

тельный регресс симптомов (по ВАШ $1,5 \pm 0,7$ балла; по тяжести симптомов $2,0 \pm 1,0$ балла). Все пациенты с диагностированным аутоиммунным тиреоидитом ответили на терапию, однако не достигли полной ремиссии. У 15 пациентов зафиксировано снижение уровня С-реактивного белка до $\pm 4,2$ мг/л. Осложнений терапии зафиксировано не было.

Выводы

Использование терапии аутоывороткой является доступным и безопасным методом лечения пациентов с ХК, что подтверждается как регрессией клинических симптомов, так и снижением уровня неспецифических маркеров воспаления.

Однако точный механизм эффективности приво-димо метода остается предметом дальнейшего изучения, в связи с чем мы не можем рекомендовать этот метод как терапию выбора при ХК. Вместе с тем метод безопасен и доступен в проведении в поликлинической практике и имеет низкую стоимость, что может позволить дополнить фактором для его использования в практической медицине.

Литература

1. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA2LEN task force report. *Allergy* 2011; 66: 317–30.
2. Kulibnanan K, Jiamton S, Thumpimukvatana N, Pinkaew S. Chronic idiopathic urticaria: prevalence and clinical course. *Dermatology* 2007; 34 (5): 294–301.

3. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J et al. The impact of chronic urticaria on quality of life. *Br J Dermatol* 1997; 136: 197–201.
4. Toubi E, Kessel A, Avshovich N et al. Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. *Allergy* 2004; 59 (8): 869–73.
5. Горячкина ЛА, Ненашева НМ, Борзова ЕЮ, Крапивница. Лечащий врач. *Дерматовенерология*. 2009; 3.
6. Борзова ЕЮ. Биомаркеры локального и системного воспаления при хронической крапивнице. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2012; с. 44.
7. Maurer M, Altrichter S, Bieber T, Biedermann T. Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic urticaria who exhibit IgE against thyroperoxidase. *Allergy Clin Immunol* 2011; 128 (1): 202–9.
8. Fraser K, Robertson L. Chronic Urticaria and Autoimmunity. *Skin Therapy Letter* 2013; 18 (7).
9. Yadav S, Kanwar AJ, Parsad D, Minz RW. Chronic Idiopathic Urticaria and Thyroid Autoimmunity: Perplexing Association. *Indian J Dermatol* 2013; 58 (4): 325.
10. Konstantinou GN, Asero R, Maurer M et al. EAACI/GA2LEN task force consensus report: the autologous serum skin test in Urticaria. *Allergy* 2009; 64: 1256–68.
11. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009; 64.
12. Staubach P, Ommen K, Vonend A et al. Autologous whole blood injections to patients with chronic urticaria and a positive autologous serum skin test: a placebo-controlled trial. *Dermatology* 2006; 212: 150–9.
13. Bajaj AK, Saraswat A, Upadhyay A et al. Autologous serum therapy in chronic urticaria: old wine in a new bottle. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74: 109–13.
14. Kocaturk E, Aktas S, Turkog Z et al. Autologous whole blood and autologous serum injections are equally effective as placebo injections in reducing disease activity in patients with chronic spontaneous urticaria: a placebo controlled, randomized, single-blind study. *J Dermatol treatment* 2011; 1–7.

Оценка состояния респираторного здоровья врачей

Г.Л.Игнатова, И.А.Захарова, О.В.Родионова

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение

Профилактическая направленность – один из основных принципов охраны здоровья граждан России [1]. Однако важнейшими факторами формирования здоровья населения, определяющего социальное и экономическое развитие общества, являются состояние здравоохранения и здоровье его работников [2]. Здоровье практического врача неоднократно привлекало внимание исследователей [3]. При этом существующие крупные исследования в основном посвящены изучению распространенности среди медицинского персонала сердечно-сосудистой патологии [4]. Однако медико-социальную значимость болезней органов дыхания сложно переоценить, в первую очередь из-за негативных тенденций в их развитии [5].

Целью исследования является изучение распространенности заболеваний легких среди лиц с высшим медицинским образованием Челябинской области.

Материалы и методы

В соответствии с целью работы с сентября по ноябрь 2013 г. было проведено комплексное одномоментное клиничко-функциональное обследование врачей терапевтического профиля, проживающих на территории Челябинской области. В течение 3 мес респонденты методом случайного отбора приглашались в пульмо-

нологический центр, где проводился запланированный объем исследования. Обследование включало выполнение анкеты, где содержались сведения о месте работы, специальности, также вносились сведения о факторах риска: отягощенный семейный анамнез, перенесенные заболевания, профессиональные вредности. Для изучения истории курения и степени никотиновой зависимости респондентам предлагалось заполнить разделы анкеты о стаже курения, количестве выкуриваемых сигарет в сутки, а также ответить на вопросы теста Фагерстрема. Тест Фагерстрема оценивали по следующей шкале:

- 0–2 балла – очень слабая зависимость;
- 3–4 балла – слабая;
- 5 баллов – средняя;
- 6–7 баллов – высокая;
- 8–10 баллов – очень высокая.

