

различий в плане оперативного восполнения кислородных резервов между двумя вариантами респираторной протекции.

ВЫВОДЫ

1. Величина кислородных резервов организма постоянно меняется, что связано с уровнем obturation воздухоносных путей в процессе фибробронхоскопии.

2. Оба предложенных нами варианта респираторного обеспечения ФБС равноценны в плане эффективности оперативного восполнения кислородных резервов организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахвалов Н.С., Жидков Н.П., Кобельков Г.М. Численные методы. — М.: Лаборатория базовых знаний. — 2002 — 632 с.
2. Данилин А.В., Штейнер М.Л. Устройство для лечения бронхолегочной системы. — Патент на полезную модель №36982. — 11.11.2003.
3. Долгова С.Г., Суворов А.В., Унгуадзе Г.В., Кассиль В.Л. Высоочастотная вентиляция лёгких различными газами во время ФБС у больных с дыхательной недостаточностью / II Нац. конгресс по болезням органов дыхания. Сб. резюме. М. — 9–13 ноября 2001. — (№LV1.6.).
4. Никитская Т.Ю. Высоочастотная искусственная вентиляция лёгких при фибробронхоскопии у онкологических больных: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — М., 1990.
5. Рис Дж. Диагностические тесты в пульмонологии (пер. с англ.). — М.: Медицина. — 1994. — 237 с.
6. Суворов А.В., Унгуадзе Г.В., Долгова С.Г. Особенности

различных режимов ВЧ ВВЛ при бронхофиброскопии. / XII Нац. конгресс по болезням органов дыхания. Сб. резюме. М. — 11–15 ноября 2002. — (№LVII.23).

7. Чернеховская Н.Е., Ишиаков Л.Н., Паламарчук Г.Ф. Осложнения бронхоскопии. / М., 1992. — 21 с.

8. Штейнер М.Л., Данилин А.В. Способ проведения фибробронхоскопии. — Патент на изобретение №2226980. — 24.09.2002.

9. Davidson J.A.H., Hosie H.E. Limitations of pulse oximetry: respiratory insufficiency - a failure of detection // B. M. J. — 1993. — Vol.307. — P. 372–373.

10. Hamm H., Chrosciewski M., Fabel H. Pulseoximetry during fiberoptic bronchoscopy with and without bronchoalveolar lavage (BAL). // Eur. Resp. J. — 1992. — Vol.2. — P. 232.

11. Roberts C.M., Bugler J.K., Melchor R. Value of pulse oximetry for long-term oxygen therapy requirement. // Eur. Respir. J. — 1993 — Vol.6 — P. 559–562.

Поступила 01.06.09.

THE CONDITION OF THE OXYGEN RESERVES DURING FIBER-OPTIC BRONCHOSCOPY IN PATIENTS WITH SEVERE BRONCHIAL OBSTRUCTION

M.L. Steiner, A.V. Zhestkov, S.A. Blashentseva, A.V. Danilin, A.Yu. Izotov

Summary

Studied were the peculiarities of changes in the oxygen reserves in patients with severe bronchial obstruction in chronic obstructive pulmonary disease with a background of respiratory patronage fiber-optic bronchoscopy and without it. It was found that the level of oxygen saturation during the fiber-optic bronchoscopy is a constantly changing value associated with the degree of airway obturation by bronchial secretion at the present moment of time. Oxygen supply significantly increases the degree of oxygen-tolerance of the organism during fiber-optic bronchoscopy.

Keywords: fiber-optic bronchoscopy, bronchial obstruction, oxygen reserve.

УДК 616–002.77–036.2 (470.41)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиля Гумеровна Шамсутдинова¹, Ильдар Газимджанович Салихов¹,
Светлана Петровна Якупова¹, Ринат Мирбатович Хастиев²

¹Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. И.Г. Салихов) Казанского государственного медицинского университета, ² Арская центральная районная больница (главрач — Т.В. Багаутдинов) РТ,
e-mail: nailya@e-diva.ru

Реферат

Проведено эпидемиологическое исследование ревматических заболеваний на территории Республики Татарстан. Показано, что их распространенность в несколько раз превышает данные официальной медицинской статистики.

Ключевые слова: эпидемиология, ревматические заболевания, распространенность, остеоартроз, ревматоидный артрит.

