

oxidative mechanism / G. C. Beck, R. Oberacker, S. Kapper [et al.] // *Am. J. Respir. Cell Mol. Biol.* — 2000. — Vol. 25, N 5. — P. 636-643.

5. *Phenotypic characterization of alveolar monocyte recruitment in acute respiratory distress syndrome* / S. Roseau, P. Hammerl, U. Maus [et al.] // *Am. J. Physiol. Lung Cell. Mol. Physiol.* — 2000. — Vol. 279. — P. 25-35.

6. *Ройтберг Г. Е. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов : учеб. пособие для студ. мед. вузов* / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М. : БИНОМ, 1999. — 622 с.

7. *Климов В. В. Тест восстановления нитросинего тетразолия, стимулированный пирогеналом* / В. В. Климов, Т. В. Котовкина // *Лабораторное дело.* — 1982. — № 10. — С. 48-49.

8. *Park B. H. Infection and nitrobluetetrasolium reduction by neutrophils — a diagnostic aid* / B. H. Park, S. M. Fikring, E. M. Smithwick // *Lancet.* — 1968. — Vol. 11, N 7567. — P. 532-534.

9. *Seely A. J. Science review : Cell membrane expression (connectivity) regulates neutrophil delivery, function and clearance* / A. J. Seely, J. L. Pascual, N. V. Christou // *Crit. Care.* — 2003. — Vol. 7 (4). — P. 291-307.

10. *Окислительная модификация белков сыворотки крови человека, метод ее определения* / Е. Е. Дубинина, С. О. Бурмистров, Д. А. Ходов [и др.] // *Вопросы медицинской химии.* — 1995. — № 1. — С. 24-26.

11. *Ященко Ю. Б. Биомаркеры синдрому острого шока у новорожденных при сепсисе* / Ю. Б. Ященко // *Буковинський медичний*

вісник. — 2006. — Т. 10, № 2. — С. 86-90.

12. *Смирнов А. С. Применение метода множественной линейной регрессии для оценки повреждения легких, вызванного искусственной вентиляцией, по маркерам в конденсате выдыхаемого воздуха* / А. С. Смирнов, А. Д. Таганович // *БМЖ.* — 2006. — № 2 (16).

13. *Пат. 627820 СССР, МКИ А61В5/08. Дыхательная маска* / Г. И. Сидоренко, Э. И. Зборовский, Д. И. Вдовичева ; заявитель и патентообладатель Минский гос. мед. ин-т. — № 2483459/28-13 ; заявл. 28.04.77 ; опубл. 15.10.78, Бюл. № 38.

14. *Protein carbonil measurements show evidence of early oxidative stress in critical ill patients* / C. C. Winterbourn, I. H. Buss, T. P. Chap [et al.] // *Crit. Care Med.* — 2000. — Vol. 28. — P. 143-149.

УДК 618.14-002-08:615.849

І. З. Гладчук¹, О. Я. Назаренко², Р. С. Вастьянов¹

СТАН РЕГУЛЯТОРНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ПАЦІЄНТОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПОМІРНУ, ВЕЛИКУ І МАСИВНУ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНУ КРОВОВТРАТУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ, ЗАЛЕЖНО ВІД СПОСОБІВ ВІДШКОДУВАННЯ ДЕФІЦИТУ ОБ'ЄМУ ЦИРКУЛЮЮЧОЇ КРОВІ

¹Одеський державний медичний університет,

²Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса

З усіх гінекологічних операцій екстреного характеру більше половини абдомінальних оперативних втручань виконуються з приводу гострої гінекологічної патології, ускладненої внутрішньочеревною кровотечею [5]. Більше ніж у 90 % випадків внутрішню кровотечу у жінок спричинюють порушена трубна вагітність та апоплексія яєчника. Завдяки широкому впровадженню сучасних ендоскопічних медичних технологій у повсякденну практику, вдалося значно підвищити ефективність діагностики та покращити результати лікування у жінок з означеною патологією. Значно знизилася кількість ви-

