

tures and suffer the indigestion of food in stomach and duodenum.

**THE METHODS:** treatment of each child was conducted individually, on manual pulse diagnosis was defined the dose of preparation and degree of breeding nanny-goat's milk.

**THE RESULTS:** At manual pulse diagnosis in belly and duodenum these children was defined the syndrome an antigen-antibody, pancreas is blocked will lick off and did not work out any ferments, sphincter Oddi there was open and went throwing mucus in channel gallbladder. In this connection process of digestion was displaced in other divisions of fine intestinale, where occur perverted reaction of organism on milk mixtures that reveal itself the retching, fluid chair and skin diathesis. Through two-three weeks after receiving the milk mixtures at breach of digestion occurs the secondary edema of spleen, kidneys, liver that intensifies the deterioration of condition of infants.

When use in its practical person preparation in small doses during 5-7 days and milk of nanny-goat in different breedings, the retching stop beside sick and fluid chair, were cleaned the skin diathesis.

At manual pulse diagnosis of organs of sick child was defined that began to function the pancreas and went stimulation productions of bile, appear sound intestine microflora. The condition of child vastly improve.

**THE CONCLUSION:** Preparation of bestial origin applicable in tibetan medicine for treatment of diseases of gastrointestinal tract, in combination with different breedings nanny-goat's milk quickly perfect the condition of sick child, probably to account of development sound intestine microflora reconstruction to functions of pancreas and gallbladder.

### **ОПЫТ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Лившиц Л.Я., Лутошкина Е.Б.,  
Романенко И.А., Кайбекова Н.А.  
*Медицинский университет,  
Саратов*

В неврологической практике одной из наиболее серьезных проблем является рост количества больных хронической ишемией головного мозга (ХИМ). Данная патология составляет более 70% всех сосудистых заболеваний головного мозга. На развернутых стадиях ХИМ приводит к тяжелейшим нарушениям, опасным для жизни и существенно ограничивающих активность больных. Оценивать состояние больных с ХИМ и прогнозировать конечные исходы представляет немалые трудности. Однако до сих пор суждение об объективном статусе больных ХИМ и об эффективности проводимого лечения осуществляется, как правило, без учета их «качества жизни» (КЖ). Традиционная оценка состояния таких пациентов, отражающая изменения только физического характера, не дает полного представления о степени жизненного благополучия больного, включающего, как известно, наряду с физическими, также психические и социальные аспекты. Особенно важным в этом плане является

участие самого больного в оценке его собственного состояния. Сочетание самооценки с традиционным медицинским заключением, выносимым врачом, создает наиболее полную и объективную картину болезни, а это могло бы способствовать более корректной оценке уровня функциональных ограничений и решению реабилитационных задач у больных ХИМ.

Цель исследования: оценить уровень КЖ у больных ХИМ и уточнить возможное влияние на него различных факторов: пол, возраст, образование, стадия патологического процесса

