

века – 5,76 чел. на 100 тыс. населения, в 2005-2006 гг. – 5,8-5,9 на 100 тыс. населения. Заболеваемость в 2005-2006 гг. – в среднем 1 случай на 100 тыс. населения.

На 31 декабря 2008 г. в Дагестане было зарегистрировано 242 больных РС (9,4 чел. на 100 тыс. населения) – 106 мужчин и 136 женщин. Из них коренные жители составили 235 человек, русские – 7. Количество сельских и городских жителей было 160 и 82 пациента соответственно. Заболеваемость составила 1,4 случая на 100 тыс. населения. Среди городов наибольшая частота РС в отметилась в г.Кизилюрте (19,9 на 100 тыс. населения), наименьшая – в г.Хасавюрте (3,3 на 100 тыс. населения). В столице Дагестана г.Махачкале, где численность населения приближается к 500 тыс. чел., частота составила 7,7 больных на 100 тыс.

Среди сельского населения наблюдались следующие показатели: в высокогорных районах, где средняя  $t^{\circ}$  в холодный период (с ноября по март) опускается ниже  $-8^{\circ}\text{C}$  – 7,9 больных на 100 тыс. населения, в горно-долиновых ( $t^{\circ}$  от  $-8^{\circ}\text{C}$  до  $-4^{\circ}\text{C}$ ) – 11,4, в предгорных ( $t^{\circ}$  от  $-6^{\circ}\text{C}$  до  $-2^{\circ}\text{C}$ ) – 14,9, на плоскости ( $t^{\circ}$  от  $0^{\circ}\text{C}$  и выше) – 7,4. При этом в плоскостных районах, расположенных севернее Махачкалы, частота РС составила 6,5, а в расположенных южнее – 10 чел. на 100 тыс. населения. Надо отметить, что в районах Дагестана, где проживают в подавляющем большинстве аварцы, отмечается наиболее высокая частота РС – 14,6 чел. на 100 тыс. населения.

Таким образом, распространенность РС в Дагестане увеличилась почти вдвое не только по сравнению с 70-ми годами XX века, но и по сравнению с 2005-2006 гг. Заболеваемость выросла примерно в полтора раза. При этом надо отметить, что считавшееся ранее правилом высокое распространение РС в районах, расположенных в более северных широтах, претерпевает на сегодняшний день значительные изменения, что можно наблюдать и на примере Дагестана. Полученные данные требуют дальнейшего углубленного изучения для выяснения причин столь резкого увеличения распространенности и заболеваемости РС за последние два года, что мы

и планируем делать в ближайшем будущем.

### **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

М.М. Магомедов, И.А. Халитов,  
Б.И. Михайлова, П.Р. Тидулаева,  
А.С. Койчакаева, А.Г. Маликова,  
П.Г. Ахмедова

*Дагестанская государственная  
медицинская академия*

*Махачкала, Республика Дагестан, Россия*

Частым последствием радикального лечения рака молочной железы является постмастэктомический синдром. Он проявляется отеком мягких тканей на стороне операции, ограничением амплитуды движений в плечевом суставе, снижением мышечной силы, нарушением чувствительности, вегетативно-трофическими расстройствами верхней конечности и т.д. Во многом это определяется послеоперационным нарушением функций сосудисто-нервного пучка и развитием скаленус-синдрома. Все это приводит к снижению трудоспособности больных, и большинство из них сталкивается с целым рядом медицинских, социальных и психоэмоциональных проблем, что отрицательно сказывается на качестве их жизни. Успехи современного противоопухолевого лечения способствуют увеличению числа практически здоровых лиц, находящихся под наблюдением онкологов пять и более лет. Однако далеко не всегда эти женщины могут вернуться к полноценной прежней жизни. Парадокс в том, что именно радикальное лечение рака молочной железы ведёт к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации или даже инвалидизации женщин. Шок радикального лечения, онкологический страх, возможность разрушения семьи, проблема потери работы и дальнейшего трудоустройства – вот с чем приходится сталкиваться женщинам после радикального лечения рака молочной железы. Несмотря на широту неврологических расстройств, большинство неврологов не оказывает должного внимания

