

СТ. Такі зміни виявляли в 42,8 % хворих I групи, 48,1 % — II групи та в 62,5 % осіб III групи. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка частіше були у хворих I групи (17,9 % проти 3,7 % II групи і 25 % II групи). Серед електрокардіографічних змін варто звернути увагу на порушення провідності по ніжках пучка Гіса, що виявлялось у 21,5 % усіх пацієнтів, причому істотно частіше такі блокади були в пацієнтів II групи (37 % проти 14,2 % у I групі та 25 % у III). Крім перелічених змін, в обстежених хворих фіксували шлуночкові та надшлуночкові екстрасистоли, гіпертрофію лівого передсердя, миготливу аритмію, ектопічний ритм, синусову аритмію, атріовентрикулярну блокаду I ступеня, причому частіше — у пацієнтів III групи.

Висновки. У хворих на гострий панкреатит часто виявляють зміни в рівні артеріального тиску. Незважаючи на те, що артеріальна гіпертензія є фактором ризику щодо розвитку гострого панкреатиту, у нашому дослідженні вона не впливала на перебіг та тяжкість хвороби, хоча багато пацієнтів цієї групи мали надмірну вагу та ожиріння. У нашому дослідженні тяжчий перебіг (синдром інтоксикації, анемія, порушення функції нирок) був у пацієнтів з артеріальною гіпотензією.

Частота і ступінь порушень дихальної функції в пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від стажу куріння

Дичко Т.О., Лисий І.С., Саморукова В.В., Збітнева В.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мета дослідження: визначити частоту й ступінь порушення функції зовнішнього дихання в пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від стажу тютюнопаління.

Матеріали та методи. Досліджено 80 пацієнтів (середній вік $52,3 \pm 0,2$ року): чоловіків — 41 (51,3 %), жінок — 39 (48,8 %) зі встановленим діагнозом артеріальної гіпертензії (АГ) I–III ступенів тривалістю не менше від 1 року без хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в анамнезі. 1-ша група (контрольна) — 52 пацієнти (62 %) з АГ, які ніколи не курили; 2-га група (основна) — 28 пацієнтів (46,7 %) з АГ, які палять або палили раніше. Проаналізовано анамнез, скарги, визначено індекс тютюнопаління, дані офісного та домашнього моніторингу, показники вентиляційної функції легень.

Результати та обговорення. Незначні порушення функції дихання спостерігалися загалом у 47,5 % ($n = 38$) пацієнтів, з яких було 17,5 % ($n = 14$) хворих 1-ї групи, а 30,0 % ($n = 24$) — 2-ї групи ($p < 0,05$). Показник $ОФВ_1 \leq 80$ % від належного було визначено у 3,8 % ($n = 3$) пацієнтів контрольної групи та 5 % ($n = 4$) хворих основної групи, $ОФВ_1$ від 50 до 80 % — у 2,5 % ($n = 2$) хворих основної групи, які

палили ≥ 10 пачко-років ($p > 0,05$). За результатами обстеження, ХОЗЛ I та II ступенів було вперше діагностовано в 11,3 % ($n = 9$) хворих ($p < 0,05$). При визначенні кореляційних відношень між тривалістю паління тютюну та показником $ОФВ_1/ФЖЄЛ$ у чоловіків та жінок зі стажем тютюнопаління ≥ 10 пачко-років спостерігався обернений кореляційний зв'язок: у чоловіків $r = -0,8052$ ($p < 0,01$), у жінок $r = -0,69154$ ($p < 0,01$).

Висновки. 1. У хворих на АГ з анамнезом тютюнопаління понад 10 пачко-років вірогідно частіше (11,3 %, $p < 0,05$), ніж у хворих, які не палять (лише 3,8 %), спостерігаються порушення дихальної функції, характерні для ХОЗЛ.

2. Виявлено вірогідний обернений зв'язок між стажем тютюнопаління та показником $ОФВ_1/ФЖЄЛ$ у чоловіків та жінок зі стажем тютюнопаління ≥ 10 пачко-років: $r = -0,8052$ ($p < 0,01$) та $r = -0,69154$ ($p < 0,01$) відповідно.

Необоснованные расходы в первичном звене здравоохранения, связанные с диспансеризацией

Жамалиева Л.М., Туребаев М.Н., Жаманкулова Д.Г. Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Актуальность. Организаторы здравоохранения, издающие нормативно-правовые документы, должны действовать в соответствии с принципами доказательной медицины. Это особенно важно в условиях ограниченности финансовых ресурсов для обеспечения качественной и экономически рациональной медицинской помощи.

Цель исследования: продемонстрировать необоснованность и экономическую затратность стандартов диспансерного наблюдения больных на примере язвенной болезни желудка (ЯБЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ объема и частоты лабораторно-инструментального обследования, консультаций специалистов при язве желудка, которые необходимы в соответствии с приказом по диспансеризации. Анализ экономических затрат был выполнен на основе расчета средней цены в прейскурантах медицинских организаций г. Актобе.

Результаты и обсуждение. Согласно стандарту диспансеризации, при язве желудка требуется проведение: общего анализа крови 2 раза в год, биохимических анализов крови 2 раза в год, фиброгастроуденоскопии (ФГДС) с биопсией 1 раз в год, рентгеноскопии желудка (по показаниям), ультразвукового исследования органов брюшной полости, электрокардиограммы (ЭКГ) по показаниям, 3 консультаций узких специалистов (гастроэнтеролог, хирург, онколог). Длительность диспансерного наблюдения — 3 года. Таким образом, по поводу язвы желудка анализы крови будут проведены 6 раз, ФГДС с биопсией и ультразвуковое исследование —