

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПИКФЛУОМЕТРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Романчук А.А.

Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра фтизиопульмонологии

Научный руководитель: ассистент кафедры Наумова Н.В.

Актуальность проблемы. Пикфлуометрия – (англ. Peak Flow) метод функциональной диагностики пиковой объёмной скорости дозированного выдоха позволяет оценить степень обструкции дыхательных путей. Пикфлуометрия очень важна для пациентов с БА, так как позволяет провести скрининг для выявления больных бронхиальной астмой, оценить выраженность обструкции бронхов и тяжести течения, определить обратимость бронхиальной обструкции, а также провести мониторинг ответа на терапию во время обострения, оценить эффективность проводимой терапии. Для исследования использовался пикфлуометр. Аппарат удобен и прост в использовании. Пациент может самостоятельно контролировать своё состояние, предупреждать приступ удушья.

Цель исследования. Изучить использование применения пикфлуометрии для мониторинга ответа на терапию при БА в стационарных условиях.

Проведено обследование с использованием пикфлуорометрии больных с бронхиальной астмой (БА) находящихся на лечении на базе ОКБ, в отделении пульмонологии и аллергологии, а также III ГКБ отделения терапии.

Всего проанализировано данные у 127 пациентов, из них бронхиальная астма аллергическая форма впервые установлена у 39 пациентов (30,7%), бронхиальная астма средней степени тяжести смешанная форма – у 67 пациентов (52,7%) и бронхиальная астма тяжёлое течение смешанная форма – у 21 (16,5%). Из них лица трудоспособного возраста – 78%, мужчины - 24%, женщины – 76%.

Пациенты проводили исследования дважды в день, показатели пикфлуометра заносили в график до и после применения β_2 -агонистов. Затем составлялась индивидуальная диаграмма. Пикфлуометрия проводилась в одно и тоже время – утром сразу после подъёма и перед сном. После измерения пациент принимал назначенное лечение: через 15 минут повторно проводилось исследование. Тест на вариабельность вычислялся на основании формулы: $BO = (PCB2 - PCB1) / 0,5 (PCB1 + PCB2) \times 100\%$.

PCB1 – пиковая скорость выдоха утром

PCB2 - пиковая скорость выдоха вечер.

Критерий выраженности бронхиальной обструкции (БО): значительная - > 25% отмечена у 37% пациентов, умеренная – 15-24 у 62%, незначительная 10-14 – у двух процентов.

На фоне назначенной терапии наблюдалось улучшение показателей PCB у 56% на четвёртые сутки, у 37% на пятые сутки и у 7% - на шестые сутки лечения.

При опросе пациентов выяснилось, что в домашних условиях только 4% пользуются данным прибором, несмотря на высокую приверженность пациентов к лечению.

Выводы: данный метод имеет высокую эффективность и его следует шире рекомендовать для амбулаторной практики. Пикфлуометр – простой портативный прибор, который желательно иметь каждому больному БА для наблюдения за колебаниями степени бронхиальной обструкции в течении дня, за реакцией на бронходилататоры в домашних условиях и прогнозированием обострения БА. По литературным данным 15% пациентов с БА не имеют ощущения развивающегося бронхоспазма так как субъективное восприятие отстаёт от реального. В этом случае измерение ПСВ даёт возможность усиления терапии для предотвращения приступа.

ШПИТАЛИ БЕЛАРУСИ

Романюк В.А

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.

Актуальность состоит в том, чтобы показать историю развития медицины Беларуси среди медицинского общества. Знание истории медицины позволяет делать выводы о причинах следственной связи между возникновением болезней и необходимостью создавать структурные подразделения, которые позволяют ликвидировать те или иные актуальные патологии у людей.

Целью данной работы является изучение истории развития первых структурных медицинских подразделений с XV века на территории Беларуси.

Главной задачей работы является донесение до слушателя представления о первых шпиталях Беларуси и четкого хронологического их описания.

В XIV-XV вв. для оказания стационарной медицинской помощи создаются приюты для больных и раненных, назывались они “шпитали”. Впервые на территории нынешней Беларуси в 1495 г. был открыт местной еврейской общиной в Бресте для бедных, престарелых и больных. В Бресте в 1503 г. открывается шпиталь при одной из христианских церквей. 5 июля 1624 г. открывается “шпиталя” Божьего Милосердия [1,2,4].

Подобно брестскому “шпиталю” в Минске в 1513 году был открыт первый шпиталь при Вознесенском монастыре. Первый шпиталь в Гродно был открыт в 1550 г., последующие два были открыты в 1561 и 1563 гг. В городе Зельве первый шпиталь был открыт в 1508 году, он был рассчитан на 10 коек. В Мозыре был открыт в 1513 г., в Поствах в 1522г., в Каменце 1534г., в Пинске в 1552 г., в Бобыничах в 1559 г., в Полоцке, Витебске не позднее 50-х годов XVI в., Пружанах в 1563 г., Слуцке в 1586 г., Логишине в 1634 г., в д. Вольно в середине XVII в. в местечке Щучин, в 1742 г., был основан “шпиталь” и первый конвент сестёр милосердия, в Гродно в 1775 году. В XVI веке начали часто появляться “братские шпитали”, которые содержались за счёт различных братств. По неполным сводкам на территории нынешней Беларуси в 1780 г. их располагалось 370. В них размещалось около 2 918 человек [3].

Вывод. Структурные медицинские заведения возникли в период вспышек эпидемий, так же во время других заболеваний. Шпитали, возникнув как учреждения со смешанными задачами, в дальнейшем претерпели значительные изменения. Одни из них превратились в богадельни, другие сохранили