

кортико-спинальных волокон и интернейронами и являются нейротрансмиттерами значительного количества возбуждающих спинальных синапсов. L-глутамат и L-аспаратат воздействуют на специфические рецепторы, которые могут быть подразделены на N-метил-D-аспаратат (NMDA) и не-NMDA; при этом NMDA-рецепторный комплекс имеет множественные локусы для связывания с биологически активными веществами. В одном из них глицин прикрепляется к стрихнин-чувствительному локусу, что необходимо для активации NMDA-рецептора возбуждающими аминокислотами. Глицин сам по себе является важным агонистом для этой области, но некоторые компоненты (в том числе 1-аминоциклопропанкарбоксильная кислота, циклолейцин) могут быть глициновыми агонистами. Связывание агонистов с областью распознавания NMDA-рецептора приводит к открытию ионных каналов для натрия, калия и кальция. Когда каналы открыты, эти катионы пассивно диффундируют согласно электрохимическим градиентам и вызывают деполяризацию мембран. В рецепторе имеется также локус для связывания фенциклидина в области ионных каналов. Электрофизиологические и биохимические данные показали, что ионный канал должен быть открыт перед присоединением фенциклидина. Среди других веществ, воздействующих на эту область, можно выделить анестетик кетамин, циклозацин и правовращающий изомер морфина. Изменение проведения, вызванное заполнением локуса распознавания NMDA-рецептора, может быть заблокировано ионами магния (по вольтажзависимому типу). Двухвалентные катионы (цинк) связываются с областью снаружи от ионных каналов и рядом с областью распознавания и областью связывания глицина. Цинк подавляет деполяризацию, вызванную возбуждающими аминокислотами.

Наиболее важным ингибиторным трасмиттером в нервной системе является ГАМК. В спинном мозге ГАМК выполняет функцию ингибиторного трансммиттера, действующего на пресинаптические рецепторы в афферентных терминалях и на постсинаптические рецепторы в мотонейронах и интернейронах. ГАМК-рецепторы подразделяются на два типа: А и В. ГАМК-А-рецептор представляет собой сложную макромолекулярную структуру, состоящую из нескольких независимых, но взаимосвязанных областей. Особое значение имеет наличие специфических рецепторных областей для контакта с бензодиазепином и барбитуратами; так, основное действие бензодиазепинов состоит в том, что они усиливают ГАМК-ергическую

ингибицию на пресинаптические терминали. ГАМК-В-рецептор фармакологически отличается от предыдущего, поскольку является чувствительным к ГАМК и баклофену, особенно в присутствии двухвалентных ионов, таких как кальций. В спинном мозге ГАМК-В-рецепторы присутствуют как в пресинаптических терминалях первичных афферентных волокон, так и в постсинаптических мембранах интернейронов, но не в мотонейронах. Кроме того, спинной мозг получает проекционные адренергические волокна, нисходящие со ствола мозга. Норадреналин, высвобождаемый с терминалей этих бульбоспинальных волокон, активизирует адренорецепторы, располагающиеся в интернейронах, первичных афферентных терминалях и мотонейронах. Норадреналин воздействует одновременно на α - и β -адренорецепторы в спинном мозге.

Большой интерес также вызвали данные о центральных холинергических механизмах регуляции мышечного тонуса. Показано, что клетки Рэншоу, обеспечивающие возвратное торможение спинальных α -мотонейронов, активируются ацетилхолином как через коллатерали мотонейрона, так и через ретикулоспинальные системы.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Парахонский А.П., Цыганок С.С.

*Медицинский институт высшего
сестринского образования, Кубанский
медицинский институт, Краснодар,
e-mail: para.path@mail.ru*

Оценка качества жизни (КЖ) – перспективное направление медицины, которое даёт возможность точнее характеризовать нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также прогнозировать его ожидаемые результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов с субъективной точкой зрения пациента.

