

РНИФ в лаборатории ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Ивановской области (титры 1:40 — 1:180). Исследования проводились на платной основе, что затрудняет адекватный динамический контроль за выздоровлением у некоторых пациентов в связи с их затруднительным финансовым положением.

Больные в стационаре обязательно осматривались неврологом, окулистом, производилась ЭКГ и обзорная рентгенограмма грудной клетки для своевременного выявления органной патологии.

У 12 больных отмечена поздняя диагностика заболевания вследствие развития неврологической симптоматики спустя месяц после укуса клеща. Эти больные в первую очередь обращались к невропатологам, специалистам, которые должны быть хорошо информированы о природно-очаговой заболеваемости болезнью Лайма и знать ее неврологические проявления во 2 и 3 стадии болезни. В этой ситуации больные жаловались на упорные головные боли, боли в мышцах предплечий и спины, изменялись глубокие рефлексы, имела место ганглио-радикулопатия D5-D7, головная боль в сочетании с анизокорией, недостаточной конвергенцией, вестибулярной атаксией, вегетативными расстройствами, признаками плексита и полиартрита. Диагноз у всех больных этой группы также был подтвержден серологически.

С целью санации больных от возбудителей и профилактики хронизации процесса всем больным проводилась адекватная антибактериальная терапия (тетрациклины, пенициллины или цефалоспо-

рины) в зависимости от тяжести заболевания не менее 10—14 дней, также назначались патогенетические средства. При наличии органной патологии больные получали преднизолон (120—150 мг на курс), витамины группы В, РР, препараты кальция, ноотропы.

Всем больным, выписанным с клиническим выздоровлением, было рекомендовано наблюдение инфекционистом КИЗа поликлиники по месту жительства в течение двух лет с контролем титров специфических антител к возбудителям через 3, 6, 12, 24 месяца и консультациями терапевта и невролога для исключения хронизации данной инфекции с формированием органной патологии.

Таким образом, больным системным клещевым боррелиозом (болезнью Лайма) необходимо обеспечивать полноценное стационарное лечение (антибиотики не менее 10—14 дней, патогенетические средства), а также контроль за выздоровлением, в том числе во время диспансерного наблюдения в КИЗе поликлиники по месту жительства, до исчезновения специфических антител к боррелиям в крови реконвалесцентов. При выявлении органной патологии к лечению больных боррелиозом и диспансерному наблюдению за реконвалесцентами следует привлекать специалистов (терапевтов, невропатологов, дерматологов). В подострую и хроническую фазу болезни лечение рекомендуется проводить в специализированных (неинфекционных) стационарах в зависимости от выявленной органной патологии (больные не являются источниками инфекции).

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Панфилов Ю.А., Урясьев О.М., Спичкина В.Л.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Распространенность бронхиальной астмы (БА) среди взрослых составляет от 5,6 до 7,3% (Чучалин А.Г., 2006). В мире живет около 300 млн. больных БА, и ежегодно от БА умирают 250 000 человек (Masoli M., Beasley R., 2004). Распространенность метаболического синдрома (МС) среди взрослого населения различных стран также весьма значительна — 25—35% и начинает приобретать характер эпидемии (В.С. Зодиченко и соавт., 2004), что в первую очередь связано с большой распространенностью во всем мире ожирения. По данным ВОЗ в 2003 г. около 1,7 млрд. человек на земном шаре (т.е. практически каждый четвертый человек) имели избыточную массу тела. От заболеваний, связанных с ожирением, в мире ежегодно умирает 2,5 млн. человек (Дедов И.И., 2001). Несмотря на высокую социальную значимость, большое распространение БА и МС в популяции и, следовательно, их достаточно частое совместное течение, особенности такого сочетания остаются мало изученными.

Цель работы — изучить показатели функции внешнего дыхания (ФВД) у больных БА в сочетании с МС.

Задачи исследования: 1) оценка показателей ФВД больных БА; 2) оценка показателей ФВД больных БА в сочетании с МС; 3) сравнительная оценка показателей ФВД обеих групп.

Под наблюдением находились 15 больных БА средней и тяжелой степени тяжести в возрасте от 45 до 57 лет (средний возраст $49,2 \pm 5,2$ года), 25 больных БА в сочетании с МС в возрасте от 42 до 54 лет (средний возраст $47 \pm 4,4$ года). Пациентов обследовали в фазе затихающего обострения и ремиссии БА. Исследование ФВД проводилось с помощью спирографа Spirovit ST «Shiller» (Швейцария). Оценивались основные показатели ФВД: ЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ, ПОС, МОС25%, МОС50%, МОС75%. МС диагностировался в соответствии с критериями диагностики МС Международной диабетической федерации 2005 г.

Проведя анализ полученных данных, у группы больных БА выявлены умеренно выраженные нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу, выражающиеся, прежде всего, в снижении показателей ОФВ1, всех МОС и индекса Тиффно.