больным постмастэктомическим синдромом. Возможно, причиной тому является недостаточная информированность неврологов об этой проблеме, а также определенный скептицизм относительно прогноза «онкологических» больных. «Вы не наша больная» - эти слова приходится слышать женщинам на амбулаторном неврологическом приеме. Всё это существенно снижает эффективность медицинской помощи больным постмастэктомическим синдромом. Учитывая вышеописанную ситуацию, мы в ходе нашей работы проводили больным постмастэктомическим синдромом не только так называемую «базовую» медикаментозную терапию, но и коррекцию возникающих психоэмоциональных расстройств. Наряду с показателями депрессии и тревожности учитывались и показатели качества жизни, которые в ходе терапии улучшались. Врачи любых специальностей должны помнить о том, что в любой момент в их кабинет может зайти пациент, получивший лечение по поводу какого-либо онкологического заболевания (в том числе и страдающий постмастэктомическим синдромом) и нуждающийся уже в помощи не онколога, а невролога, терапевта, врача ЛФК и т.д. И, конечно, в ответ он не должен услышать фразу «Вы не наша больная», которая никак не сочетается с постулатами клятвы Гиппократата.

**УРОВЕНЬ ЖИРОВОГО ОБМЕНА  
И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ  
ЛИПИДОВ БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ  
СИМВАСТАТИНА**

И.Н. Медведев, И.А. Скорятина  
*Курский институт социального  
образования (филиал) РГСУ  
Курск, Россия*

Цель работы: исследовать влияние симвастина на липидный спектр крови и активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с дислипидемией (Д).

Обследовано в динамике 20 больных с АГ 1-3 степени с риском 2-3 с Д. Кор-

рекция АД проводилась симвастином в дозе 10 мг вечером. Контрольную группу составили 22 здоровых человека.

Содержание общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) исследовали энзиматическим колориметрическим методом наборами фирмы «Витал Диагностикум», ХС ЛПВП – набором фирмы ООО «Ольвекс Диагностикум» энзиматическим колориметрическим методом, общие липиды (ОЛ) – набором фирмы «Лакхема». Уровень ХС ЛПНП рассчитывали по W.Fridwald et al. (1972). Содержание ЛПОНП определяли по формуле (содержание ТГ/2,2).

Активность ПОЛ в плазме оценивали по содержанию ТБК-активных продуктов набором фирмы ООО «Агат-Мед» и уровню ацилгидроперекисей (АГП) по Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И (1983). Липидный обмен и ПОЛ исследовались через 4 нед. лечения и через 4 нед. после его отмены. Результаты обработаны критерием Стьюдента (t).

У больных также выявлена гиперлипидемия (ОЛ- $8,6 \pm 0,04$  г/л) II б типа, концентрация ТБК-активных продуктов в плазме составило  $5,26 \pm 0,12$  мкмоль/л (в контроле –  $3,02 \pm 0,04$  мкмоль/л), АГП составляли  $3,12 \pm 0,06$  Д<sub>233</sub>/мл (контроль  $1,43 \pm 0,007$  Д<sub>233</sub>/мл).

Через 6 нед. лечения симвастином достигнута позитивная достоверная динамика в липидном спектре крови. Содержание ОХС и ХС ЛПНП составило  $5,8 \pm 0,06$  ммоль/л и  $4,01 \pm 0,09$  ммоль/л, соответственно. Уровни ТГ и ХС ЛПОНП также достоверно снизились на 10%.

Отмечавшаяся до лечения гиперлипидемия претерпела достоверную динамику (ОЛ составили  $8,3 \pm 0,12$  г/л).

Количество ТБК-активных продуктов снизилось с  $5,26 \pm 0,12$  мкмоль/л до  $4,89 \pm 0,16$  мкмоль/л, уровень АГП также стабилизировался на отметке  $2,69 \pm 0,03$  Д<sub>233</sub>/мл. Это свидетельство об ослаблении синдрома перекисидации, что в сочетании с улучшением показателей липидного профиля уменьшало риск развития атеросклероза. Ни по одному из исследованных параметров не удалось достичь контрольных значений.