

компьютерных технологий позволит создать электронные регистры больных с аллергическими заболеваниями по каждому району РБ.

2) Установлено, что значительная часть населения с. Языково Благоварского района имеет те или иные проявления аллергических заболеваний.

3) С помощью разработанных анкет, на первом этапе исследования (анкетирование) мы можем обратить внимание на лиц с отягощенным аллергическим анамнезом, с последующим взятием их на учет и построением плана проведения лечебных и профилактических мер в отношении этой категории лиц. Анкеты охватывают практически весь диапазон аллергических заболеваний и являются необходимым и важным инструментом для врача в плане первичного активного обследования лиц, имеющих неблагоприятный аллергический фон.

0008. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС.

Р.А. Галяви, О.Ю. Михопарова, Э.Б. Фролова

Казанский государственный медицинский

университет, г. Казань, Россия

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

Цель исследования: оценить клинико-лабораторные показатели больных страдающих безболевой и болевой формами ишемии миокарда

Материалы и методы: В исследование было включено 55 пациентов страдающих ИБС. Из них у 30 человек были выявлены эпизоды немой ишемии миокарда. Диагноз выставлялся при наличии у больного двух и более эпизодов БИМ продолжительностью более минуты и интервалами между эпизодами более 1 минуты. 25 пациентов имели документированную стенокардию напряжения II-III ФК. Всем больным регистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определяли общий и биохимический анализы крови, проводили суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также ультразвуковое исследование сердца с определением фракции выброса, конечно-диастолического и конечно-систолического размеров левого желудочка, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛ).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Excel 7.0 с использованием пакета программ GraphPadInStat (v.3.06). Межгрупповое сравнение проводили по методу Манн-Уитни с применением критерия Фишера. Для выявления взаимосвязи между показателями применяли метод непараметрического корреляционного анализа по Спирману. Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M – выборочное среднее, SD – выборочное стандартное отклонение. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: В ходе анализа было выявлено, что болевая форма ишемии

достоверно возникает в более раннем возрасте, чем у больных с немой ишемией миокарда ($51,6 \pm 8,9$ лет и $57,2 \pm 10,5$ лет, соответственно, при $p = 0,032$). В показателях общего и биохимического анализов крови группы были сопоставимы между собой, за исключением уровня общего холестерина, который был достоверно ниже в группе с БИМ ($5,1 \pm 1,1$ ммоль/л и $6,5 \pm 1,4$ ммоль/л, соответственно, при $p = 0,0004$). Пациенты были сопоставимы и по показателям ультразвукового исследования сердца. Однако, в группе с болевой формой ИБС регистрировались более высокие значения толщины межжелудочковой перегородки в сочетании с более высокими цифрами систолического и диастолического АД. Но эти различия были недостоверными (тмжп $1,22 \pm 0,3$ мм и $1,12 \pm 0,17$ мм, при $p = n.s.$; ср. САД $136,5 \pm 15,9$, при $p = n.s.$; ср. ДАД $84 \pm 13,3$ и $75,8 \pm 12,2$ при $p = n.s.$)

Анализируя данные холтеровского мониторирования ЭКГ была выявлено, что средний уровень смещения сегмента ST ниже изолинии во время болевых эпизодов ишемии был достоверно ниже, чем во время эпизодов не сопровождающихся субъективными ощущениями ($1,9 \pm 0,3$ мм и $1,2 \pm 0,4$ мм, при $p = 0,0001$). Кроме того, была выявлена прямая корреляционная зависимость уровня общего холестерина и депрессии сегмента ST ($r = 0,27$, $p = 0,04$). Исходя из полученных результатов можно предположить, что больные с болевыми проявлениями ишемии имеют более выраженные поражения коронарных артерий и, соответственно, худший прогноз в возникновении серьезных сердечно-сосудистых осложнений. Но, не стоит забывать и тот факт, что сочетания немой и болевой ишемии миокарда у пациентов со стабильным течением ИБС может достигать 100%.

Выводы:

1. Болевая форма ишемии миокарда возникает в более раннем возрасте и сопровождается более значимыми нарушениями липидного обмена и более выраженными признаками нарушения коронарного кровотока.

2. Уровень депрессии сегмента ST имеет положительную связь со значением общего холестерина.

0009. ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ «ЛАБОРАТОРИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ».

Х.Х. Ганцева, Д.М. Габитова,

Т.М. Ильясова, Л.Д. Гумерова

Башкирский Государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Актуальность проблемы. Россия входит в число стран с высокой распространенностью курения среди населения, а масштабы употребления табака и число связанных с этим заболеваний имеют тенденцию к постоянному росту.

Употребление табака является причиной (увеличивает риск развития) сердечно-сосудистых, бронхолегочных заболеваний, злокачественных новообразований, заболеваний желудочно-кишечного тракта и многих других заболеваний. Табак – единственный узаконенный потребительский товар, который приводит к смерти от 1/3 до половины людей, потребляющих его. По данным ВОЗ в мире ежегодно умирает 4 млн. человек от болезней, связанных с табакокурением. В России, от последствий табакокурения ежегодно умирает от 400 до 500 тыс. человек. На долю смертей от злокачественных новообразований и сердечно-сосудистых заболеваний, потенциально связанных с курением, приходится 77% у мужчин и 67% у женщин.

