

6 Гомберг В.Г., Надь Ю.Т. Применение препарата Витапрост форте в лечении гиперактивного мочевого пузыря у женщин // Урология. – 2010. – №4. – С. 1-5

7 Субботин Д.П. Отчёт изучения эффективности применения препарата Витапрост форте суппозитории ректальные, 50 мг у пациенток с хроническим сальпингоофоритом. – Нижний Новгород, 2008. – С. 2-7

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Г. Д. КОШКИМБАЕВА

«Қазақстандық жыныстық және репродуктивті денсаулық жөніндегі қауымдастық» АҚ Алматы филиалы, Қалалық студенттік емхана, Алматы қ.

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ НЕСЕП ТОҚТАМАУ СИМПТОМЫН ЕМДЕУ МӘСЕЛЕСІНЕ

Халықтың қартаюына байланысты әлемде гериатриялық сырқаттардың артуы байқалады. Бірақ қазіргі уақытта акушер-гинекологтардың «қарттық сырқаттарды» кешенді емдеудегі нақты стандартты шешімдері жоқ. Несеп ұстамау сияқты симптом егде жастағы әйелдерде жиі кездеседі, бұл психологиялық жайсыздық пен өмір сапасының төмендеуіне әкеледі. ҚР мұндай симптомды бар әйелдердің айтарлықтай контингентінің барына қарамастан, көбі барабар көмек алмайды. Емханалық зерттеулердің оң нәтижелері Витапрост форте препаратын емделушілердің «гиперактивті қуық қалбыршағы» және несеп ұстамау деп аталатын сырқаттан

емделу терапиясының сызбасына енгізу мүмкіндігін береді.

Негізгі сөздер: *несеп ұстамау, егде жастағы әйелдер, климактериялық және климактерия алды кезең, Витапрост форте.*

S U M M A R Y

G.D. KOSHKIMBAYEVA

Almaty branch of NGO “Kazakhstan Association on Sexual and Reproductive Health”, City student clinic, Almaty c.

THE QUESTION OF THE TREATMENT OF THE SYMPTOMS OF URINARY INCONTINENCE IN OLDER WOMEN

In the world there is a rise in geriatric diseases associated with an aging population.

But at present, obstetrician-gynecologists have no specific standard approaches to the comprehensive treatment of “diseases of old age”. Such symptom as urinary incontinence often occurs in older women, leading to the psychological discomfort and reduced quality of life. Despite the fact that in Kazakhstan there is a large contingent of women with this symptom, most of them do not receive the adequate care. The positive results of the clinical studies allow to include the drug “Vitaprost forte” into the therapy regimen for patients with so-called “overactive bladder” and urinary incontinence.

Key words: *urinary incontinence, older women, menopause and perimenopause, Vitaprost forte.*

УДК 614.253.1:316.362+614.253.8:616.12-008.331.1:364-786]-053.9

Л.Г. МАТВИЕЦ

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ГОРОДСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В данной статье представлены результаты углубленного изучения невротических состояний у пациентов преклонного возраста с гипертонической болезнью, проживающих в городских поселениях и сельской местности.

Ключевые слова: *пациенты пожилого и старческого возраста, невротическое состояние, гипертоническая болезнь, городские поселения, сельская местность.*

Сердечно-сосудистая патология, в частности артериальная гипертензия (АГ), составляет большую долю заболеваний (80%) у пациентов преклонных лет с высокими показателями осложнений и инвалидизации (69% больных с инфарктом миокарда). Одним из факторов риска осложнений при АГ у пациентов преклонных лет является психосоциальное стрессовое влияние внешних факторов избыточной для них силы [1, 2, 3].

Особенностью реакции организма при психоэмоциональной нагрузке у пациентов преклонного возраста являются избыточная прессорная реакция и менее эффективная перестройка деятельности сердечно-сосудистой системы, обусловленная возрастной гиперсимпатикотонией и относительным ослаблением активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы, что поддерживает повышение периферического сосудистого сопротивления и снижает стрессовую устойчивость пациентов с АГ [4, 5].

Для пациентов старшего возраста распространенным является состояние общего беспокойства, которое сопровождается чрезмерным нервно-психическим напряжением, а значит, повышением тонуса симпатической нервной

системы, что является дополнительным фактором риска острых нарушений коронарного, мозгового кровообращения, аритмий и внезапной смерти [6].