падків масивної інтраабдомінальної крововтрати, які супроводжуються геморагічним шоком, що на сучасному етапі розвитку медицини розцінюються як значний недолік діагностичного процесу. Якщо операція виконується у випадку, коли об'єм внутрішньої крововтрати не перевищує 500 мл, хворі не потребують додаткової інфузійної терапії з метою поповнення об'єму циркулюючої крові (ОЦК) [6]. Але у випадках із масивною інтраабдомінальною крововтратою реанімаційні заходи з відшкодування втраченого ОЦК посідають разом з оперативним припиненням кровотечі головне місце серед дій,

спрямованих на збереження життя й одужання жінки [1; 5].

Важливим є питання щодо визначення ефективності проведеного лікування, а саме об'єктивізації клінічного стану жінок і функціонального стану організму в цілому після лікувальних заходів. Це пояснюється малою кількістю критеріїв достатності лікувальних заходів від моменту припинення крововтрати до етапу одужання. Одним із таких додаткових критеріїв може бути аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР), який є інтегральним методом оцінки стану механізмів регуляції фізіологічних функцій організму людини. За допомо-



гою аналізу ВСР можна охарактеризувати стан нейрогуморальної системи регуляції, визначити співвідношення між симпатичним і парасимпатичним відділами вегетативної нервової системи [2; 3; 7]. Дана методика дозволяє оцінити стан механізмів регуляції в організмі та виявити ступінь їхньої зміни порівняно з таким до лікування й у здорових жінок, що загалом дасть змогу оцінити ефективність і достатність лікувальних заходів [7].

Метою роботи є оцінка ефективності інтра- та післяопераційних реанімаційних заходів, спрямованих на відшкодування ОЦК у пацієнток із помірною, великою та масивною внутрішньочеревною крововтратою, спричиненою порушеною трубною вагітністю й апоплексією яєчника, за допомогою використання методу оцінки ВСР як додаткового критерію.

Матеріали та методи дослідження

На базі кафедри акушерства та гінекології № 1 ОДМУ і в клініці гінекології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону (ВМКЦ ПР) протягом останніх двох років лапароскопічно прооперовано 97 жінок репродуктивного віку з приводу порушеної трубної вагітності й апоплексії яєчника. Вік хворих коливався від 17 до 42 років (у середньому — $(28,9 \pm 4,3)$ року).

Загальноклінічні аналізи крові та сечі проводили в ургентному порядку. При стабільній гемодинаміці передопераційний алгоритм інструментальної діагностики включав УЗД органів малого таза.

Лапароскопію виконували за загальноприйнятою методикою під ендотрахеальним наркозом із використанням моно- та біполярної електрохірургічної техніки. Всім пацієнткам інтраопераційно внутрішньовенно проводили антибіотикопрофілактику.

Після створення пневмоперитонеума і введення в черев-

ну порожнину оптики й інструментів хворій надавали положення Тренделенбурга, що забезпечувало централізацію кровообігу і дозволяло здійснити взяття рідкої частини крові з підпечінкового простору за запропонованою методикою реінфузії автокрові (Деклараційний патент України на винахід, № 51382А, UA, МПК6: А61В17/00. / Одеський державний медичний університет; І. З. Гладчук, М. А. Каштальян, О. Я. Назаренко, О. В. Якименко) [4].

При входженні в черевну порожнину у 73 пацієнток об'єм гемоперитонеума не перевищував 500 мл, у 12 жінок об'єм крові в животі становив від 500 до 1000 мл, у 9 — від 1000 до 1500 мл і понад 1500 мл крові в животі було виявлено у 3 пацієнток.

Внутрішньочеревну кровотечу в об'ємі від 500 до 1000 мл розцінювали як помірну, крововтрату від 1000 до 1500 мл — як велику, а понад 1500 мл — як масивну.