В группе с сочетанной патологией также отмечается умеренное снижение показателей ОФВ1 и всех скоростных показателей. Кроме того, наблюдается достаточно выраженное снижение и показателя ЖЕЛ. При этом индекс Тиффно приближается к норме из-за равновеликого снижения ОФВ1 и ЖЕЛ. Таким образом, у данной группы больных наблюдается нарушение ФВД по смешанному типу. При этом степень выраженности рестриктивных нарушений прямо пропорциональна показателям выраженности абдоминального ожирения: вес тела, индекс массы тела (коэффициент корреляции $r = 0,431$ и $r = 0,483$ для веса тела и индекса массы тела соответственно). Однако данная корреляция недостоверна и требует дополнительного исследования.

Полученные результаты можно объяснить наличием у больных с сочетанной патологией абдоминального ожирения — обязательного компонента МС. Абдоминальное ожирение обуславливает изменение механических свойств легких, ограничивая дыхательную экскурсию и, соответственно, снижая показатель ЖЕЛ. А воспалительный процесс в дыхательных путях при БА вызывает нарушение проходимости дыхательных путей, выра-

жающееся в снижении скоростных показателей и ОФВ1. Полученные данные дают основание предположить, что БА в сочетании с МС оказывает более выраженное негативное влияние на показатели ФВД, нежели отдельно БА. При этом степень выраженности абдоминального ожирения может существенно влиять на параметры ФВД данной группы больных. Следовательно, контроль массы тела больным должен входить в список традиционных рекомендаций, используемых для самоконтроля состояния здоровья больных БА в сочетании МС (использование пикфлоуметра, глюкометра в домашних условиях, измерение АД и др.).

Выводы

1. Больные БА в сочетании с МС имеют более выраженные нарушения показателей ФВД нежели больные БА.
2. Степень выраженности нарушений показателей ФВД больных БА и МС связана со степенью выраженности абдоминального ожирения.
3. Отслеживание динамики массы тела является необходимым для самоконтроля больных с данной сочетанной патологией.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: МАРКЕТИНГОВЫЕ АСПЕКТЫ

Песонина С.П., Лихтшангоф А.З., Карабахцян М.А.
Санкт-Петербургский Центр гомеопатии

Быстрая трансформация современных экономических концепций в России, переход здравоохранения к рыночным отношениям требуют от специалистов и руководителей всех уровней отрасли высокого профессионализма и глубоких теоретических знаний в области маркетинга, так как необходимо оптимизировать объем и структуру потребления медицинских услуг, сбалансировать спрос и потребность на них. Особенно велика актуальность маркетинговых исследований в гомеопатии, изначально ориентированной на оказание платных услуг и вынужденной постоянно доказывать свою эффективность перед лицом негативной позиции официальной медицины и части населения.

В деятельности лечебного гомеопатического учреждения, как и в здравоохранении в целом, проводятся различные виды маркетинга: маркетинг медицинских услуг, организаций, отдельных лиц, места, идей. В ходе анализа применяют такие известные методические приемы, как система специальных тестов, анкет, опросников, позволяющих медицинским учреждениям фиксировать мнение пациентов в отношении тех или иных медицинских услуг.

Проведенный нами по специально разработанной анкете, состоявшей из 20 вопросов, социологический опрос (интервью) 631 пациента, обратившегося за медицинской помощью в Санкт-Петербургский Центр гомеопатии в 2001—2003 гг., показал, что среди пациентов гомеопатических ЛПУ преобладают женщины (68,5%). При анализе возрастного распределения

обращает на себя внимание значительный удельный вес детей и подростков (27,2%); приблизительно такие же доли имели возрастные группы 18—39 лет (29,6%) и 40—59 лет (27,7%), а каждый шестой-седьмой пациент был в возрасте 60 лет и старше. Таким образом, пациентами гомеопатов сегодня являются в основном лица молодого и среднего возраста, а также их дети. Вполне естественно, что абсолютное большинство обратившихся в Центр гомеопатии составляли жители Санкт-Петербурга (90,9%), однако 5,4% проживали в Ленинградской области, а 3,4% — в других регионах страны.

При анализе социально-профессиональной принадлежности пациентов Центра гомеопатии выявлено, что самая распространенная группа — это служащие (42,4%), причем 4,7% в их числе составили медицинские работники. На втором месте — дети младшего возраста (15,7%), затем идут пенсионеры (12,9%) и учащиеся (12,8%); 9,3% обратившихся — лица рабочих профессий, 2,6% — домохозяйки, 0,7% — военнослужащие, а 3,6% не учатся и не работают.

Среди заболеваний, ставших причинами обращений в Центр гомеопатии, первое место занимают болезни органов дыхания (19,2 на 100 обратившихся, из них чаще всего встречались такие нозологические формы, как аденоидит — 6,2, бронхиальная астма — 5,2, аллергический ринит — 3,5, хронический тонзиллит — 3,3, гайморит, фронтит — 1,1); на втором месте по частоте стояли кожные заболевания (16,2 на 100, в т.ч. атопический дерматит — 7,1, псориаз — 3,2, экзема —