Для семейного врача важно установить причины общего беспокойства пациента преклонного возраста, помочь снять напряжение, поддержать его, предложив конкретные психологические методы решения проблем.

Такая поддержка повысит эффективность медицинской помощи пациенту преклонного возраста, с одной стороны, с другой – улучшить качество его жизни [6].

Известно, что условия проживания на селе и в городе отличаются. Важным, по нашему мнению, является определение особенностей нервно-психического реагирования у пациентов пожилого и старческого возраста с гипертонической болезнью (ГБ) зависимо от места проживания.

Цель исследования – определение влияния ГБ на структуру невротических состояний в зависимости от возраста и места жительства.

Материал и методы

Обследованные пациенты в возрасте 60 лет и старше с АГ (181 человек), у всех больных была диагностирована

ГБ. Больные обратились за медицинской помощью в амбулатории общей практики – семейной медицины городских поселений и сельской местности.

Больные разделены на две возрастные категории: пожилой возраст – 60 – 74 лет; старческий возраст – 75 лет и старше (по классификации ВОЗ, 1961). Пациенты с ГБ разделены еще на две категории: первая – пациенты с ГБ II стадии без осложнений со стороны органов-мишеней, уровень артериального давления (АД) в пределах 140-180/90-110 мм рт.ст; вторая – пациенты с ГБ III стадии, ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Все эти больные перенесли инфаркт миокарда от 1 до 5 лет тому назад.

Наряду с АГ у больных были выявлены: хронический колит с запорами – у 76 больных, хронический холецистит – у 113 пациентов, хронический панкреатит – у 84, заболевания опорно-двигательной системы в виде остеоартроза – у 169 пациентов.

Контрольная группа включала 99 пациентов без АГ и диагностированных сердечно-сосудистых заболеваний и разделена по возрасту: пациенты без АГ пожилого возраста (51) и пациенты без АГ старческого возраста (48). У этих больных была диагностированная патология гастроэнтерологической и опорно-двигательной систем: хронический колит, хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит, остеоартроз. АД у них находилось в пределах нормы, то есть меньше, чем 140/90 мм рт.ст.

Критерии включения больных в исследование: предварительно установленный диагноз ГБ терапевтом, семейным врачом, с консультативными заключениями невролога и окулиста в течение 5 лет, уровень АД систолического 140-180, диастолического 90-110 мм рт. ст.; в случае с ГБ III стадии включались пациенты только с перенесенным инфарктом миокарда давностью 1 – 5 лет; согласие пациентов на участие в исследовании.

Критерии исключения: умеренные и значительные когнитивные нарушения, деменция, психические заболевания; больные с двигательной ограниченностью, что не позволяет им посещать реабилитационные мероприятия в амбулатории; больные с перенесенным мозговым инсультом, онкопатологией.

Проведено психодиагностическое исследование пациентов преклонного возраста: наличия и оценки невротических состояний по методике К.К. Яхина, Д.М. Менделевича (1998) [7] по следующим шкалам: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений; ситуационной и личностной тревожности с использованием шкалы Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1976) [8], что определяло уровень пластичности психических реакций в ответ на изменения внешних условий, когда параметры влияния некоторых факторов окружающей среды выходят за пределы оптимальных.

При интерпретации результатов теста используются следующие оценки: менее 30 баллов – низкая тревожность, расценивается как признак полного психического здоровья; 31 – 45 баллов – умеренная тревожность, расценивается как один из признаков нервно-психической напряженности; 46 и больше баллы – высокая тревожность, связывается с наличием невротического конфликта, с эмоциональными, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями, расценивается как достоверное проявление невротического расстройства.

Ситуационная тревожность характеризует психофизиологические качества психических реакций индивидуальности. Личностная тревожность, как свойство личности, определяется типом высшей нервной деятельности, темпераментом, характером, воспитанием и приобретенными стратегиями реагирования на внешние факторы,

является более постоянной категорией и указывает на уровень возможностей адаптации пациента в общественной среде через проявление состояния беспокойства.