Якщо внутрішньочеревна кровотеча не перевищувала 500 мл, додаткової інфузійної терапії з метою відшкодування об'єму ОЦК не проводили. Реінфузія автокрові за описаною методикою [4] була виконана у 12 пацієнток (I група спостереження). У 4 жінок вона поєднувалася з інтра- і післяопераційним переливанням донорської крові. У 5 випадках дефіцит ОЦК відшкодовували препаратами донорської еритроцитарної маси і кровозамінниками (II група). У 7 пацієнток з об'ємом гемоперитонеума більше 500 мл дефіцит ОЦК відшкодовувався тільки колоїдними і кристалоїдними кровозамінниками розчинами (III група).

Стан організму оцінювали за показниками червоної крові (кількість еритроцитів і концентрація гемоглобіну) і даними аналізу варіабельності серцевого ритму, виконаного методом кардіоінтервалометрії (KIM) [2; 3; 7]. Дослідження ВСР проводили за стандартною методи-

кою, запропонованою розробниками програми (АОЗТ «Сольвейг», Україна).

Для аналізу змін ВСР застосовували показники, які порівнювали з відповідними у 20 умовно здорових жінок, що проходили диспансерне обстеження в клініці гінекології ВМКЦ ПР:

— SDNN — показник сумарної варіабельності, який характеризує ступінь адаптованості вегетативної нервової системи;

— RMSSD — показник активності парасимпатичної ланки вегетативної регуляції;

— LF — потужність симпатичних хвиль (високочастотної складової спектра);

— HF — потужність парасимпатичних хвиль (низькочастотної складової спектра);

— LF/HF — індекс співвідношення симпатичних і парасимпатичних хвиль;

— ІВ (індекс Баєвського) — показник ступеня напруження систем регуляції, який характеризує активність механізмів симпатичної регуляції [3].

Вимірювання проводили протягом місяця післяопераційного періоду. Всі отримані дані обчислювали за допомогою загальноприйнятих у медико-біологічних дослідженнях параметричних і непараметричних методів статистичного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Показники червоної крові та варіабельності серцевого ритму на момент госпіталізації пацієнток із гемоперитонеумом більше 500 мл відображені в таблиці. У післяопераційному періоді динаміка концентрації гемоглобіну, кількості еритроцитів, а також показників ВСР залежали як від об'єму інтраабдомінальної крововтрати, так і від способу відшкодування втраченого ОЦК.

Так, у першу добу після операції у пацієнток з об'ємом гемоперитонеума від 500 до 1000 мл у випадках відшкодування крововтрати методом реінфузії ав-



токрові рівень гемоглобіну і кількість еритроцитів підвищувалися і становили (107,9±8,3) г/л і (3,4±0,1) млн/л, на відміну від пацієток, у яких дефіцит ОЦК відшкодувався тільки кровозамінними розчинами. Показники червоної крові у них становили (99±7) г/л і (3,1±0,5) млн/л відповідно. На 7-му добу післяопераційного періоду концентрація гемоглобіну і кількість еритроцитів у пацієток I групи спостереження дорівнювала (110,9±8,3) г/л і (3,5±0,1) млн/л, що перевищувало аналогічні показники у пацієток III групи — відповідно (101,2±7,4) г/л і (3,2±0,3) млн/л. До моменту повернення до активної трудової діяльності (14–17-та доба) у пацієток із відшкодуванням помірної крововтрати шляхом реінфузії автокрові рівень гемоглобіну і кількість еритроцитів сягали практично нормальних значень — (119,2±7,4) г/л і (3,8±0,2) млн/л, на відміну від пацієток з аналогічною крововтратою, відшкодованою колоїдними і кристалоїдними кровозамінними розчинами — (109,7±9,2) г/л і (3,5±0,5) млн/л.

