

химические методы исследования крови, изучали показатели свертывающей системы и газовый состав крови. Всем больным был проведен тест толерантности к глюкозе. Инструментальные методы: электрокардиография, цветовая доплерэхокардиография.

Результаты и обсуждение. При изучении факторов риска АГ установлено, что отягощенная наследственность встречается у 28 больных (70%), из них – у 5 мужчин (12,5%) и 23 женщин (57,5%). Избыточная масса тела выявлена у 82% больных, из них – у 60% женщин и 22% мужчин. Средняя длительность АГ в общей группе больных составила $18,6 \pm 9,0$ лет, у мужчин – $12,6 \pm 14,0$ лет, а у женщин – $20,8 \pm 6,0$ лет. Из анамнеза установлено, что артериальная гипертензия манифестировала у больных пожилого возраста общей группы в $48,7 \pm 10,3$ лет, у мужчин – в $55,6 \pm 16,8$ лет, у женщин – в $46,3 \pm 6,5$ лет. Артериальная гипертензия I степени выявлена у 3 мужчин (7,5%); в группе женщин пожилого возраста АГ I степени не зарегистрирована. Артериальная гипертензия II степени выявлена лишь у 3 женщин (7,5%); в группе мужчин АГ II степени не установлена. У пожилых больных с АГ в ассоциации с ИБС и НТГ преобладала артериальная гипертензия III степени: у 7 мужчин (17,5%) и 27 женщин (67,5%).

Выводы: проведенные исследования показали, что артериальная гипертензия у пожилых больных с нарушенным тестом толерантности к глюкозе чаще встречается у женщин пожилого возраста, чем у мужчин пожилого возраста. У женщин пожилого возраста артериальная гипертензия манифестировала в более молодые годы по сравнению с мужчинами пожилого возраста. Особого внимания заслуживает тот факт, что у больных пожилого возраста с ассоциированной патологией (АГ, ИБС и НТГ) преобладала артериальная гипертензия III степени тяжести, что является прогностически неблагоприятным признаком и требует особого внимания кардиологов, участковых терапевтов и врачей общей практики.

Литература:

1. Байбурина Г.Г., Мустафина Г.Х., Абоимова Е.В., Булатова Л.К. Медико-социальные аспекты сахарного диабета взрослых в республике Башкортостан // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 1. – С. 8-9.
2. Гаврилюк Е.В., Михин В.П., Пехова К.А. и др. Иммунометаболические аспекты эссенциальной артериальной гипертензии // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 6. – С. 11-12.
3. Дягилева В.Б. Метаболический синдром и риск сердечно-сосудистых заболеваний у лиц, проживающих в условиях северного города // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 7-8.
4. Кириченко Л.Л., Овсянников К.В., С.Н., Стрелкова и др. Роль коррекции метаболических нарушений в лечении артериальной гипертензии у пациентов с метаболическим синдромом // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 5. – С. 20-21.
5. Швец Н.И., Бенца Т.М., Пастухова О.А., Денова Л.Д. Клиническая эффективность метаболической терапии у больных эссенциальной артериальной гипертензией с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Том 10, № 2. – С. 69-70.
6. Шишова А.С., Мещерина Н.С., Князева Л.А., Мальцева Г.И., Лукашов А.А. Влияние терапии на показатели функционального состояния эндотелия и ригидности сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 31-32.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСИКО-ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА У РАБОЧИХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

О.А. Сандул, А.Г. Семенова, Т.В. Болотнова

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень
ОКБ №1, Областной центр профпатологии, г. Тюмень

Охрана здоровья рабочих промышленных предприятий, снижение уровня профессиональной заболеваемости является важнейшей задачей медицинской науки и практического здравоохранения [5, 7]. Несмотря на постоянное совершенствование технологических процессов и оборудования, последовательно осуществляемое оздоровление условий труда в электросварочном производстве машиностроения не устранена полностью запыленность и загазованность воздушной производственной среды, в связи с чем сохраняется реальная опасность возникновения у рабочих пылевой патологии бронхолегочной системы [7, 9].