Результаты и обсуждение

Для оценки влияния возраста на психоэмоциональное состояние проанализирована разница структуры невротических состояний и уровня тревожности между группами пациентов пожилого и старческого возраста, у которых не выявлено АГ (табл. 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов пожилого возраста с выявленными невротическими состояниями и уровнями тревожности в зависимости от возраста без гипертонической болезни

Психические состояния		Возрастная категория	Пожилой	Старческий
		количество пациентов	51	48
Невротические состояния	тревога	абс.	19	20
		относ.	37,3%	41,7%
	невротическая депрессия	абс.	29	25
		относ.	56,9%	52,1%
	астения	абс.	18	21
		относ.	35,3%	43,8%
	истерический тип реагирования	абс.	13	16
		относ.	25,5%	33,3%
	обсессивно-фобическое нарушение	абс.	5	12
		относ.	9,8%	25,0%
вегетативные нарушения	абс.	20	20	
	относ.	39,2%	41,7%	
Тревожность	ситуационная низкая	абс.	25	7
		относ.	49,0%	14,6%
	ситуационная умеренная	абс.	32	26
		относ.	62,8%	54,2%
	ситуационная высокая	абс.	-	14
		относ.	-	29,2%
	личностная низкая	абс.	4	-
		относ.	7,8%	-
личностная умеренная	абс.	40	31	
	относ.	78,4%	64,6%	
личностная высокая	абс.	13	17	
	относ.	25,5%	35,4%	

Анализируя выявленные невротические состояния в обеих группах, достоверной разницы при увеличении возраста не установлено. Выявлено влияние возраста на увеличение уровня ситуационной тревожности, что продемонстрировано достоверно (p<0,001) более частыми случаями с низкими показателями ситуационной тревожности в группе пожилых людей (49,0%), тогда как у людей старческого возраста значительно меньшее количество лиц с низкими показателями (14,6%), также увеличилось количество людей, у которых обозначены высокие показатели ситуационной тревожности (29,2%).

Оценивая разницу в структуре невротического реагирования пациентов ГБ II стадии, среди пожилого возраста выявлено достоверно (p<0,05) меньшее количество пациентов из сельской местности с тревогой (32,3%) по сравнению с количеством пациентов из городских поселений (57,6%), а также по сравнению с количеством пациентов сельской местности старческого возраста (60%) (табл. 2).

Таблица 2 – Распределение пациентов с гипертонической болезнью II стадии (n=136) с выявленными невротическими состояниями и уровнями тревожности в зависимости от возрастной категории и места жительства

Психические состояния		Возрастная категория	Город (n=70)		Село (n=66)	
			60-74 года	75 и старше	60-74 года	75 и старше
		количество пациентов	33	37	31	35
Невротические состояния	тревога	абс.	19	27	10	21
		относ.	57,6%	73,0%	32,3%	60%
	невротическая депрессия	абс.	24	34	21	32
		относ.	72,7%	91,9%	67,8%	91,4%
	астения	абс.	26	33	20	29
		относ.	78,8%	89,2%	64,5%	82,9%
	истерический тип реагирования	абс.	17	24	12	20
		относ.	51,5%	64,9%	38,7%	57,1%
	обсессивно-фобическое нарушение	абс.	12	20	4	16
		относ.	36,4%	54,1%	12,9%	45,7%
	вегетативные нарушения	абс.	26	32	23	30
		относ.	78,8%	86,5%	74,2%	85,7%
Тревожность	ситуационная низкая	абс.	4	2	7	1
		относ.	12,1%	5,4%	22,6%	2,9%
	ситуационная умеренная	абс.	23	21	20	26
		относ.	69,7%	56,8%	64,5%	74,3%
	ситуационная высокая	абс.	6	14	4	8
		относ.	18,2%	37,8%	12,9%	22,9%
	личностная низкая	абс.	-	-	-	-
		относ.	-	-	-	-
	личностная умеренная	абс.	5	6	11	7
		относ.	15,2%	16,2%	35,5%	20%
	личностная высокая	абс.	28	31	20	28
		относ.	84,9%	83,8%	64,5%	80%

Обсессивно-фобическое нарушение установлено у достоверно ($p < 0,05$) меньшего количества пациентов пожилого возраста сельской местности (12,9%), чем городских поселений (36,4%). Вместе с тем, среди пациентов сельской местности с обсессивно-фобическим нарушением, их количество достоверно ($p < 0,01$) выросло среди старческого возраста (45,7%), и не выявлено достоверной разницы между количеством пациентов старческого возраста городских поселений и сельской местности. Это могло указывать, что проживание в сельской местности в пожилом возрасте пациентов с ГБ II стадии способствует уменьшению тревожных расстройств.

Невротическая депрессия выявлена у достоверно ($p < 0,05$) большего количества пациентов с ГБ II стадии старческого возраста, чем пожилого, как городских поселений (пожилой возраст – 72,7%, старческий – 91,9%) так и сельской местности (пожилой возраст – 67,8%, старческий – 91,4%), что указывает на рост количества пациентов с невротической депрессией с возрастом независимо от места жительства.