Показатель пачко-лет рассчитывали по формуле: количество выкуриваемых в день сигарет × количество лет курения/20 (количество сигарет в пачке).

Из функциональных тестов проводилась спирометрия на аппарате MicroLab (Англия). Оценка параметров объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и отношения ОФВ₁/ФЖЕЛ проводили после теста с бронхолитиком (ДАИ Сальбутамол 400 мкг).

Частота установленных нозологий среди обследованных респондентов

	Хронический бронхит		Бронхиальная астма		ХОБЛ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Респонденты (n=257)	12	4,7	19	7,3	4	1,6

Лицам с выявленными отклонениями на спирометрии проведена консультация пульмонолога. Статистический анализ производился с использованием программы Statistica 10. Статистическая значимость оценивалась по точному критерию Фишера, t-критерию Стьюдента, Манна–Уитни и по критерию Пирсона. Статистически значимое различие считалось при $p < 0,05$.

Результаты

Всего обследованы 257 человек (41 мужчина и 356 женщин) в возрасте от 24 до 73 лет. Средний возраст респондентов составил $44,07 \pm 12,8$ года. Индекс массы тела в целом среди исследуемых лиц был несколько повышен – $25,54 \pm 4,3$ кг/м². У 4 человек была установлена 3-я группа инвалидности, из них у 1 женщины – по бронхиальной астме, у остальных – по другим нозологиям.

При анализе факторов риска развития хронической бронхолегочной патологии 59 (22,9%) человек отметили наличие частых простудных заболеваний (более трех в течение календарного года), 10 (3,9%) респондентов перенесли пневмонию в текущем году. Также при анкетировании у обследуемых выяснились сведения о наследственной предрасположенности к бронхолегочным заболеваниям. Выявлено, что 144 (56,1%) человека не имели отягощенного наследственного анамнеза. Среди оставшихся респондентов – 133 (43,9%) человека – разные заболевания у кровных родственников распределились следующим образом: почти 1/2 (48,7%) врачей отметили наличие аллергической патологии, 47,7% – онкологических заболеваний, 10,1% – бронхиальной астмы.

Кроме этого, все респонденты были опрошены на предмет атопической настроенности как фактора риска возникновения и провоцирования симптомов в дальнейшем, в первую очередь, бронхиальной астмы. У 140 (54,5%) врачей никаких сопутствующих аллергических заболеваний выявлено не было, а 117 (45,5%) лиц отметили наличие атопической патологии. Из их числа на аллергию к пищевым аллергенам указали 29,9%, к растительным агентам – 32,5%, в равных пропорциях – 45,6% – распределилась частота сенсibilизации к эпидермальным аллергенам и медикаментозным препаратам (рис. 1).

Одним из важнейших факторов риска заболеваний легких является курение. При анкетировании выявлено, что процент курящих врачей составляет 7,1, это значительно меньше, чем в общей популяции (по данным авторов – от 40 до 60%), 10 (3,9%) человек отметили, что являются экс-курильщиками. Индекс пачко-лет среди курильщиков составил $16,8 \pm 3,4$, а тест Фагерстрема показал $5,4 \pm 1,2$ балла, что соответствует средней степени никотиновой зависимости.

Кроме анамнестических данных, врачам было предложено ответить на вопросы об имеющихся заболеваниях легочной системы на момент скрининга. Тридцать пять (13,6%) человек ответили, что имеют установленные диагнозы, связанные с патологией дыхательной системы (см. таблицу). Из них самой частой нозологией является бронхиальная астма – 19 человек (7,3% от всех обследованных респондентов), 12 (4,7%) лиц страдают хроническим бронхитом, а у 4 (1,6%) пациентов диагностирована хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). В целом выявленная заболе-

Рис. 1. Частота встречаемости сенсibilизации к разным типам аллергенов.

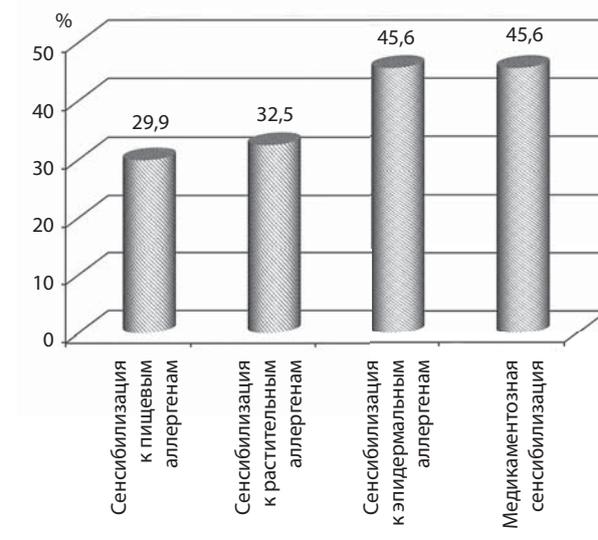


Рис. 2. Частота встречаемости коморбидных нозологий.