У пацієток з інтраабдомінальною крововтратою від 1000 до 1500 мл у першу добу після операції, що супроводжувалася інтраопераційною реінфузією автокрові, середній рівень гемоглобіну і кількість еритроцитів у периферичній крові зросли до (101,9±9,4) г/л і (3,2±

±0,6) млн/л, перевищуючи аналогічні показники у пацієток, яким автогемореїнфузія не виконувалася, — (91,8±5,4) г/л і (2,9±0,5) млн/л. На момент зняття післяопераційних швів (7-ма доба) показники червоної крові у пацієток I і II груп становили: (104,8±8,4) г/л, (3,32±0,5) млн/л і (98,7±8,4) г/л, (3,1±0,6) млн/л відповідно. При обстеженні на 14-ту добу післяопераційного періоду кількість еритроцитів і концентрація гемоглобіну в пацієток із великою крововтратою й інтраопераційною автогемореїнфузією (I група) дорівнювали, відповідно, (111,9±9,7) г/л і (3,5±0,8) млн/л. У цей самий період спостереження аналогічні показники у жінок із тим самим об'ємом крововтрати, де дефіцит ОЦК відшкодувався донорською еритроцитарною масою і кровозамінними розчинами (II група), були (102,2±9,3) г/л і (3,2±0,7) млн/л (P<0,05).

Через місяць після операції показники червоної крові у жінок із крововтратою від 1000 до 1500 мл відновлювалися до нормальних значень у пацієток I групи. У пацієток, яким для відшкодування великої крововтрати переливали донорську еритроцитарну масу і кровозамінні розчини, показники червоної крові залишалися нижчими за норму і в середньому становили (116,0±8,3) г/л і (3,7±0,3) млн/л.

У пацієтки, де відшкодування масивної (2000 мл) крововтрати проводилося за рахунок донорської еритроцитарної маси і кровозамінних розчинів, відновлення показників червоної крові до нормальних значень тривало більше місяця. Так, до 33-ї доби післяопераційного періоду концентрація гемоглобіну у неї дорівнювала 103,7 г/л, а кількість еритроцитів — 3,27 млн/л.

У випадках комбінованого (автогемореїнфузія + донорська еритроцитарна маса) відшкодування ОЦК при масивній інтраабдомінальній крововтраті середні показники червоної крові через місяць становили (114,0±8,5) г/л і (3,7±1,7) млн/л.

Аналіз змін основних показників ВСП у спостережуваних жінок показав, що основні доопераційні зміни досліджуваних показників у них полягали в істотному зниженні показника SDNN (у 1,9–2,6 разу), підвищенні показника індексу напруження (у 2,2–2,6 разу) і співвідношення LF/HF порівняно з умовно нормальними величинами (на 27–200 %) (P<0,05) — таблиця.

У першу добу післяопераційного періоду в пацієток з об'ємом гемоперитонеума від 500 до 1000 мл у випадках відшкодування крововтрати методом автогемореїнфузії величина SDNN мала тенденцію до відновлення і становила (84±

Таблиця

Показники червоної крові та варіабельності серцевого ритму на момент госпіталізації пацієток із гемоперитонеумом більше 500 мл

Об'єм внутрішньочеревної крововтрати	Концентрація гемоглобіну, г/л	Кількість еритроцитів, млн/л	Показники варіабельності серцевого ритму					
			SDNN, мс	RMSSD, мс	LF, мс ²	HF, мс ²	LF/HF, ум. од.	ІВ, ум. од.
Помірний, від 500 до 1000 мл, N = 12	103,2±7,4	3,3±0,3	76±9*	24±3	1700±350	900±100	1,9±0,2	170±24*
Великий, від 1000 до 1500 мл, N = 9	89±7,1	2,9±0,4	60±8**	23±3	2340±350	850±90	2,8±0,2*	202±27*
Масивний, більше 1500 мл, N = 3	78,1±5,3	2,5±0,1	56±7*	23±4	2600±350	830±84	3,0±0,4*	218±23*

Примітка. * — P<0,05; ** — P<0,01 — вірогідні розбіжності порівняно з відповідними показниками в контрольних спостереженнях (умовно нормальні дані, група диспансерного спостереження; непараметричний критерій Крускал — Валіс).



