

Таблица 2

Обширность разных подтипов ишемического инсульта

	Атеротромботический (АТИ)	Кардиоэмболический (КЭИ)	Гемодинамический
1 доля	11%	27%	50%
2 доли	22%	27%	0%
3 доли	22%	14%	0%
4 доли	4%	0%	0%
Ствол/мозжечок	8%	0%	0%
Базальные ядра	4%	5%	0%
Смешанный с захватом ствола	15%	9%	0%
Смешанный с захватом подкорковых ядер	7%	9%	50%
Обширный	7%	9%	0%

Целью исследования был клинико-анатомический анализ летальных исходов ишемического инсульта (ИИ) у жителей г. Кемерово в 2014 году.

Материалом исследования послужили результаты вскрытия 73 больных умерших по причине ОНМК в стационарах г. Кемерово в 2014 году.

Результаты и их обсуждение. Из 73 случаев в 48 (66%) было диагностировано ОНМК по ишемическому типу. Среди умерших в результате ИИ 54% составляют мужчины, 46% женщины. Средний возраст скончавшихся 69,7±2,07 лет, причем возраст женщин значительно выше ($p=0,011$), чем мужчин (74,86±2,78 года и 64,88±2,74 года, соответственно).

Первичное ОНМК по ишемическому типу стало причиной смерти у 77% больных, повторное - у 21%, произошедшее в третий раз - у 2%. Приведенные результаты указывают на актуальность первичной профилактики ОНМК, тщательного выявления и лечения пациентов, имеющих факторы риска его развития. Наличие определенных факторов риска прямо или косвенно связано с развивающимся подтипом ИИ, поэтому уточнение патогенетического подтипа произошедшего или возможного ИИ является непременным условием эффективности мер первичной и вторичной профилактики сосудистой катастрофы.

Полученные данные о частоте встречаемости подтипов ИИ представлены в табл. 1.

Таблица 1

Частота встречаемости основных подтипов ишемического инсульта

Подтип ИИ	Частота
Атеротромботический (АТИ)	54%
Кардиоэмболический (КЭИ)	40%
Гемодинамический	4%
Лакунарный	2%

Согласно результатам исследования преобладают пациенты с распространенным атеросклерозом и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, способными стать причиной ИИ, что соответствует данным других исследователей, указывающих атеросклероз как ведущий фактор риска развития этой патологии у жителей г. Кемерово [4].

Согласно результатам патологоанатомического исследования чаще всего инфаркты не ограничиваются одной долей или отделом большого мозга, а проявляются сочетанным поражением, что может затруднять диагностику. Из АТИ всего 23% были ограниченными, остальные поражали большой объем мозговой ткани. При КЭИ количество ограниченных инфарктов составило уже 31, 57%, при гемодинамических – 50%. Сочетанные в свою очередь имеют некоторые «любимые» локализации: для АТИ это теменно-височная (28%) и лобно-височно-теменная (17%), для КЭИ – лобно-теменно-височная (29%).

Сходность локализации ишемических инфарктов объясняется частым поражением средней мозговой артерии (80%), склонной как к формированию атеросклеротических бляшек, так и к попаданию туда эмболов [5].

Если же рассматривать ИИ с точки зрения обширности, то чаще всего средние или обширные размеры имеют КЭИ, хотя при стенозе крупного сосуда и АТИ могут приводить к обширному поражению. Данные об обширности ИИ разного патогенеза представлены в табл. 2.

Как видно из результатов исследования, наибольшей обширностью характеризуется АТИ подтип ишемического инфаркта, с чем связаны его тяжелые последствия и высокая летальность.

Заключение. У жителей г. Кемерово в 2014 году среди вариантов ОНМК, приведших к летальному исходу, преобладал ИИ. Среди умерших близкое число женщин и мужчин. Однако, возраст скончавшихся женщин значительно выше, чем мужчин на 10 лет. Чаще встречался АТИ патогенетический подтип инсульта, характеризующийся обширным сочетанным поражением ткани мозга. Нередким был и КЭИ подтип. В большинстве случаев смерть наступала при первичном ИИ, реже повторном.

Таким образом, главными задачами врачей должны стать первичная профилактика ОНМК с установлением групп риска, в первую очередь гиперхолестеринемией и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, способными стать причиной ИИ, а также адекватное лечение и реабилитация больных, перенесших ИИ и вторичная профилактика сосудистой катастрофы.

Список литературы

- Богданов А.Н., Добрынина И.Ю., Добрынин Ю.В. Ишемический инсульт в городском центре севера Западной Сибири (опыт 20-летнего изучения) // European science review, 2014. № 5-6. С. 49-51.
- Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Камчатнов П.Р. Ишемический инсульт. Современное состояние проблемы // Доктор. Ру., 2013. № 5. С. 2-7.
- Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 288 с.
- Коваленко А.В., Гилева О.А. Эпидемиология и факторы риска инсульта в Кемерово // Бюллетень Сибирской медицины, 2008. №5. С.170-175.
- <http://www.lvrach.ru/1998/05/4527041/>

НЕПРЯМАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОМЕТРИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ СКРИНИНГ-МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Полукчи Т.В., Абуова Г.Н., Батырханова С.Т.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан, tatyana_polukchi@mail.ru

Резюме. Диффузные заболевания печени все больше приобретают массовую распространенность. Установлена склонность к повышению уровня заболеваемости хроническими диффузными заболеваниями

ями печени в различных государствах в мире, в том числе Казахстане.

Ключевые слова: биопсия печени, непрямая ультразвуковая эластометрия печени, хронические диффузные заболевания печени.