В структуре профессиональной заболеваемости отмечается схожая картина – на первом месте по распространенности стоят болезни бронхолегочной системы пылевой генеза. Высок процент случаев инвалидизации и смертности от пылевых болезней бронхолегочной системы. Длительное воздействие пыли на бронхолегочную систему человека в процессе профессиональной деятельности на протяжении длительного времени приводит к формированию хронического воспалительного процесса [8]. К сожалению, после прекращения контакта с промышленными аэрозолями, воспаление в бронхолегочной системе поддерживается другими, уже не столь специфическими механизмами и процессы замещения высокодифференцированных тканей фиброзной неуклонно прогрессируют. Это приводит к нарастанию дыхательной недостаточности и гипоксии, к формированию метаболических нарушений в деятельности многих органов и систем, и как следствие – к инвалидизации больных и к ранней смертности лиц трудоспособного возраста [1-4, 6].

У больных пылевым бронхитом III стадии в клинике заболевания ведущее место занимают клинические проявления осложнений длительно текущего воспалительного процесса в бронхолегочной системе. Согласно клиническим наблюдениям, пылевые бронхиты чаще всего осложняются эмфиземой легких в 44% случаев и, реже – пневмосклерозом – в 8% случаев.

Кашель у больных с пылевым бронхитом III стадии постоянный, с выделением мокроты в небольшом количестве (не более 60 мл в сутки, слизисто-гнойного характера). Одышка у больных пылевым бронхитом III ст. появляется при незначительной физической нагрузке или присутствует постоянно в покое. У больных пылевым бронхитом III ст., как правило, определяется сочетание нескольких симптомов: астматического (иногда с переходом в инфекционно-аллергическую бронхиальную астму), инфекционно-воспалительного (иногда с течением по типу хронической пневмонии), диффузной эмфиземы легких. Обострения пылевого бронхита III ст. длительные и частые, а ремиссии неустойчивы, симптомы неспецифической интоксикации присутствуют почти постоянно.

Обычно у больных пылевым бронхитом III стадии отмечаются выраженные признаки эмфиземы легких. Развивающаяся легочная недостаточность сопровождается "теплым цианозом" (при сердечной недостаточности цианоз холодный – конечности прохладные на ощупь). Развитие и прогрессирование эмфиземы легких сопровождается изменением тона перкуторного звука, который приобретает коробочный оттенок. Следует заметить, что и у здоровых людей гиперстенического телосложения в ниже-боковых отделах может определяться коробочный оттенок перкуторного звука. Осложнение бронхита прикорневым фиброзом и бронхоэктазами существенно не сказывается на результатах перкуссии, лишь заполненные слизью множественные бронхоэктатические полости с периферической инфильтрацией легочной паренхимы иногда могут дать заметное очаговое притупление перкуторного звука.

У больных с выраженной эмфиземой или бронхоспазмом аускультативно определяется ослабление дыхания. Показатели функции внешнего дыхания значительно снижены. Определяется дыхательная недостаточность II - III или III степени. Рентгенологически определяются выраженные изменения легочного рисунка в виде выраженного перибронхиального пневмосклероза, бронхоэктазов, эмфиземы легких. У большинства больных прогрессируют дистрофические изменения в сердечной мышце в виде формирования хронического легочного сердца, чаще всего находящегося в стадии субкомпенсации или декомпенсации.

Таким образом, анализируя результаты инструментального обследования больных ПБ III стадии и ХОБ тяжелой степени, можно сделать вывод об отличиях в объективных данных ПБ и ХОБ. У больных ПБ III стадии признаки фиброзных изменений в бронхах и эмфиземы легких встречались в меньшем проценте случаев, чем у больных ХОБ тяжелой степени. У больных ПБ III стадии также в меньшем проценте случаев выявлено нарушение функции внешнего дыхания по obstructivному типу. В то же время, для ПБ III стадии характерно повышение давления в системе легочной артерии выше 10 мм рт ст, что значительно меньше частоты выявления этого признака у больных ХОБ тяжелого течения.