Актуальность ревматических заболеваний (РЗ) не вызывает никаких сомнений на сегодняшний день, причем проблема РЗ повсеместно приобретает все большие масштабы в связи с неуклонным увеличением числа страдающих ими людей [1]. Заболевания суставов представляют серьезную социально-эко-

номическую проблему в связи с широкой распространенностью, тяжелым течением, высоким процентом инвалидизации, применением дорогостоящей терапии в связи с внедрением новых технологий [3]. По данным ВОЗ, остеоартроз (ОА) в 10% случаев является причиной инвалидизации. Через пять лет от начала ревматоидного артрита (РА), 50% пациентов становится инвалидами. Частота заболеваний крупных суставов среди населения достаточно высока и не имеет тенденции к снижению. По данным В.А. Насоновой и др. [4], общая распространенность заболеваний опорно-двигательного аппарата с 1988 по 1997 г. выросла в России с 7,5 млн до 11,2 млн зарегистрированных случаев, увеличившись более чем на 49%. РЗ встречаются, как известно, у людей любого возраста начиная с детского, но имеют отчетливую тенденцию к значительному, практически универсальному накоплению по мере старения населения [5], что обусловлено прежде всего его широчайшей распространенностью и разнообразием. По данным Института ревматологии, истинные сведения о распространенности РЗ в несколько раз превышают данные об обращаемости по поводу него [4, 5]. Наиболее полную информацию о распространенности различных заболеваний, причинах смертности, рациональных

емые с помощью эпидемиологического исследования, являются основными для оценки экономического ущерба и планирования профилактических и лечебных мероприятий. По данным официальной статистики по РТ, распространенность РА составляет 0,4%, ОА — 2,7%.

Целью данного исследования было изучение распространенности РА и ОА на территории РТ.

Эпидемиологическое исследование проводилось в два этапа: первый — основывался на скринирующем анкетировании популяционной выборки, второй — на последующем проспективном исследовании лиц с характерной ревматологической симптоматикой. Использовались специфические опросники: на первом — анкета скрининга, на втором — специально разработанные диагностические карты для пациентов с ОА и РА. В анкете скрининга пациенты указывали на наличие или отсутствие болей, припухлостей в суставах; обращались ли они с этими жалобами к врачам и есть ли у них соответствующий диагноз. В диагностических картах отмечались активность заболевания по данным лабораторных исследований, клинические характеристики его тяжести (число болезненных и припухших суставов, наличие деформаций, выраженность утренней скованности, индекс Лекена и др.).

Таблица 1

Распространенность первичной ревматологической симптоматики у городских и сельских жителей

Жалобы	Городские жители		Сельские жители	
	абс.	%	абс.	%
Боли в суставах, появившиеся в последний год	207	6,8**	785	24,00
Боли в суставах, которые были ранее и беспокоят в течение последнего года	609	20,0*	978	29,90
Припухлости в суставах, появившиеся в последний год	27	0,9**	510	15,60
Припухлости в суставах, которые были ранее и беспокоят в течение последнего года	262	8,6*	726	22,20

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ — достоверность различий в показателях между группами городских и сельских жителей. То же в табл.2, 3.

мерах профилактики можно получить с помощью эпидемиологических исследований. Подобное исследование проводилось на территории бывшего СССР около 15 лет назад, и оно показало, что частота только пяти основных РЗ среди взрослого населения страны приближалась тогда к 10% [2]. Показатели, получа-

Было проанкетировано 3272 сельских (58,5% женщин и 41,5% мужчин) и 3043 городских жителя (54,6% женщин и 45,4% мужчин), из которых были отобраны все пациенты с припухлостями в суставах и путем случайной выборки больные с артралгиями. Средний возраст опрошенного сельского населения составлял $50,6 \pm 17,3$

Таблица 2

Сравнительная характеристика клинического течения и распространенности ОА в сельской и городской местности

Показатели	Пациенты из сельской местности, %	Пациенты из городской местности, %
ОА, установленный на диагностическом этапе	73,6*	60,20
Средний возраст больных ОА, лет	60,8±13,2	64,2±12,4
Продолжительность утренней скованности		
более 1,5 часа	4,5	1,10
30–90 мин	17,2	9,3
менее 30 мин	48,8	58,4
отсутствует	29,50	31,20
Припухлости в коленных суставах	33,7*	25
Ограничение подвижности коленных суставов	двустороннее – 32*, одностороннее – 21,3*	двустороннее – 25,6, одностороннее – 16,8
Ограничение подвижности тазобедренных суставов		
двустороннее	7%*	6
одностороннее	6,6*	6,70
Крепитация в коленных суставах		
с обеих сторон	у 41,8	у 38,5
с одной стороны	23	16,70
Индекс тяжести гонартроза	13,2±3,9*	10,3±2,1
Индекс тяжести коксартроза	11,1±3,9*	9,6±3,6
Распространенность ОА	12,80	12,60

