобында 35 науқас, ТЛКҚ+базистық ем 14, және ТЛКҚ+пентоксифиллин базистық емді 14 қабылдады.

ТЛКҚ+базистық терапиясы және пентоксифиллинмен тамырлық-тромбоцитарлық гемостазды және клиникалық-функционалдық симптоматикасының көрсеткіш динамикасын ұзақ уақытқа жақсаратыны анықталды. Тек базистық терапияны қабылдағаннан және жүйелік глюкокортикостероидтардың мөлшерін төмендетеді кейбір жағдайда қолданбайды.

## SUMMARY

The aim of the study was to examine the state of vascular-platelet hemostasis and ways of their correction in patients with steroid-dependent asthma. The study included 63 patients middle age was  $56 \pm 4,4$  years, disease duration  $8,4 \pm 0,8$  years. Of these, 35 patients in a control group, 14 received basic therapy+lazier and 14 basic therapy+lazier+pentoxifylline.

It was found that the combination of basic therapy+ lazier and basic therapy+lazier+pentoxifylline improves the dynamics of the vascular-platelet hemostasis, clinical and functional characteristics of a longer term, than with only the basic therapy, and reduce the dose of systemic glucocorticosteroids and in some cases cancel.

Одним из важных нарушений в патогенезе бронхиальной астмы (БА) считают активацию сосудисто-тромбоцитарного гемостаза особенно у длительно принимающих системные глюкокортикостероиды (ГКС) [1,2]. Подбор лечения, воздействующие на коррекцию данных нарушений вызывает затруднения, т.к. широко применяющиеся препараты из данных средств могут сами вызывать обострения, такие как нестероидные противовоспалительные препараты. Известно, что пентоксифиллин [3] и внутривенное лазерное облучение крови [4] положительно влияют на систему гемостаза, а именно снижают агрегационную функцию тромбоцитов.

**Цель исследования.** Оценить степень нарушения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных БА стероидозависимой формы и выявить степень воздействия внутривенного лазерного облучения крови и пентоксифиллина на клинико-лабораторные показатели.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в г. Семей, в пульмонологическом отделении БСМП. Всего обследовано 63 больных БА тяжелого течения стероидозависимой формой. Средний возраст  $56 \pm 4,4$  лет, длительность заболевания  $8,4 \pm 0,8$  лет. В зависимости от используемых методов лечения больные были разделены на три группы: В 1-й группе (контрольной) получали только базисную терапию (БТ), которая включала: системные, ингаляционные ГКС, бронходилататоры, метилксантины и т.д. (35 пациентов). Во 2-й группе в комбинации с базисной терапией проводилось внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Лазеротерапия проводилась с помощью низкоэнергетического гелий-неонового лазера ЛГ-75 (длина волны – 630 нм, мощность на выходе 2 мА) по 5 сеансов внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) в локтевую вену, время экспозиции 20 минут, ежедневно (14 пациентов); В 3-й группе (14 пациентов) получали БТ+ВЛОК+пентоксифиллин, пентоксифиллин назначался в дозе 100 мг в 250-500 мл 0,9% раствора NaCl в