Введение. Диффузные заболевания печени все больше приобретают массовую распространенность, а именно 30% населения страдает ими. По данным ВОЗ общее количество составляет около 2 млрд. людей (1 млрд. человек по всему миру переболели заболеваниями печени, 1 млрд. человек поражены гепатитами и циррозами). Хронические диффузные заболевания печени являются серьезной проблемой здравоохранения, так как поражают 60% трудоспособного населения. Данная патология характеризуется отсутствием клинических проявлений и особого беспокойства у пациентов.

Цель исследования: проанализировать современные взгляды на применение неинвазивного метода диагностики непрямой ультразвуковой эластометрии в качестве современного скрининг-метода в диагностике хронических диффузных заболеваний печени.

Методы и материалы. Был проведен анализ современной литературы по вопросу применения неинвазивного метода диагностики непрямой ультразвуковой эластометрии в качестве нового скрининг-метода в диагностике хронических диффузных заболеваний печени.

Результаты и обсуждение. Фиброз печени определяется как накопление чрезмерного количества внеклеточного матрикса, также известного как рубцовая ткань, в паренхиме печени. Когда повреждение печени является хроническим, избыток волокнистой соединительной ткани накапливается. Как прогрессирование хронического заболевания печени, фиброз печени сопровождается образованием перегородок и узелков, которые внедряются в портальный кровоток, что приводит к гипертонии и формированию самобытной архитектуры цирроза. В условиях воспалительной фиброзной микросреды, постоянное возбуждение гепатоцеллюлярной регенерации может predisполагать к развитию гепатоцеллюлярной карциномы. Однако разрушительное действие фиброза печени даже в начале цирроза может быть снижено путем подавления фиброзного ответа. С большими достижениями в терапевтических методиках, используемых для лечения хронических заболеваний печени, точная оценка фиброза печени является жизненной необходимостью для успешного индивидуального управления заболеванием у пациентов. В последние 50 лет биопсия печени считается золотым стандартом для постановки фиброза печени. Эта методика позволяет врачам получать диагностическую информацию не только фиброза, но и многих других ранних процессов печени. Тем не менее, многие недавние исследования четко выделяют несколько важных недостатков биопсии печени, в том числе переменной доступности, высокой стоимости, ошибки выборки и неточность интерпретаций патологии исследователем. Кроме того, есть важный фактор риска печени биопсии, связанный с заболеваемостью и смертностью, с болью и гипотонией, как наиболее частых осложнений, внутрибрюшинного кровотечения как наиболее серьезных осложнений. Из-за этих причин, некоторые пациенты могут отказываться от биопсии печени и, возможно, не знать свою стадию болезни печени и важных прогностических последствий. Первым разработчиком клинической количественной эластометрии печени является фирма Эхосенс (Франция) с аппаратом «FibroScan». Технология непрямой ультразвуковой эластометрии позволяет количественно оценивать жесткость пече-

ни. «FibroScan» измеряет эластичность паренхимы печени с использованием ультразвука (5 МГц) и низкой частоты упругой волны (50 Гц), которые производятся ультразвуковым датчиком. Преимуществами данной технологии являются доступность, возможность использования для мониторинга проводимой терапии и оценки ее эффективности, отсутствие лучевой нагрузки, высокая чувствительность. Метод непрямой ультразвуковой эластометрии позволяет проводить первичную диагностику заболеваний печени, а также может применяться в качестве альтернативы пункционной биопсии.

Выводы. Непрямая ультразвуковая эластометрия печени может применена в клинической практике, как современный скрининг-метод фиброза печени. Это обусловлено тем, что показатели, полученные в результате исследования имеют высокую информативность на всех стадиях развития фиброза. Современная диагностика больных с хроническими диффузными заболеваниями печени является надежной профилактикой фиброза печени, так как он может привести к развитию цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Список литературы

1. Sebastiani G, Alberti A: Non-invasive fibrosis biomarkers reduce but not substitute the need for liver biopsy. *World J Gastroenterol* 2006, 12 (23): 3682-3694.
2. West J, Card TR: Reduced mortality rates following elective percutaneous liver biopsies. *Gastroenterology* 2010, 139 (4): 1230-7. *Epub* 2010 Jun 12
3. Friedrich-Rust M, Ong MF, Martens S, Sarrazin C, Bojunga J, Zeuzem S, Herrmann E: Performance of transient elastography for the staging of liver fibrosis: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2008, 134 (4): 960-74.
4. А.О. Буеверов, 2006; А.В. Борсуков, Эластография в клинической гепатологии, 2011).
5. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии // Том XVIII, №1, 2008г.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Полукчи Т.В., Абуова Г.Н., Батырханова С.Т.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан, tatyana_polukchi@mail.ru

Резюме. Острые и хронические вирусные гепатиты являются одной из глобальных проблем здравоохранения во всем мире. В Республике Казахстан эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам остается напряженной. Южно-Казахстанская область относится к региону с высокой эндемичностью распространения вирусных гепатитов.

Ключевые слова: острые и хронические вирусные гепатиты В и С, цирроз печени, заболеваемость.

Острые и хронические вирусные гепатиты являются одной из глобальных проблем здравоохранения во всем мире. С каждым годом вирусные гепатиты приобретают большую массовую распространенность на планете, приводя к значительному социально-экономическому ущербу. По данным Всемирной организации здравоохранения 240 миллионов человек в мире имеют хроническую инфекцию гепатита В, а 150 миллионов человек поражены хроническим гепатитом С. Вирусы гепатитов приводят к острой и хронической болезни печени, поражая 60% трудоспособного населения. Ежегодно по во всем мире регистрируются 1,5 миллионов случаев смерти. В Республике Казахстан эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам остается напряженной. Постановлением РК от 4 декабря 2008 года № 2018 вирусные гепатиты внесены в перечень социально-значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Несмотря на бесплатную противовирусную терапию, применяемую при лечении хронических вирусных