года, городского – 43,2±12,4. Скринирующая анкета, заполняемая на каждого жителя 18 лет и старше, позволила выявить жалобы на боли, припухлость суставов, их продолжительность, а также тех пациентов, у которых ранее были установлены РА или ОА. Далее было обследовано 498 сельских и 504 городских жителя, которым выставлялись диагнозы ОА, РА или другой костно-суставной патологии. Применялись общепринятые критерии ARA для постановки диагноза РА [6]; критерии, опубликованные в работах R. Altman et al., использовались для диагностики отдельных локализаций ОА [7, 8]. У пациентов с ОА и РА оценивались тяжесть заболевания, индекс Лекена для пациентов с ОА, активность болевого синдрома, степень функциональной недостаточности (ФН).

При анализе скринирующих анкет, заполненных на каждого городского и сельского жителя 18 лет и старше, выявлены жалобы на боли, припухлость суставов у пациентов как с ранее установленным диагнозом РА и ОА, так и у пациентов, никогда не обращавшихся за медицинской помощью (табл. 1).

Как видно из табл. 1, периодические или постоянные боли в суставах испытывают 1763 (53,9%) опрошенных сельских

жителя, городские пациенты жаловались на артралгии достоверно реже – 816 (26,8%). Среди жителей села у 785 (24,0%) человек боли в суставах, появившиеся в последний год, встречались достоверно чаще, чем у городских жителей, – 207 (6,8%). Достоверно чаще встречались у первых и артралгии, которые были ранее и беспокоили в течение последнего года – соответственно у 978 (29,9%) и 609 (20,0%).

По данным первого этапа исследования, припухание суставов в течение ряда лет, т.е. у ранее опрошенных жителей района, имело место у 726 (22,2%) сельчан и 262 (8,6%) горожан, а в последний год – соответственно у 510 (15,6%) и 27 (0,9%). 28,4% пациентов, у которых были жалобы на боли в суставах и их припухание, консультированы врачами: ревматологом – 4%, терапевтом – 15,4%, врачом другой специальности – 9%, не обращались к врачам 71,6%. Среди сельских жителей только 28% пациентов обращались за медицинской помощью (рис. 1).

РА среди горожан был диагностирован у 1,9% пациентов, ОА – у 19,6%, другие РЗ – у 1,4%, неревматические заболевания – у 5,5%. Не обращались за медицинской помощью 71,6% опрошенных жителей города, несмотря на наличие жалоб

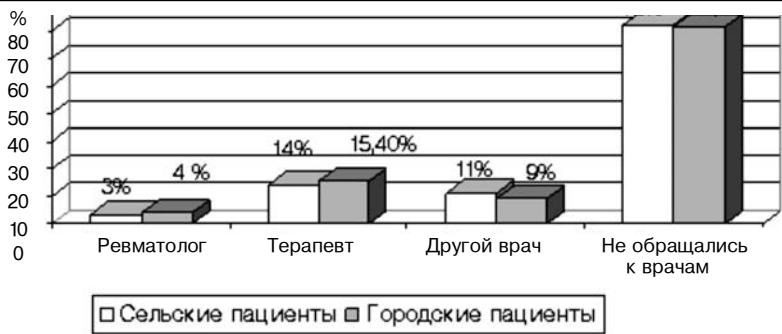


Рис. 1. Состав врачей-специалистов, консультировавших анкетированных пациентов.

на боли и/или припухлости в суставах.

В сельской местности диагноз суставного заболевания был установлен врачом у 25,2% населения: РА — у 5,9%, ОА — у 12,3%, другие РЗ — у 1%, неревматические заболевания — у 6%. Большая часть жителей (74,8%) не была консультирована врачами, хотя у них имелись подобные жалобы (рис. 2).

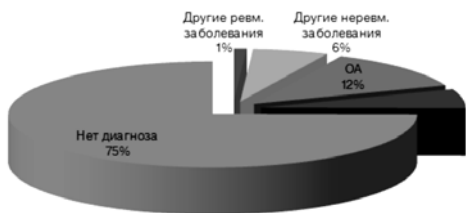


Рис. 2. Структура диагнозов по данным скрининга у сельских пациентов, имеющих жалобы на боли и припухлость в суставах.

После завершения диагностического этапа у 73,6% жителей села и 60,2% из города был выставлен диагноз ОА, соответственно у 2,7% и 2,8% — РА, 23,7% и 37% — других РЗ (рис. 3).

Сравнительная характеристика клинического течения и распространенности ОА у сельских и городских жителей представлена в табл. 2.

