

- разовая (периодическая) – санация ограниченного контингента населения;

- плановая – систематическое проведение лечебно-профилактических мероприятий у организованных групп населения.

Различают централизованный и децентрализованный методы санации. При централизованном методе осмотры и санацию осуществляют в лечебно-профилактическом учреждении. При децентрализованном – осмотры проводят в лечебных кабинетах предприятий или учебных заведений.

Огромная роль в профилактике кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта принадлежит организации **рационального питания**. Самыми выраженными кариесогенными свойствами обладают углеводы (в частности легко ферментируемые сахара). Сахара используются бактериями для постройки своей колонии, развитие которой и приводит к кариесу.

Основные правила питания в свете профилактики кариеса:

1. Ограничивать употребление легко ферментируемых сахаров в течение дня.
2. Не есть сладкого на ночь.
3. После еды почистить зубы или прополоскать рот водой.
4. Можно пожевать жевательную резинку или закончить трапезу твердой пищей (например яблоком).
5. Заменить сахара на сахарозаменители.

Несколько полезных советов по употреблению жевательной резинки:

1. Употребляйте жевательную резинку ПОСЛЕ, а НЕ ВМЕСТО приема пищи.
2. Жуйте резинку только до потери ее вкусовых качеств. Дальнейшее ее применение нецелесообразно.
3. Не жуйте жевательную резинку при наличии ортодонтических аппаратов, а так же если Вы не уверены в качестве имеющихся у Вас пломб и ортопедических конструкций.
4. Жевать жевательную резинку рекомендуется 5-10 минут.
5. Постоянное и многолетнее жевание может вызвать заболевания слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава, желудка.

Простые шесть правил «не навреди» для защиты зубной эмали:

1. Не забывайте полоскать рот после приема чая и кофе.
2. Курение ухудшает цвет и состояние зубной эмали.
3. Регулярно используйте очищающие средства – зубные пасты, ополаскиватели.
4. Следите за состоянием Вашей зубной щетки – ее щетинки через 2 – 3 месяца перестают тщательно очищать поверхность зубов.
5. Ешьте больше свежих овощей и фруктов.
6. Посещайте врача-стоматолога два раза в год.

Основная цель стоматологии – максимально сохранить эстетическое, фонетическое здоровье полости рта и функциональную полноценность зубов. Чтобы эта цель была достигнута необходимо проведение ряда мероприятий, которые были рассмотрены выше, – это профилактика, лечение и обучение пациента ответственному отношению к своему здоровью.

Литература

1. А.И. Николаев, Л.М. Цепов. «Практическая терапевтическая стоматология», Москва, 2007 год.
2. А.И. Грудянов, И.Ю. Александровская, В.Ю. Корзунина. Научно-практический журнал для стоматологов «Пародонтология», Москва, № 3 (48), 2008 год.
3. С.Б. Улитовский «Гигиена полости рта в пародонтологии», Москва, 2006 год.
4. С.Б. Улитовский «Гигиенический уход при воспаленном пародонте», Москва, 2008 год.
5. Ю.А. Федоров «Гигиенические средства для ухода за полостью рта», 1984 год.
6. Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина, В.П. Блохин «Зубные эликсиры и ополаскиватели в профилактике и лечении заболеваний пародонта», 2000 год.
7. Б.Н. Давыдова «Профилактика стоматологических заболеваний», Тверь, 2007 год.
8. Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская «Терапевтическая стоматология», Москва, 1998 год.

0023. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХОБЛ

Э.Д. Поздеева, О.В. Герасимова, А.И. Мифтахова

Башкирский государственный медицинский университет

Клиника терапии Клиник БГМУ (Уфа, Россия)

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких представляет собой хроническое экологически опосредованное воспалительное заболевание респираторной системы с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и легочной паренхимы с развитием эмфиземы, проявляющееся частично обратимой бронхиальной обструкцией, характеризующееся прогрессирующим и нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.

Прогрессирование хронической обструктивной болезни легких — обязательный признак, проявляющийся ежегодным уменьшением объема форсированного выдоха в 1-ю секунду (ОФВ₁) на 50 и более мл.

В Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD, 2002*) в разделе, посвященном

эпидемиологии, говорится, что хроническая обструктивная болезнь легких — одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. Распространенность, заболеваемость и смертность от данного заболевания могут заметно отличаться как в разных странах, так и в различных группах населения внутри отдельных стран, но в основном прямо связаны с распространенностью табакокурения. Исследования, проведенные под руководством Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка, установили средние уровни распространенности хронической обструктивной болезни легких: 9,34 на 1000 среди мужчин и 7,33 на 1000 среди женщин. Однако результаты последних исследований в Европейских странах говорят, что в регионах с очень высокой частотой курения распространенность хронической обструктивной болезни легких приближается к 80—100 на 1000 населения. В среднем ежегодно на каждые 30—45 случаев хронической обструктивной болезни легких выявляется 5—7 новых.