Оценивая адаптационные возможности пациентов с ГБ II стадии, установлено достоверно ($p < 0,001$) большее количество пациентов пожилого возраста с низкой ситуационной тревожностью из сельской местности (22,6%), чем из городских поселений (12,1%).

В группе пожилого возраста городских поселений установлено достоверное ($p < 0,001$) преимущество количества пациентов с умеренной ситуационной тревожностью (69,7%) над количеством пациентов с высокой (18,2%). Тогда как среди пациентов старческого возраста городских поселений выросло их количество с высокой тревожностью и достоверно не отличалось от количества пациентов с умеренной ситуационной тревожностью, что указало на снижение психофизиологических функций при увеличении возраста у пациентов из городских поселений.

У пациентов сельской местности как пожилого, так и старческого возраста выявлено достоверное ($p < 0,001$) преимущество количества пациентов с умеренной ситуационной тревожностью (пожилой возраст – 64,5%, старческий – 74,3%) над количеством пациентов с высокой ситуационной тревожностью (пожилой возраст – 12,9%, старческий – 22,9%) без достоверной разницы по возрасту, что могло указывать на более высокую сохранность психофизиологических функций пациентов в сельской местности.

Во всех возрастно-территориальных группах пациентов с ГБ II стадии выявлено достоверно ($p < 0,001 - 0,05$) большее количество пациентов с высокой личностной тревожностью, чем с умеренной, и не выявлены пациенты с низкой личностной тревожностью, что указало на одинаково высокий уровень беспокойства у пациентов

с ГБ II стадии независимо от возраста и может приводить к существенному снижению социальной адаптации.

Анализируя разницу в структуре пациентов из ГБ III стадии, среди старческого возраста выявлено достоверно ($p < 0,05$) меньшее количество пациентов сельской местности с тревогой (57,1%) по сравнению с количеством пациентов городских поселений (100%) (табл. 3).

Оценивая адаптационные возможности пациентов с ГБ III стадии, установлено достоверное ($p < 0,05; 0,001$) преимущество количества пациентов городских поселений с высокой ситуационной тревожностью пожилого (80,0%) и старческого (71,4%) возраста над количеством пациентов с умеренной тревожностью. Вместе с тем, у пациентов сельской местности и пожилого и старческого возраста количество пациентов с умеренной и высокой ситуационной тревожностью достоверно не отличались, что могло указывать на более низкий уровень истощения психофизиологических ресурсов адаптации у пациентов сельской местности с ГБ III стадии.

В обеих возрастных группах у всех пациентов из городских поселений с ГБ III стадии выявлена высокая личностная тревожность, среди пациентов сельской местности также выявлена высокая личностная тревожность, хотя встречались одиночные случаи с умеренной личностной тревожностью, что свидетельствовало о высоком уровне

Таблица 3 – Распределение пациентов с гипертонической болезнью III стадии (n=45) с выявленными невротическими состояниями и уровнями тревожности в зависимости от возрастной категории и места жительства

Психические состояния		Возрастная категория	Город (n=24)		Село (n=21)	
			60-74 года	75 и старше	60-74 года	75 и старше
		количество пациентов				
Невротические состояния	тревога	абс.	10	14	11	4
		относ.	100%	100%	78,6%	57,1%
	невротическая депрессия	абс.	10	14	12	7
		относ.	100%	100%	85,7%	100
	астения	абс.	10	14	10	6
		относ.	100%	100%	64,3%	85,7%
	истерический тип реагирования	абс.	8	10	11	5
		относ.	80,0%	71,4%	78,6%	71,4%
	обсессивно-фобическое нарушение	абс.	6	12	9	4
		относ.	60,0%	85,7%	64,3%	57,1%
вегетативные нарушения	абс.	10	11	11	7	
	относ.	100%	78,6%	85,7%	100%	
Тревожность	ситуационная низкая	абс.	-	-	-	-
		относ.	-	-	-	-
	ситуационная умеренная	абс.	2	4	8	3
		относ.	20,0%	28,6%	57,1%	42,8%
	ситуационная высокая	абс.	8	10	6	4
		относ.	80,0%	71,4%	42,9%	57,1%
	личностная низкая	абс.	-	-	-	-
		относ.	-	-	-	-
	личностная умеренная	абс.	-	-	1	1
		относ.	-	-	7,1%	14,3%
личностная высокая	абс.	10	14	13	6	
	относ.	100%	100%	92,9%	85,7%	

беспокойства и практически социальную дезадаптацию у пациентов с ГБ III стадии независимо от возраста.