Материалы и методы. Обследовано 252 пациента с ХИМ (123 мужчины и 129 женщин в возрасте 30-74 лет) и 25 здоровых лиц (14 мужчин и 11 женщин в возрасте 25-48 лет). В исследование не включались: пациенты, имевшие явные признаки деменции, из-за выраженных интеллектуально-мнестических нарушений и невозможности самостоятельно осуществлять заполнение опросника; больные, имевшие в анамнезе инсульт с остаточными явлениями; больные с тяжелой соматической патологией; больные с острым нарушением мозгового кровообращения; пациенты с болезнью Альцгеймера и другими формами деменции, не связанными с сосудистыми заболеваниями. Уровень КЖ определяли с помощью общего опросника MOS SF-36, не имеющего нозологической направленности. Эта методика позволяет оценивать КЖ с помощью 9 шкал, характеризующих физическое, психическое состояние и социальное функционирование, при этом более высокие значения шкал соответствуют более высокому уровню КЖ (от 0 до 100% соответственно). Физическое здоровье характеризуют шкалы ФА (физическая активность), РФ (роль физических факторов в ограничении жизнедеятельности), Б (боль) и ОЗ (общее здоровье); психосоциальную сферу характеризуют ЖС (жизнеспособность), СА (социальная активность), РЭ (роль эмоциональных факторов в ограничении жизнедеятельности), ПЗ (психическое здоровье). Отдельно в процентах определяется показатель СС (сравнение самочувствия), отражающий динамику состояния за год. В соответствии с методикой результаты, полученные по опроснику, представляли в процентах, которые рассчитываются по специальной формуле для каждой из шкал отдельно. Для наглядности мы ввели дополнительный показатель, представляющий собой среднюю величину от показателей по всем 9 шкалам, и назвали его средний показатель качества жизни (СПКЖ). По нашему мнению, это поможет в обобщенном виде судить об уровне КЖ у обследованных лиц. Известно, что пол и возраст во многом определяют не только биологическую, но в немалой степени и социальную характеристику человека, и это необходимо учитывать при рассмотрении разных аспектов, касающихся уровня КЖ. В равной степени нас интересовал такой важный социально-бытовой фактор, как образование обследованных пациентов. При всем этом нам представлялось весьма существенным сопоставить показатели уровня КЖ со стадией патологического процесса у обследованных больных с ХИМ, что могло бы помочь в определении лечебно-реабилитационной тактики.

Результаты. Лица контрольной группы продемонстрировали довольно высокие показатели по шка-

лам опросника. ФА –  $90 \pm 8,8\%$ , РФ –  $92,5 \pm 11,4\%$ , Б –  $86,7 \pm 8,7\%$ , ОЗ –  $69,7 \pm 10,1\%$ , ЖС –  $71,5 \pm 9,7\%$ , СА –  $86,5 \pm 18,1\%$ , РЭ –  $87,5 \pm 12,9\%$ , ПЗ –  $71,2 \pm 13,6\%$ , СС –  $50 \pm 11,2\%$ , СПКЖ –  $78,4 \pm 12,5\%$ . Результаты по шкалам опросника у пациентов с ХИМ были следующие: ФА –  $46,7 \pm 8,5\%$ , РФ –  $20,8 \pm 14,6\%$ , Б –  $41,5 \pm 18,7\%$ , ОЗ –  $37,3 \pm 9,5\%$ , ЖС –  $39,2 \pm 6,2\%$ , СА –  $43,8 \pm 12,4\%$ , РЭ –  $11 \pm 3,4\%$ , ПЗ –  $33,3 \pm 8,1\%$ , СС –  $37,5 \pm 11,8\%$ , СПКЖ –  $34,5 \pm 8,8\%$ . Мы обнаружили, что у больных ХИМ страдают все аспекты жизнедеятельности, по всем шкалам результаты оказались ниже, чем в группе контроля почти вдвое ( $p < 0,001$ ). СПКЖ в группе больных ХИМ был на 44% ниже, чем у здоровых лиц (т.е. больше чем в два раза). В наибольшей степени пострадали показатели по шкалам ФА, РФ, РЭ, СА, ПЗ. Среди обследованных больных 74 человека имели 1 стадию, 149 человек – 2 стадию, 29 человек – 3 стадию ХИМ. Мы протестировали их отдельно и выяснили, что уже на 1 стадии ХИМ были значительно снижены показатели по шкалам психосоциальной сферы (ЖС –  $27,5 \pm 5,8\%$ , ПЗ –  $42,3 \pm 6\%$ , РЭ –  $61 \pm 17,2\%$ ). Показатель ЖС по сравнению с группой контроля сократился вдвое и, вероятно, может быть отнесен к одному из диагностических маркеров начальной цереброваскулярной недостаточности. Наряду с этим результаты по всем составляющим КЖ у больных с 1 стадией ХИМ достоверно отличались от показателей в группе контроля. У больных со 2 стадией этот разрыв увеличивался, значительно падали все показатели (в среднем на 50-60% в сравнении с группой контроля), особенно низкими оказались показатели ФА, РФ, ОЗ, СА, РЭ и ПЗ. А вот показатель ЖС по сравнению с 1 стадией ХИМ даже немного увеличился, что, вероятно, связано с меньшей выраженностью на 2 стадии ХИМ астенических проявлений. У больных с 3 стадией тенденция к дальнейшему ухудшению всех составляющих КЖ сохранялась. СПКЖ у больных с 1, 2 и 3 стадиями ХИМ составил  $52 \pm 11,4$  –  $34,9 \pm 9,8$  –  $25,6 \pm 7,6\%$  соответственно, что подтверждает прямое влияние выраженности патологического процесса на КЖ больного. По данным нашего исследования у пациентов с 1 и 2 стадиями ХИМ уровень КЖ был достоверно выше у мужчин, тогда как на 3 стадии эта разница была мало различима. Также мы обнаружили, что у больных моложе 60 лет уровень образования (высшее или же среднее) достоверно влияет не на все показатели КЖ (оказались не зависимы от уровня образования критерии ФА и Б), тогда как у больных 60 лет и старше все критерии КЖ достоверно выше у лиц с высшим образованием. То есть показатели физического здоровья не зависели от уровня образования и при этом отчетливо снижались с возрастом. А такие критерии КЖ, как ЖС, СА и ПЗ, оказались достоверно зависимы не только от возраста (чем старше, тем ниже показатель), но и от уровня образования (показатели были выше у лиц с высшим образованием). Самые низкие показатели КЖ продемонстрировали пациенты 60 лет и старше с образованием не выше среднего ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, мы обнаружили, что ХИМ, даже на начальной стадии, существенно ухудшает КЖ пациентов, а показатель ЖС может даже рассматривать-