Результаты комплексного обследования больных ПБ и ХОБ показали, что существуют особенности клинического течения ПБ. У больных ХОБ средней степени объективные признаки хронического легочного сердца отсутствовали. Для больных ПБ характерно раннее формирование эмфиземы легких, что подтверждается результатами перкуторного и рентгенологического обследования этой группы больных.

Полученные данные свидетельствуют о бессимптомном прогрессировании пылевого бронхита с развитием необратимых органических изменений в респираторно-кардиальной системе, что обуславливает необходимость своевременной диагностики и лечения пылевого бронхита для профилактики инвалидизации больных.

Литература:

1. Абдуллаев Р.И., Жураев С.О. Показатели электролитного обмена у больных гипертонической болезнью с хронической недостаточностью кровообращения // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 9.

2. Абдурасулов К.Д., Акимов С.И., Трегуб Н.В. Состояние правых отделов сердца и нарушения ритма у больных хроническим obstructивным бронхитом, осложнившимся легочным сердцем и легочной гипертензией // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 19-20.
3. Болотнова Т.В., Литвинова Т.А. Особенности хронической obstructивной болезни легких в ассоциации со стенокардией напряжения и артериальной гипертензией у больных пожилого возраста // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 14-15.
4. Долгополова Д.А., Терентьева Н.Н. Частота встречаемости фибрилляции предсердий при хронической obstructивной болезни легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 5. – С. 19-20.
5. Кирсанкина Е.В., Болотнова Т.В. Заболевания сердечно-сосудистой системы у работающих в контакте со свинцом как предиктор преждевременного старения // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 16-17.
6. Муравлёва Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Клюев Д.А. и др. Сравнительная характеристика внеклеточных нуклеиновых кислот в крови больных с хроническими болезнями легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 4. – С. 44-45.
7. Семенова К.А., Болотнова Т.В. Профилактика пылевых болезней легких у рабочих Тюменской области // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 21-22.
8. Стурин С.А. Значение коррекции процессов пероксидации липидов в реабилитации больных хроническим бронхитом // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 19.
9. Таджиев Ф.С., Таджиева М.Ф., Адьлова Н.А. Реабилитация больных хронической obstructивной болезнью легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 33.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ТОКСИКО-ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

О.А. Сандул, В.Ю. Суrowцева, Т.В. Болотнова

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень

Заболевания бронхолегочной системы широко распространены в популяции. Так, в структуре общей заболеваемости болезни органов дыхания занимают первое место – заболеваниями органов дыхания страдает каждый четвертый из заболевших. При этом группа болезней органов дыхания является устойчивой – удельный вес сохраняется в течение десятилетий.

В структуре профессиональной заболеваемости отмечается схожая картина – на первом месте по распространенности стоят болезни бронхолегочной системы пылевого генеза. Однако в данном случае болезни бронхолегочной системы встречаются чаще – у каждого третьего больного профессиональным заболеванием. Высок процент случаев инвалидизации и смертности от пылевых болезней бронхолегочной системы. Длительное воздействие пыли на бронхолегочную систему человека в процессе профессиональной деятельности на протяжении длительного времени приводит к формированию хронического воспалительного процесса. К сожалению, после прекращения контакта с промышленными аэрозолями, воспаление в бронхолегочной системе поддерживается другими, уже не столь специфическими механизмами и процессы замещения высокодифференцированных тканей фиброзной неуклонно прогрессируют. Это приводит к нарастанию дыхательной недостаточности и гипоксии, к формированию метаболических нарушений в деятельности многих органов и систем, и как следствие – к