± 11) мс, на відміну від пацієнток, у яких дефіцит ОЦК відшкодувався тільки кровозамінними розчинами — у них цей показник дорівнював (75 ± 8) мс. Величина індексу Баєвського була у пацієнток зазначених груп (154 ± 14) і (170 ± 24) ум. од. відповідно, що, не розрізняючись істотно з відповідними доопераційними показниками, мало відмінності за абсолютними величинами.

На 7-му добу після операції показник SDNN у пацієнток I групи спостереження становив (102 ± 10) мс, що на 23 % перевищувало аналогічні показники у пацієнток III групи спостереження ($P < 0,05$). Міжгрупові розбіжності величин індексу Баєвського і співвідношення LF/HF у пацієнток цих двох груп на 7-му добу також істотно розрізнялися: (114 ± 11) проти (167 ± 10) і ($1,4 \pm 0,3$) проти ($2,0 \pm 0,2$), причому у пацієнток, дефіцит ОЦК у яких відшкодували методом автогемореінфузії, ці показники істотно розрізнялися порівняно з доопераційними ($P < 0,05$).

Через 2 тиж. і через 1 міс. після операції у пацієнток із відшкодуванням помірної крововтрати методом автогемореінфузії крові величини SDNN, індексу напруження (Баєвського) і співвідношення LF/HF не розрізнялися з нормальними і дорівнювали відповідно: (117 ± 11) мс і (126 ± 14) мс; (101 ± 12) ум. од. і (92 ± 10) ум. од.; ($1,4 \pm 0,2$) ум. од. і ($1,3 \pm 0,2$) ум. од. Вони значно відрізнялися від аналогічних показників у пацієнток із такою самою крововтратою, відшкодованою колоїдними і кристалоїдними кровозамінними розчинами: (79 ± 9) мс і (89 ± 8) мс; (151 ± 26) ум. од. і (137 ± 22) ум. од.; ($2,4 \pm 0,3$) ум. од. і ($2,0 \pm 0,4$) ум. од. відповідно ($P < 0,05$).

Аналіз зміни показників ВСР в організмі жінок з інтраабдомінальною крововтратою від 1000 до 1500 мл у першу добу після операції, що супроводжувалася інтраопераційною автогемореінфузією крові, показав, що

величина SDNN мала тенденцію до відновлення і становила (118 ± 9) мс — це істотно перевищувало аналогічний показник у пацієнток, яким автогемореінфузія крові не виконувалася — (62 ± 8) мс ($P < 0,05$). Показники індексу напруження у пацієнток I і II груп також розрізнялися і становили (156 ± 19) ум. од. і (204 ± 26) ум. од. відповідно ($P < 0,05$). Аналогічна динаміка зміни досліджуваних показників у пацієнток I і II груп зберігалася і при обстеженні на 14–15-ту і 28-му–33-тю добу післяопераційного періоду.

При обстеженні в ці інтервали часу величини показників SDNN та індексу напруження у пацієнток із великим об'ємом гемоперитонеума, дефіцит ОЦК у яких відшкодували методом автогемореінфузії та без нього, розрізнялися в середньому в 1,8–2,6 разу, що мало статистичну вірогідність ($P < 0,05$).

У пацієнтки з масивною внутрішньочеревною крововтратою, дефіцит ОЦК у якої відшкодували за допомогою переливання донорської еритроцитарної маси і кровозамінних розчинів, відновлення показників ВСР до нормальних значень тривало більше місяця після оперативного лікування. Так, до 33-ї доби післяопераційного періоду показник SDNN у неї дорівнював 66 мс, співвідношення LF/HF — 3 ум. од., а індекс Баєвського — 187 ум. од.