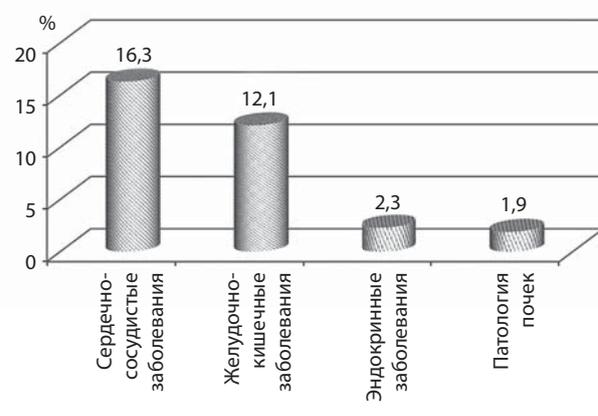
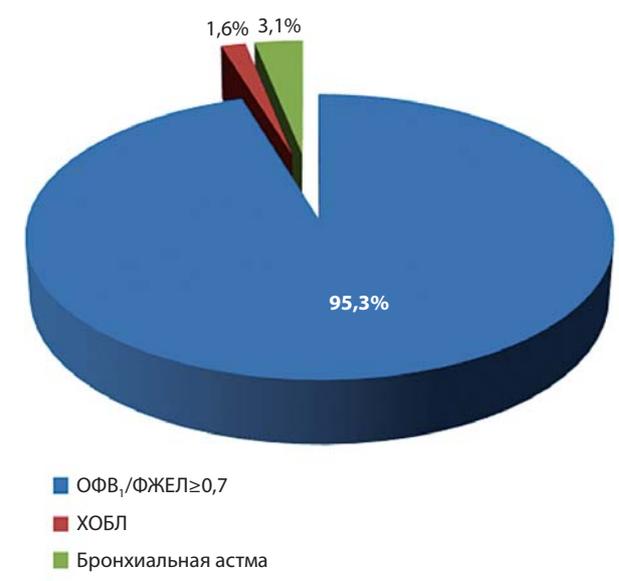


Рис. 3. Частота впервые выявленных легочных нозологий.



ваемость среди врачей значительно ниже, чем в общей популяции, согласно статистическим данным, что, возможно, в первую очередь связано с меньшим числом курильщиков среди обследованных лиц.

Наряду с заболеваниями легких один из разделов анкеты – пункт о наличии заболеваний других органов и систем. Выявлено, что 107 врачей имеют хронические

заболевания, не связанные с бронхолегочной патологией (рис. 2).

Процентное соотношение нозологических единиц распределилось следующим образом: на 1-м месте оказались заболевания сердечно-сосудистой системы, включающие ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, артериальную гипертензию, врожденные и приобретенные аномалии развития сердца и сосудов – 16,3%; на 2-м – 12,1% – патология желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические гастрит и дуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь); значительно меньший удельный вес занимает эндокринная патология: сахарный диабет и нарушения со стороны щитовидной железы – 2,3% и патология почек – хронические пиелонефриты, аномалии развития почек – 1,9%.

Всем обследованным была проведена спирография с функциональными пробами. Полученные результаты представлены на рис. 3.

При анализе основных показателей, характеризующих наличие бронхиальной обструкции, у 12 (4,7%) человек выявлено снижение показателя $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 0,7, средний уровень составил $0,63 \pm 0,1$ (респонденты с ранее установленным диагнозом «бронхиальная астма» и/или ХОБЛ из анализа исключались). Среди лиц со впервые выявленными изменениями на спирограмме оказались 4 мужчин и 8 женщин. При дальнейшем обследовании и осмотре пульмонолога всем мужчинам был впервые установлен диагноз – ХОБЛ

(у 1 пациента I стадии – $ОФВ_1$ 90,2%, а у 3 врачей – II стадии – $ОФВ_1$ $73,2 \pm 6,3\%$). Все мужчины являлись активными курильщиками. Женщинам также впервые был установлен диагноз «бронхиальная астма», $ОФВ_1$ составил $83,6 \pm 9,2\%$, в анамнезе у них отмечались респираторные жалобы, но пациентки ранее не обследовались и адекватного лечения не получали.

Выводы

Таким образом, среди врачей значительно меньше распространены факторы риска бронхолегочной патологии и заболевания легких; при профилактическом обследовании выявляются недиагностированные ранее нозологии, что, возможно, связано с поздним обращением к узким специалистам и самолечением.

Литература

1. Дехнич С.Н., Угненко Н.М., Филимонова О.Л. и др. Сравнительная характеристика качества жизни врачей центров здоровья и руководителей лечебно-профилактических учреждений. Казан. мед. журн. 2011; 92 (4): 593–6.
2. Бердяева И.А. Оценка состояния здоровья врачей Амурской области. Бюл. физиологии и патологии дыхания. 2012; 43: 99–106.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328 (7455): 1519.
4. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д., Кукушкин С.К. Здоровье российских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008; 7 (6): 28–32.
5. Зыков К.А., Соколов Е.И. Место фиксированной комбинации фенотерола и ипратропия в терапии хронических обструктивных заболеваний легких. *Cons. Med.* 2010; 3: 3–7.