По данным официальной медицинской статистики, в настоящее время зарегистрировано около полумиллиона больных хронической обструктивной болезнью легких, тогда как, по подсчетам с использованием эпидемиологических маркеров, должно быть около 11 млн. больных. Это свидетельствует о гиподиагностике заболевания и выявлении его лишь на поздних стадиях.

Хроническая обструктивная болезнь легких как причина смертности занимает 4-е место в мире в возрастной группе старше 45 лет и является единственной болезнью, при которой смертность продолжает увеличиваться. В России, по данным статистики, показатель смертности для мужчин составил 141,7 на 100 000. Предполагается, что к 2020 г. хроническая обструктивная болезнь легких будет занимать 3-е место в структуре смертности, превосходя все заболевания органов дыхания.

Немногочисленные сообщения о прямых медицинских расходах при хронической обструктивной болезни легких свидетельствуют о том, что более 80 % материальных средств приходится на стационарную помощь больным и менее 20 % на амбулаторную. Установлено, что 73 % расходов при хронической обструктивной болезни легких приходится на 10 % больных с тяжелым течением заболевания». (Протокол ведения больных ХОБЛ. А.Г.Чучалин)

ХОБЛ проявляется наряду с легочными существенными внелегочными проявлениями и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать течение ХОБЛ. Основными клиническими показателями системного воспаления считаются дефицит массы тела, снижение толерантности к физической нагрузке вследствие дисфункции скелетной мускулатуры.(2) B.R. Celli и соавт.(2004) предложили шкалу BODE, основанную не только на функциональных показателях(объем форсированного выдоха за одну секунду), но и на

таких параметрах, как индекс массы тела, дистанция в тесте с 6-мин.ходьбой, одышка(3,4,6). Каждый из этих показателей имеет большой прогностический вес. Наибольшее число баллов означает наихудший прогноз. Значение в 7-10 баллов можно определить как прогностически неблагоприятный фактор риска смерти пациентов ХОБЛ. (2,4)

Цель исследования. Провести анализ и распределить данные о больных с ХОБЛ в терапевтических отделениях Клиники БГМУ за 2009 г., используя собственную модификацию шкалы интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ BODE. Оценить практическую значимость указанной шкалы для своевременной диагностики этого заболевания.

Задачи исследования:

1. Провести анализ контингента больных с ХОБЛ, госпитализированных в 1 и 2 терапевтические отделения Клиники БГМУ за 2009 год.

2. Провести комплексную оценку диагностических мероприятий в клинике, включая жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, объективное состояние, результаты дополнительных методов исследования.

3. На основании данных ретроспективного анализа установить возможность использования собственной модификации шкалы BODE в практическом здравоохранении с целью интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ

4. **Материал и методы исследования:** был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни больных с ХОБЛ, госпитализированных в 1 и 2 терапевтические отделения Клиники БГМУ за 2009 год.

Все больные в количестве 100 человек были обследованы в условиях Клиники БГМУ, где была проведена верификация диагноза ХОБЛ и определена стадия заболевания, наличие осложнений основного заболевания. Диагноз заболевания основывался на изучении анамнеза, всем больным проводилось медицинское обследование, включавшее клинический осмотр, общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

Подсчет по шкале BODE проводился в баллах на основании индекса массы тела (ИМТ, Body mass index- показатель <21 кг/м² ассоциируется с высоким риском смертельного исхода), выраженности обструкции (Obstruction) дыхательных путей (ОФВ1), тяжести одышки (Dyspnea) (шкала MRC) и возможности выполнять физические нагрузки (Exercise) (6-MWD, дистанция в 6-минутной шаговой пробе). При проведении 6-минутной шаговой пробы больному ставят задачу пройти за 6 минут как можно большую дистанцию, после чего регистрируют пройденное расстояние.(4,5). Прогноз последующей выживаемости определяют, исходя из суммы в баллах, причем с большей точностью, чем по любому, взятому отдельно показателю. Для ИМТ предусмотрены

только 0 (>21 кг/м²) или 1 (< 21 кг/м²), для других показателей – от 0 до 3 баллов. Суммарное количество баллов может варьировать от 0 до 10, причем наибольшее число баллов свидетельствует о высоком риске возникновения смерти. Например, если ИМТ=18 кг/м²(1 балл), ОФВ1=30 %(3 балла), дистанция в 6-минутной шаговой пробе=100(3 балла), тяжесть одышки по шкале MRC =4(3 балла), то суммарное число баллов составляет 10.