Цель работы – оценка качества жизни, связанного со здоровьем, больных бронхиальной астмой (БА). В рамках клинко-экономического исследования у пациентов с БА различных возрастных групп оценивали КЖ с помощью международных опросников EuroQol-5D и AQLQ. Опросник AQLQ предназначен специ-

ально для больных БА и содержит вопросы, касающиеся ограничения в повседневных видах деятельности, симптомов болезни, эмоциональных переживаний, связанных с БА. Вопросы суммируются в шкалы, которых в AQLQ пять: ограничение активности, степень выраженности основных симптомов БА, её влияние на психоэмоциональную сферу, влияние окружающей среды и прямой интегральный критерий общего КЖ. При оценке КЖ больных в зависимости от степени БА выявлена достаточно характерная закономерность изменения показателей различных шкал КЖ: с утяжелением заболевания равномерно снижается толерантность к изменениям окружающей среды и общее КЖ, нарастает ограничение активности. Эмоциональные проблемы, как и симптомы заболевания, усиливаются с повышением тяжести БА.

Пациенты отмечали уровень нарушений в собственном состоянии здоровья по каждой из пяти составляющих и делали отметку на визуально-аналоговой шкале, отражающей их на текущий момент. Практически у всех пожилых больных с БА средней тяжести (97,6%) имеются отклонения в КЖ, связанном со здоровьем, чаще в виде проблем с передвижением в пространстве и повседневной активностью – 80,1%, реже с самообслуживанием – 45,1%; 87,7% из них испытывали дискомфорт или боль, 72,3% – тревогу или депрессию. Причём частота нарушений здоровья в пожилом возрасте оказалась не намного выше, чем в группе опрошенных больных БА средней тяжести, включающей все возрасты, среди которых тот или иной вид отклонений фиксировали 92,9% пациентов. В этой группе больных также частыми были проблемы с повседневной активностью (80,6%), передвижением в пространстве (61,7%), тревога или депрессия (66,9%), дискомфорт или боль (64,1%), реже имели место затруднения, связанные с самообслуживанием (33,6%).

При оценке пациентов пожилого возраста у 51,2% из них состояние здоровья за последний год ухудшилось, у 37,3% – не изменилось, остальные отмечали улучшение. Качество жизни по визуально-аналоговой шкале по оценке пожилых пациентов составило $54,7 \pm 14,1$ баллов, достоверно не отличаясь от этого показателя у пациентов 40-59 лет ($55,9 \pm 14,4$) и достоверно ниже такового у больных 18-39 лет ($64,1 \pm 12,1$) и подростков ($69,1 \pm 11,9$).

Таким образом, качество жизни больных БА можно рассматривать как самостоятельный показатель. Проведенное исследование свидетельствует о возможности использования с этой

целью международных опросников EuroQol-5D и AQLQ, которые позволяют анализировать информацию, дополняющую обычно оцениваемые клинические параметры и дающую более полную характеристику состояния здоровья пациентов с учётом их КЖ. Это особенно важно при внедрении новых организационных мероприятий и лечебных методик, когда они выходят за пределы лабораторий и интегрируются в повседневную практику.

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ НАБЛЮДЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Парахонский А.П.

*Медицинский институт высшего
сестринского образования, Кубанский
медицинский институт, Краснодар,
e-mail: para.path@mail.ru*

В настоящее время широко обсуждается и используется термин «качество жизни», как реальная возможность количественно и качественно оценить функциональные возможности человека в его повседневной жизни, и установить способность пациента адаптироваться к проявлениям болезни, оценить эффективность лечения. Решение многоплановых проблем наблюдения за больными с сочетанной патологией, работа по их реабилитации и социальной адаптации с целью повышения качества их жизни, наиболее эффективно осуществляется при компьютерной информационной поддержке задач, встающих перед соответствующими многопрофильными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ).

Сложный комплекс взаимоотношений различных специальностей требует уточнения при переходе к компьютерным технологиям. В рамках единой системы, осуществляется: интеграция текущей медицинской информации о пациентах; обмен данными о проводимом в разных ЛПУ лечении и реабилитации; рекомендации по этапным мероприятиям психолого-педагогического характера; данные для принятия социальных решений; анализ эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и прогноз течения болезни для повышения качества жизни больных.