Выводы

1. Выявлено функциональное снижение психофизиологических реакций лиц старческого возраста без АГ по показателям ситуационной тревожности.
2. В структуре невротического реагирования пациентов пожилого возраста из сельской местности с ГБ II стадии выявлено достоверно меньшее количество лиц с тревогой и обсессивно-фобическим нарушением.
3. Установлено достоверное преимущество количества пациентов с умеренной ситуационной тревожностью пожилого и старческого возраста с ГБ II стадии, которые были из сельской местности.
4. В структуре невротического реагирования пациентов с ГБ III стадии выявлено достоверно меньшее количество лиц с тревогой старческого возраста из сельской местности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ена Л.М. Артериальная гипертензия в старости / Ена Л.М., Ахаладзе Н.Г. // Артериальная гипертензия. – 2013. – № 3 (29). – С. 21–28

2 Клинические рекомендации по артериальной гипертонии Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) 2013 года / Научный редактор перевода Сиренко Ю.М. // Арте-

риальная гипертензия. – 2013. – №4. – 160 с.

3 ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension / Aronow W.S., Fleg J.L., Pepine C.J., Artinian N.T., Bakris G., Brown A.S., Ferdinand K. C., Ann Forciea M., Frishman W.H., Jaigobin C. [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2011. – 57. – P. 2037–2114

4 Антонюк-Щеглова І.А. Надмірна реакція артеріального тиску при дозованих психоемоційній пробі як предиктор розвитку серцево-судинної патології у людей літнього віку / Антонюк-Щеглова І.А., Шатило В.Б., Турта М.І. // Пробл. старения и долголетия. – 2007. – 16, № 4. – С. 371–376

5 Воробьева О.В. Стресс и расстройства адаптации / О.В. Воробьева // Рус. мед. журн. – 2009. – Т. 17, № 1. – С. 789–793.

6 Błachnio A. Prejudices and elderly patients' personality – the problem of quality of care and quality of life in geriatric medicine / Błachnio A., Buliński L. // Med. Sci. Monit. – 2013. – 16; 19. – P. 674–680

7 Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Ленинград : ЛНИИТЕК, 1976. – 89 с.

8 Яхин К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К.К. Яхин, Д.М. Менделевич // Менделевич Д.М. Клиническая и медицинская психология: практ. руководство / Д.М. Менделевич. – М., 1998. – С. 545–552

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Л.Г. МАТВИЕЦ

П.Л. Шупик атындағы Дипломнан кейінгі білім беру Ұлттық медицина академиясы, Киев қ., Украина

ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ АУРУДЫҢ ҚАЛАЛЫҚ ҚОНЫСТАРДАҒЫ ЖӘНЕ ЖЕРГІЛІКТІ МЕКЕНДЕРДЕГІ ЕГДЕ ЖӘНЕ КӘРІЛІК ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ЖҮЙКЕ-ПСИХКАЛЫҚ КҮЙІНЕ ӘСЕРІН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ

Аталған жұмыстың өзектілігі қалалық және ауылдық қоныстарда тұратын гипертониялық ауруға шалдыққан қартайған жастағы науқастардың невроздық күйін тереңдетте зерттеуде.

Зерттеудің мақсаты гипертониялық аурудың жасына және тұратын жеріне қарай невроздық күйлердің құрылымына әсерін анықтау болды.

Материал және әдістер: 60 жастағы және одан жоғары II және III кезеңдегі диагностикаланған гипертония ауруына шалдыққан емделушілер. Науқастар қалалық қоныстар

мен ауылдық жерлердегі отбасылық медицинаның жалпы тәжірибесі амбулаторияларына медициналық көмекке жүгінген. Оларға К.К. Яхиннің, Д.М. Менделевичтің әдістемесі бойынша және Ч.Д. Спилбергер – Ю.Л. Ханін шәкілін пайдаланып, жағдаяттық және жеке басының мазасыздығы жөніндегі невроздық күйлердің бар болуы мен оны бағалайтын психикалық диагностикалық зерттеме жүргізілген болатын.