ся как диагностический маркер начавшейся цереброваскулярной недостаточности. С утяжелением патологического процесса прогрессивно ухудшается и КЖ. КЖ является показателем, зависящим от пола, возраста и образования пациента, что также необходимо учитывать при использовании этого критерия в исследованиях. Полученные нами данные свидетельствовали, что КЖ может рассматриваться как самостоятельный объективный показатель состояния больных. На основании данных о КЖ могут разрабатываться комплексные программы реабилитации больных.

### **ВЛИЯНИЕ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КОАГУЛЯЦИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ**

Матейкович Е.А.

*Гюменская медицинская академия,  
Гюмень*

Гормональные эстроген-гестагенные контрацептивные средства получили широкое применение в нашей стране и за рубежом. В акушерско-гинекологической практике используются их контрацептивные, лечебные и профилактические свойства. Наряду с этим, существует определенная связь между приемом оральных контрацептивов и повышенным риском тромбозов и тромбоэмболий. В литературе имеются данные, указывающие на связь гипертромбинемии с гипероксидацией. Учитывая вышесказанное, мы поставили перед собой цель изучить влияние эстроген-гестагенных препаратов на гемостаз в зависимости от процессов липопероксидации. В эксперименте на крысах мы изучили состояние коагуляционного компонента гемостаза на фоне введения эстроген-гестагенного препарата и зависимость гемокоагуляционных сдвигов от интенсивности процессов перекисного окисления липидов /ПОЛ/. В коагуляционном компоненте гемостаза при введении эстроген-гестагенных препаратов выявляются признаки гиперкоагуляции (укорочение активированного времени рекальцификации /АВР/ и активированного частичного тромбопластинового времени /АЧТФ/) на фоне ускоренного взаимодействия тромбин-фибриноген (рост уровня продуктов деградации фибрина /ПДФ/ и фибриногена). Сдвиги в коагуляционном гемостазе на фоне введения эстроген-гестагенных препаратов сопряжены с активацией процессов перекисного окисления липидов /ПОЛ/. При введении гормонов на фоне активации ПОЛ прооксидантом (димефосфон) интенсивность внутрисосудистого свертывания крови усиливается.

Таким образом, введение эстроген-гестагенных препаратов вызывает активацию коагуляционного гемостаза, которая усиливается в присутствии фактора, стимулирующего процессы ПОЛ, что является косвенным свидетельством реализации эффекта половых стероидов на гемостаз через интенсификацию липопероксидации.