Практическая значимость: В результате проведения подробного анализа контингента больных с ХОБЛ, госпитализированных в терапевтические отделения Клиники БГМУ за 2009 год, с использованием собственной модификации шкалы BODE, была проведена оценка возможностей шкалы в определении прогноза жизни больного при наличии системных проявлений.

Собственный материал и методы исследования: С целью интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ, был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни больных с ХОБЛ, госпитализированных в 1 и 2 терапевтические отделения Клиники БГМУ за 2009 год. Среди них было 65 мужчин, 35 женщин, в возрасте от 20 до 81 лет. Было предложено модифицировать существующую шкалу BODE добавлением дополнительных критериев, таких как индекс курения и возраст, т.к. эти критерии могут иметь, по нашему мнению, большую роль в оценке тяжести состояния больных ХОБЛ. Пациентам проводилось общеклиническое обследование (общий анализ крови, ЭКГ, определение индекса массы тела, определение индекса курильщика), исследование функции внешнего дыхания и др. Жалобы были следующие: одышка (у 92% б-х), кашель(98%), отделение мокроты, особенно утром(87%), дыхательная недостаточность, различной степени выраженности (79%), эмфизема легких(25%), хроническое легочное сердце(27%). При сборе анамнеза выяснилось, что 54% исследуемых имеют стаж курения, из них 5% бросили, 49% продолжают курить. Из продолжающих курить(49%) -40% пациентов являются «злостными курильщиками» (более 25п/лет).

По модифицированной шкале BODE – у 38% больных выявлено состояние средней степени тяжести(0-5 баллов), у 50% на момент исследования состояние тяжелое(6-10 баллов), у 12% исследуемых пациентов состояние крайне тяжелое и риск возникновения смерти высокий(11-14 баллов). Результаты спирографического исследования функции внешнего дыхания - легкое нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу наблюдалось у 1 исследуемого(ОФВ1=80-70%, индекс Тиффно \geq 0,7), умеренное – у 28 исследуемых(ОФВ1=69-50%, индекс Тиффно<0,7), выраженные – у 51 исследуемого(ОФВ1<50%, индекс Тиффно<0,7).

Выводы проведенных исследований:

1. Шкала интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ BODE позволяет определять прогноз последующей выживаемости для больных с ХОБЛ, что в конечном итоге служит задаче более раннего выявления пациентов с ХОБЛ, для последующей оптимизации профилактических и лечебных мероприятий.

2. Модифицированная нами шкала BODE позволяет учитывать такие критерии(возраст и индекс курения), которые имеют значение в развитии ХОБЛ и, соответственно, должны учитываться при сборе анамнеза, что также даст возможность уже на ранних стадиях развития ХОБЛ заподозрить качественные изменения в течении хронического воспалительного процесса.

3. Учитывая данные шкалы BODE можно решать вопрос более ранней диагностики ХОБЛ, осуществлять первичную и вторичную профилактику табакокурения, как одного из наиболее агрессивных факторов риска в развитии ХОБЛ.

4. Необходимо более активное внедрение в повседневную практику врача шкалы интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ BODE для более полной оценки состояния и определения прогноза течения заболевания.

Список использованной литературы

1. Авдеев С.Н. Легочная гиперинфляция у больных ХОБЛ // Consilium Medicum. -2006.-Т.8.-№3

2. Авдеев С.Н. Системные эффекты у больных ХОБЛ. // Consilium Medicum. -2006.-Т.12.-№8

3. Глобальная инициатива по Хронической Обструктивной Болезни Легких Global initiative for chronic Obstructive pulmonary Disease. -Москва: Атмосфера, 2007.-98с.

4. Celli B.R., Cote C.G., Marin J.M., et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. // N Engl J Med. -2004;350:1005-1012.

5. Enright P.L., Sherill DL. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults/ Am J Respir Crit Care Med 1998;158:1348-1387

6. Sayiner A., Aytamar ZA, Cirit M, Unsat I. Systemic glucocorticosteroids in severe exacerbation of COPD. Chest 2001; 119: 726-30.

0024. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СОТРУДНИКОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ГОРОДА КЕМЕРОВО

**Т.Ю. Проскова, Е.Н. Гуляева, Г.И. Булатова,
В.М. Волокитин
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия Росздрава»
Кемерово, Россия.
МСЧ ГУВД по Кемеровской области,
Кемерово, Россия.**

Актуальность. Изучение частоты встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний среди организованных и не организованных популяций