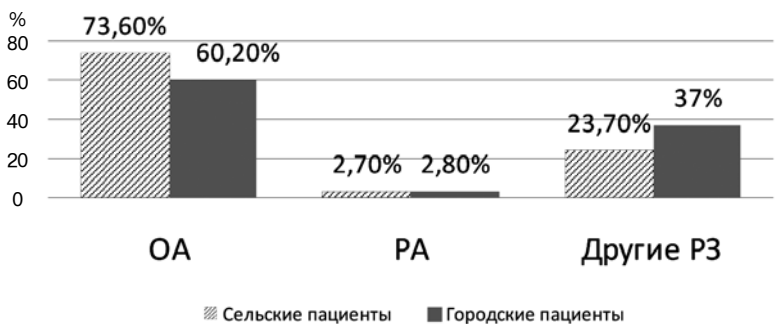
Как видно из табл. 2, характер течения ОА в зависимости от места прожи-

Таблица 3

Сравнительная характеристика некоторых показателей клинического течения и распространенности РА у пациентов сельской и городской местности

Показатели	Пациенты сельской местности, %	Пациенты городской местности, %
РА, установленный на диагностическом этапе	2,7	2,8
Длительность болей в суставах за последнее время		
более месяца	90	85
более недели	10	15
Наличие симметричных припухлостей в суставах проксимальных межфаланговых	63,6*	43,4
пястно-фаланговых	45,4	38,5
лучезапястных	45,5	31,3
коленных	54,5*	21,2
Продолжительность утренней скованности		
в течение дня	-	15
от 1 до 4 часов	100*	70
менее 1 часа	-	15
Отсутствие базисной терапии	85**	43
Распространенность РА	0,58	0,6

вания имеет достоверные различия: у сельских жителей степень тяжести клинических проявлений ОА была выше,



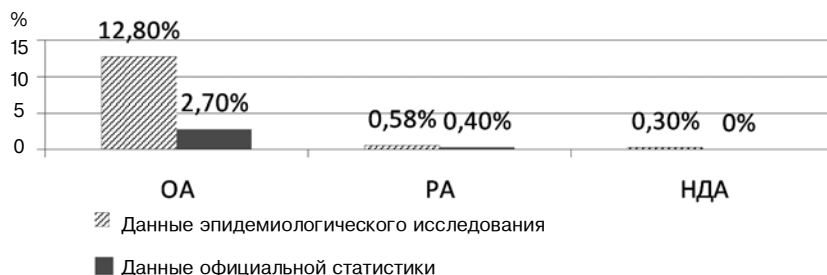


Рис. 4. Распространенность ОА, РА, НДА в Республике Татарстан по результатам эпидемиологического исследования в сравнении с данными по обращаемости на основании отчета МЗ РТ.

чем у городских.

Пациенты с РА, обследованные на диагностическом этапе, составили 2,7% в сельской местности и 2,8% в городской (табл. 3).

Клиническое течение, распространенность РА у пациентов сельской и городской местности достоверно различаются: у жителей села клинические проявления и активность заболевания выражены в большей степени, чем у горожан. 85% больных РА не принимают базисные препараты, несмотря на то что 1,7% из них были консультированы специалистами в районной или республиканской клиниках и имели соответствующие рекомендации. В городе 43% пациентов с РА не получают базисной терапии. При более детальном обследовании у 1,8% пациентов на диагностическом этапе был выявлен недифференцированный артрит (НДА), причем 65% из них не обращались за медицинской помощью.

Распространенность ОА, по данным эпидемиологического исследования, составила 12,7%, РА — 0,59%, что превышает данные о распространенности по обращаемости (2,7% и 0,4%) в 4,7 и 1,45 раза соответственно. Распространенность НДА составила 0,3%, согласно же официальным данным, — 0,005% (рис. 4).

ВЫВОДЫ

1. Остеоартроз, ревматоидный артрит, недифференцированный артрит распространены на территории Республики Татарстан. Распространенность ОА и РА, полученная в результате эпидемиологического исследования, в 1,45–4,7 раза превышала данные официальной статистики.

2. Характер течения, степень функциональной недостаточности, получаемое

лечение различаются в городской и сельской местности, что может быть объяснено различным менталитетом, условиями жизни, уровнем доступности медицинской помощи. В сельской местности достоверно выше клиническая активность РА и тяжесть ОА.

3. Несмотря на высокую частоту жалоб на артралгии и припухлость суставов значительная часть населения — 71,6% городских и 72% сельских жителей — не обращаются за медицинской помощью.