Особую тревогу и озабоченность вызывает пристрастие к табаку в молодежной среде. Пик первой пробы табака приходится на 10-13 лет, число подростков и детей, регулярно употребляющих табак колеблется по разным данным от 50 до 70%. Глубокое сожаление вызывает также рост табакокурения среди девушек. И если можно говорить о некоторой стабилизации мужского курения, то «девичье» курение и детское нарастает стремительно.

Разрушительная сила курения заставила медиков, психологов и педагогов искать ответы на вопросы: почему люди курят и как им помочь избавиться от этой привычки, насколько эффективны программы по борьбе с курением?

Сегодня помощь курильщикам включает следующее: предупреждение официальной службы охраны здоровья, советы врачей, лечение, когнитивную терапию, создание групп поддержки и т.д. К сожалению, все это дает только временный эффект и всего лишь 1/5 часть людей бросают курить после принятых мер, большинство же возобновляют привычку.

Целью работы является изучение контингента пациентов, обратившихся за врачебной помощью в «Лабораторию помощи пациентам с никотиновой зависимостью».

Методы исследования: Обследование амбулаторных и стационарных пациентов с табачной зависимостью - анкетирование с помощью анкеты Д. Хорна и теста Фагестрема, объективное исследование, включая инструментальные методы исследования, статистический анализ полученных результатов.

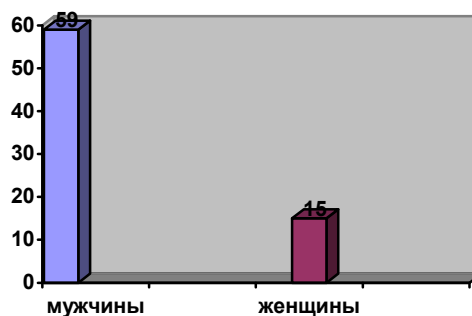
Описание исследования и анализ результатов

«Лаборатория помощи пациентам с никотиновой зависимостью» была создана и функционирует на базе Клиники терапии Клиник БГМУ официально с сентября 2010 года как центр методического обеспечения при Федеральной Клинике. И можно подвести некоторые промежуточные итоги по работе с пациентами, имеющими табачную зависимость.

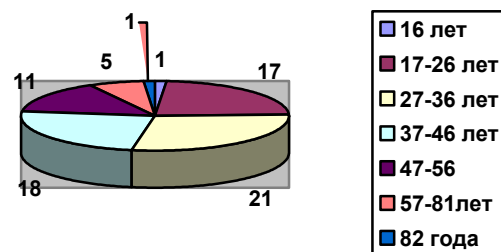
Пациенты попадали в Лабораторию различными путями: по направлению врачей лечебных учреждений (пульмонологов, кардиологов и др.), по направлению Центров здоровья, после проведения выездных мероприятий в учреждениях города и республики и по

самостоятельному обращению. В Лаборатории имеется необходимое оборудование для проведения обследования пациентов с никотиновой зависимостью: персональный компьютер с консультативной программой «Лечение курящего человека» (А.Г.Чучалин, Г.М.Сахарова. Н.С.Антонов), спироанализатор, пикфлоуметр, анализатор для определения СО и связанного гемоглобина (%СО), пульсоксиметр, тонометр, весы, ростометр, принтер, сканер, копир, телефон, наглядные материалы, стенды, плакаты, таблицы, литература и т.д. Структура обследования выглядит следующим образом: проведение компьютерного тестирования-анкетирования, сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, включая инструментальное, беседа о существующих методах по отказу от курения, разработка индивидуального плана ведения пациентов(поведенческая терапия, фармакологическая поддержка, лечение сопутствующих заболеваний и состояний), оформление заключения врача Лаборатории.

Через Лабораторию, за этот промежуток времени (с сентября 2010 по май месяц 2011гг) прошло 74 пациента. Из них мужчин 59, женщин 15.

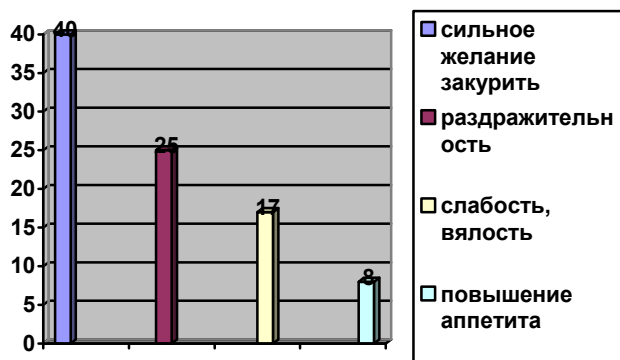


Возраст обратившихся от 16 лет до 82 лет (1чел- 16 лет, от 17-26 лет -17 чел., от 27- до 36-21 чел., от 37 до 46-18 чел., от 47 до 56 -11 чел., от 57 до 81-5 чел., 82 г.-1 чел.).



