

при легкой физической нагрузке; 14,5% больных наблюдали одышку в покое. В 56,3% случаев заболевание протекало с выраженными проявлениями бронхиальной обструкции: с приступами удушья до 3-4 раз в сутки, купированными ингаляциями короткодействующих бета-2-агонистов; эмфизема легких наблюдалась у 78% больных. Диффузно-цианотичная окраска кожных покровов была отмечена у 42,9% больных, розово-серый цвет кожи у 50,6% больных, у всех больных были выявлены признаки хронической дыхательной недостаточности. При анализе показателей периферической крови пациентов 1-й группы отмечена тенденция к повышению гематокрита у 28,4% больных, что позволяет предполагать наличие гипоксемии у данной категории больных. После лечения наилучшие результаты были достигнуты у больных 2-й группы: ФЖЕЛ увеличилась на 14,62%, а ОФВ₁ увеличился на 9,98%. Меньшим изменениям подверглись показатели 1-ой группы: ОФВ₁ увеличилась на 6,31%, а ФЖЕЛ увеличилась лишь на 8,4%. На ЭКГ-достоверные признаки гипертрофии правых отделов сердца.

Выводы: фактором риска развития ХОБЛ у женщин сельской местности является активное применение биотоплива. Показатели функции внешнего дыхания у них значительно снижены с формированием хронического легочного сердца. Необходимо проведение профилактической работы на селе врачами ПМСП, с активным включением социальных служб для улучшения здоровья женщин, предупреждению ранней инвалидизации.

19

ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Абилов А.У¹, Рахимбергана Г.Х²
Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУЗ¹, г.Ташкент, Узбекистан
Ташкентский Педиатрический медицинский институт² г. Ташкент, Узбекистан

Цель изучить значение факторов риска в течении и исходе казеозной пневмонии (КП).

Материал и методы: Изучены медико-социальные факторы у 80 больных КП, в возрасте от 12 до 74 лет. Мужчин было 43 (53,7%), женщин 37 (46,2%).

Одностороннее поражение легких обнаружено у 22 (27,5%), двухстороннее у 58 (72,5%) больных.

При изучении возрастно-полового состава установлено, что КП почти одинаково встречались у мужчин и женщин. В возрасте 31,4±5,24 года, т.е. в основном трудоспособном возрасте. 24,7 % больных в прошлом находились в местах лишения свободы. Из анамнеза выяснено что 14 (17,5%) пациентов были в контакте с больными, которые в прошлом находились в пенитенциарных учрежде-

ниях. Низкий социальной образ жизни установлен у 24 (30%) больных.

Существенное влияние на исходы КП оказывало несвоевременное выявление процесса что имело место в 28,7% случаях. Сопутствующая патология обнаружен у 34 (42,5%) больных, превалирует сахарный диабет у 44%, заболевания ЖКТ у 29,4%, СПИД у 20,5%, из них анемия 5,8%, онкологические заболевания у 5,2%.

У всех больных при анализе мокроты обнаружены МБТ, причем у 85% пациентов устойчивые штаммы МБТ. 41% больные негативно относились к лечению не посещали в туберкулезный диспансер, самовольно прекращали лечение, беспорядочно принимали АБП, после чего у них развивалась полирезистентная форма МБТ.

Выводы: социальными факторами, влияющими на неблагоприятный исход КП являются; нахождение в местах лишения свободы, молодой репродуктивный возраст, низкий санитарно культурный образ жизни; из медицинских факторов особое значение имеет несвоевременное выявления туберкулеза, наличие сопутствующих заболеваний, негативное отношение больного к лечению и развитие полирезистентных форм туберкулеза.

20

ОЦЕНКА РЕСПИРАТОРНОГО СТАТУСА У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Убайдуллаева Н.Н., Ташметов Х.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Вопросы влияния курения табака на течение бронхиальной астмы в молодом возрасте изучены недостаточно, в связи с чем нами проведено настоящее исследование. Было обследовано 240 больных БА в возрасте 15-30 лет, в анамнезе которых отмечалось активное и пассивное курение табака.

Анализ данных опроса выявил, что лишь 106 – были активными курильщиками (35,9%) и (64,1%) – пассивными. При этом, отягощенная наследственность была характерна для пассивных курильщиков.

Клинические проявления БА были типичными у 88,2% больных, у которых наблюдались при активном курении приступы экспираторного диспноэ и кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, отхождение которой приводило к значительному улучшению состояния. Приступы удушья возникали преимущественно в ночное время и только у 18% – в дневное 83,0% активно курящих больных предъявили жалобы на кашель с выделением мокроты в утреннее время («кашель курильщика»). В случае атипичного течения у 11,8% больных отмечено выделение мокроты без предшествующего кашля, одышка при физической нагрузке при