Нәтижелері және талқылау: Жастың гипертониялық ауруға шалдықпаған емделушілерде жағдаяттық мазасыздық деңгейінің артуына әсері анықталды. Ауылдық жерлердегі егде жастағы емделушілер тобындағы гипертониялық аурудың II кезеңіне шалдыққан емделушілер арасында мазасыздық қатарындағы невроздық бұзылыстар сирек кездескен, сондай-ақ жағдаяттық мазасыздықтың көрсеткіштері тым төмен болған, бұл қоздырғыштарға ұнқатудың психикалық физиологиялық функциялардың тым жоғары және жалпы мазасыздықтың аз деңгейде сақталатынын айғақтай алады, бұл қауымда тез бейімделуге мүмкіндік береді.

Қалалық қоныстар мен ауылдық жерлердегі егде және кәрілік жастағы гипертониялық аурудың III кезеңіне шалдыққан емделушілер бар болған невроздық күйлерінің саны жағынан сенімді түрде ерекшеленбейді және барлығы дерлік әлеуметтік бейімделмеушілік күйінде тұрады.

Қорытындылар: II-III кезеңдегі ГА шалдыққан егде жастағы емделушілердің ауылдық мекендерде тұруы мазасыздық бұзылысын азайтуға ықпал етеді.

Негізгі сөздер: егде және кәрілік жастағы емделушілер, невроздық күй, гипертониялық ауру, қалалық қоныстар, ауылдық мекендер.

SUMMARY

L.G. MATVIETS

National Medical Academy of Postgraduate Education
n.a. P.L. Shupryk, Kiev c., Ukraine

COMPARATIVE ASSESSMENT OF HYPERTENSION EFFECTS ON NEURAL AND MENTAL CONDITIONS OF AGED PEOPLE OF URBAN SETTLEMENTS AND COUNTRYSIDE

Topicality of this work is to study neurotic state of advanced aged hypertonic patients who live in urban settlements and countryside.

The investigation goal was to estimate the hypertension impact on the neurotic conditions structure depending of patients' age and place of residence.

Materials and Methods. Patients of 60 and more years old who suffered from essential hypertension of II and III stages were examined. Patients applied for medical care to general practitioner's departments of urban settlements and countryside. They were examined by K.K. Yakhin and D.M. Mendelevich estimation procedure of neurotic conditions and Ch.D. Spilberg and Yu.L. Khanin rating scale of situation and personal anxiety.

Results and Discussion. It was shown that age influences situation anxiety level among patients without essential hypertension. There were less neurotic anxieties disorders and lower level of situation anxiety among aged patients with essential hypertension of II stage that lived in countryside. That may be evidence of higher preservation level of reaction irritator psychophysiological functions and lower total anxiety level; these characteristics provide lightly social adaptation.

The number of neurotic condition of aged and senile patients with essential hypertension of III stage did not differ in urban settlements and countryside; mainly all patients had social disadaptation.

Conclusions. Living in countryside promotes reducing of anxiety disorders of patients with essential hypertension of II and III stages.

Key words: aged and senile patients, neurotic conditions, essential hypertension, urban settlements, countryside.

УДК 616.5-006.81-085

И.М. ОМАРОВА

Карагандинский областной онкологический диспансер,
Карагандинский государственный медицинский университет,
Республика Казахстан

ТЕМОЗОЛОМИД В КОМБИНАЦИИ С ЦИСПЛАТИНОМ В ПЕРВОЙ ЛИНИИ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМОЙ

В статье представлены данные по оценке эффективности комбинированного режима полихимиотерапии темозоломид+цисплатин у пациентов с диссеминированной злокачественной меланомой кожи. В качестве основных критериев эффективности использованы результаты непосредственной эффективности.

Ключевые слова: диссеминированная меланома, темозоломид, цисплатин, полихимиотерапия, общий эффект, токсичность.

До настоящего времени нерешенной проблемой онкологии является улучшение результатов лечения диссеминированной меланомы, что предопределено отсутствием стандартных эффективных режимов лекарственной терапии.

Несмотря на то, что стандартные подходы к проведению лекарственной терапии диссеминированной меланомы не разработаны, эталоном для сравнения

эффективности различных режимов химиотерапии является препарат дакарбазин. Применение дакарбазина в первой линии химиотерапии у пациентов с диссеминированной меланомой позволяет получить объективный эффект у 11-25% больных, при этом медиана выживаемости редко превышает 4,5-6 месяцев [1].

Анализ результатов клинических исследований II – III фазы показывает, что по показателям эффективности ни