Стаж курения колебался от 2лет до 60 лет: В течение предыдущего года пациенты выкуривали от 2 сигарет в неделю до 4 пачек в день. В результате собеседования, было выяснено, что большинство пациентов находились на стадии подготовки- 56 (76%) и на стадии обдумывания - 18(24%). Следует отметить, что большинство пациентов (85%) были высоко мотивированы на отказ от курения, причем

большинство из них мужчины(63%). В группе мужчин преобладала высокая степень никотиновой зависимости, а у женщин – средняя и низкая. Имелись отличия по интенсивности курения в течении суток: мужчины курили больше в утренние часы и в первую половину дня, а женщины - во вторую половину дня, ближе к вечеру, для получения расслабляющего эффекта. Интенсивность курения составляла: у мужчин -1-3 пачки в день, у женщин – от 2 до 10 сигарет в день. Имелись различия в степени мотивации: вследствие малой интенсивности курения женщины более слабо были мотивированы на отказ от курения. Из 56 курящих, в ходе дальнейшего собеседования, на стадию действия (бросили курить) перешли 34 чел. (60%). На сегодняшний день, из тех пациентов, с кем удается поддерживать контакт, бросили курить – 17 человек, снизили интенсивность курения-23 человека. Из тех, кто бросил курить-13 мужчин, 4 женщин. Возможно их больше, так как с частью пациентов контакт был потерян по разным обстоятельствам, и не было возможности отследить их дальнейшую судьбу. Большинство пациентов (90%) в качестве медикаментозной поддержки выбрали препарат варениклин (ЧАМПИКС, Pfizer) и 10% выбрали никотинзаместительную терапию, 2 пациента из них в дальнейшем перешли на варениклин. В течении первой недели после начала лечения, у 40% пациентов отмечалось сильное желание закурить, 25%-раздражительность, 17%-слабость, вялость, 8%-повышенный аппетит.



К концу 2-й-4-й недели большинство симптомов не определялись. Продолжительность лечения, в среднем, составила 1,7 месяца. Часть пациентов (9 чел.), находящихся на отказе от курения, проходила стационарное лечение по поводу ХОБЛ. Им было назначено более расширенное обследование и лечение. Из 9 чел., находившихся на стационарном лечении – 6 бросили курить, 3 – снизили интенсивность курения. Такой способ лечения никотиновой зависимости может быть рекомендован тем курящим, кто может попасть в какие-то провокационные ситуации в первые дни отказа от курения, не уверен в своих силах, и тем пациентам, кто имеет сопутствующую патологию (ХОБЛ, ИБС и др.) и им требуется комплексное лечение. Стационарное лечение пациентов с никотиновой

зависимостью имеет определенные преимущества: более полное обследование пациента в условиях стационара, комплексное и адекватное выявление и лечение сопутствующей патологии, круглосуточный медицинский мониторинг, отсутствие «провоцирующих курение» ситуаций, дополнительные стимулы к отказу от курения, в том числе и принудительные, более комфортное и спокойное эмоциональное состояние пациента и др.

Отказ от курения позволяет осуществить профилактику различных заболеваний. Это четко прослеживается на примере хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). «Прекращение курения является единственным наиболее эффективным, в том числе – экономически эффективным, способом прекращения прогрессирования заболевания (Уровень доказательности А). Короткие курсы лечения табачной зависимости являются эффективными (А) и каждый курящий должен получать курс лечения при каждом визите к врачу» (GOLD).

0010. САРКОИДОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Х.Х. Ганцева, Э.Д. Поздеева, Л.Т. Сулейманова
Башкирский Государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Саркоидоз является одним из самых распространенных из известных гранулематозов. При этом отмечается неуклонный постепенный рост частоты этого заболевания как в мире, так и у нас, в России. Так, удельный вес саркоидоза среди контингента, прошедшего через диагностическое отделение ЦНИИТ РАМН за 30 лет составил 61%, оставив далеко позади экзогенный аллергический альвеолит (ЭАА) — 12% и пневмонии — 9%. При саркоидозе часто поражаются многие органы, в связи с этим заболевший человек первично может обратиться к врачам разных специальностей: интернистам различного профиля, дерматологу, окулисту, невропатологу, хирургу, онкологу. (Шмелев Е.И. 2004)

В 1999 году появился исторический документ, «стейтмент» по саркоидозу, в котором был обобщён мировой опыт лечения этой болезни, и был констатирован тот факт, что не менее половины больных саркоидозом могут излечиваться спонтанно. С тех пор и в России стало меняться отношение к этому заболеванию, акценты сместились в сторону более интенсивного обследования, проведения РКТ высокого разрешения, трансбронхиальной и видеоторакоскопической (ВТС) биопсии. Диагностика саркоидоза достаточно трудна. В настоящее время после первичного обследования правильный диагноз ставится в 50%; в 20% проводится длительное противотуберкулезное лечение, а 25% больных лечат от неспецифической легочной патологии. (Moller DR