4. Результаты двух этапов эпидемиологического исследования свидетельствуют о недостаточном объеме специализированной медицинской помощи для сельских жителей и в меньшей степени для городских, что приводит к поздней диагностике заболеваний опорно-двигательного аппарата и к несвоевременному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. — М.: Медицина, 1988. — 273 с.
2. Вялков А.И., Гусев Е.И., Зборовский А.Б., Насонова В.А. Основные задачи международной декады (The Bone and Joint Decade 2000–2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России // Научно-практич. ревматол. — 2001. — № 2. — С. 4–8.
3. Насонов Е.Л. Внедрение высоких медицинских технологий в ревматологии: проблемы и решения // Научно-практич. ревматол. — 2008. — № 2. — С. 4–5.
4. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. и др. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в России: динамика статистических показателей за 5 лет (1994–1998) // Научно-практическая ревматология. — 2000. — № 2. — С. 4–12.
5. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., Насонова В.А. Тенденции в изменении показателей заболеваемости ревматическими болезнями населения Российской Федерации за 5-летний период (1999–2003 гг.) // Тер. арх. — 2005. — № 5. — С. 18–22.

6. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Проблема ревматических заболеваний в России // Рус. мед. журн. — 2004. — № 20. — С.1121–1123.

7. Эрдес Ш.Ф., Галушко Е.А. и др. Частота болей в суставах у городских и сельских жителей России (предварительные результаты) // Тер. арх. — 2005. — № 5. — С. 65–69.

8. Arnett F.C. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis // Arthr. Rheum. — 1988. — Vol. 31. — P.315–324.

Поступила 14.04.09.

THE PREVALENCE OF RHEUMATIC DISEASES IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN ACCORDING TO THE RESULTS OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES

*N.G. Shamsutdinova, I.G. Salikhov, S.P. Yakupova,
R.M. Hastiev*

Summary

Conducted was an epidemiological study of rheumatic diseases on the territory of the Republic of Tatarstan. Shown was the fact that its actual incidence is several times greater than the data of official healthcare statistics.

Key words: epidemiology, rheumatic diseases, prevalence, osteoarthritis, rheumatoid arthritis.

УДК 617.52–053.2–07

ОЦЕНКА ГАРМОНИЧНОСТИ ПРОФИЛЯ ЛИЦА У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

*Юлия Викторовна Гвоздева, Оксана Александровна Царькова,
Марина Анатольевна Данилова*

*Кафедра детской стоматологии и ортодонтии (зав. — проф. М.А. Данилова)
Пермской государственной медицинской академии*

Реферат

Проведена оценка гармоничности профиля лица у 58 детей с различными миофункциональными нарушениями. Выявлена взаимосвязь между изменениями определенных профилометрических параметров и видом функционального нарушения.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, профиль лица, миофункциональные нарушения.

Этиологические факторы, ведущие к развитию зубочелюстных аномалий многочисленны и разнообразны [2]. Под их действием в разные периоды формирования прикуса в зубочелюстной системе возникают многофункциональные нарушения различной тяжести. Развитие зубочелюстной системы тесно связано с активными мышечными движениями при еде, дыхании и формировании речи. Одни авторы из основных факторов, влияющих на формирование лицевого черепа, в первую очередь выделяют влияние тяги мышц (языка, губ и щек), затем окклюзионные (жевательное давление), направленные через ткани пародонта, и силы прорезывания зубов [2]. Другие отмечают, что зубная дуга формируется под влиянием большего количества факторов, в том числе мышечных сил, действующих как в покое, так и во время функции [5]. Все авторы, изучавшие общие причины и последствия зубочелюстных аномалий,

пришли к заключению, что изменения в костях лицевого черепа под воздействием мышечных сил возникают особенно легко при повышенной пластичности костной ткани, наблюдающейся в процессе роста и развития ребенка [3, 4].

Миодинамическое равновесие мышц челюстно-лицевой области играет важную роль в росте и формировании всего зубочелюстного аппарата. Это равновесие могут нарушить вредные привычки у детей, мешающие нормальному физиологическому развитию и ведущие к формированию аномалий зубочелюстной системы, при которых изменяется функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области. Функциональная недостаточность круговой мышцы рта может явиться причиной увеличения верхнего зубного ряда и выраженности дистальной окклюзии. При зубочелюстных аномалиях функциональные нарушения круговой мышцы рта наблюдаются в 68% случаев, при физиологической окклюзии — лишь в 12,4%. Среди вредных привычек наиболее часто встречаются привычка сосать палец или соску (пустышки), ротовое дыхание при отсутствии генетически, анатомически и физиологически обусловленного носового дыхания, отсутствие нормального смыкания губ и инфантильное глотание. Все