Аналіз одержаних результатів свідчить про принципову можливість відновлення основних резервних можливостей організму жінок із крововтратою до 1000 мл протягом 14 діб і з крововтратою до 1500 мл — протягом місяця після операції у разі реінфузії автокрові. Це підтверджується нормалізацією показників червоної крові, а також зниженням тону симпатичної ланки вегетативної регуляції та відповідного підвищення активності парасимпатичної регуляції.

Аналіз даних ВСР свідчить, що в організмі жінок із помірною

і великою крововтратою, яким дефіцит ОЦК відшкодували реінфузією крові, з перших днів після операції активуються компенсаторно-адаптаційні регуляторні процеси, кінцевим результатом яких є відновлення функціональної активності регуляторних систем організму. На противагу цьому, в організмі жінок із великою і масивною крововтратою, дефіцит ОЦК у яких відшкодували введенням компонентів донорської крові та кровозамінних розчинів, протягом місяця після оперативного втручання відмічається дисбаланс захисно-адаптаційних механізмів у бік підвищення активності симпатичної ланки вегетативної регуляції.

Висновки

Таким чином, аналіз даних ВСР дозволяє стверджувати, що у жінок із гострою внутрішньочеревною крововтратою, яка перевищує 500 мл, стан компенсаторно-адаптаційних процесів в організмі залежить як від об'єму крововтрати, так і від способу відшкодування дефіциту ОЦК.

Автогемореінфузія крові під час гострої внутрішньочеревної крововтрати є найбільш фізіологічним методом поповнення дефіциту ОЦК.

Так, ступінь функціонального напруження адаптаційно-приспосувальних механізмів у пацієнток із помірною та великою крововтратою, яким інтраопераційно виконувалася реінфузія автокрові з черевної порожнини, вже через 14 діб після лікування можна вважати за такий, що відповідає нормальному стану біологічного організму.

При поповненні дефіциту ОЦК у пацієнток із помірною крововтратою тільки кровозамінними розчинами показники червоної крові та ВСР повертаються до норми протягом місяця після операції. Згідно з даними ВСР, у них триває активація симпатичного відділу та відбувається відповідне змен-



шення активності парасимпатичного відділу регуляції при певній нормалізації ступеня напруження (індексу Баєвського).

Найдовший термін нормалізації показників червоної крові та даних ВСР спостерігається у пацієнок із великою і масивною крововтратою, де дефіцит ОЦК поповнювався компонентами донорської крові та кровозамінними розчинами.

За допомогою оцінки ВСР можна об'єктивно оцінити ступінь функціональної активності регуляторних систем організму жінок із різними об'ємами внутрішньочеревних крововтрат протягом післяопераційного періоду. На нашу думку, таку оцінку можна

вважати одним із факторів об'єктивного аналізу ефективності проведеного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Айламазян Э. К.* Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян, И. Т. Рябцева. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: НГМА, 2003. — 183 с.

2. *Баевский Р. М.* Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. — М.: Медицина, 1997. — С. 205-214.

3. *Воскресенский А. Д.* Статистический анализ сердечного ритма и показателей гемодинамики в физиологических исследованиях / А. Д. Воскресенский, М. Д. Вентцель. — М.: Наука, 1974. — 221 с.

4. *Декларац.* патент № 22716U, UA, МПК⁶: А61В17/00. Спосіб реінфузії крові з черевної порожнини при лапароскопічній гінекологічній операції / І. З. Гладчук, М. А. Каштальян, О. Я. Назаренко, О. В. Якименко; заявник і патентовласник Одес. держ. мед. ун-т. — Заявл. 18.12.2006; опубл. 25.04.07, Бюл. № 5.

5. *Запорожан В. Н.* Акушерство и гинекология: учебник / В. Н. Запорожан. — Кн. 2: Гинекология. — К.: Здоров'я, 2001. — 328 с.

6. *Ярочкин В. С.* Острая кровопотеря / В. С. Ярочкин, В. П. Панов, П. И. Максимов. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 363 с.

7. *Malik M.* Components of heart rate variability. What they really mean and what we really measure / M. Malik, A. J. Camm // Am. J. Cardiol. — 1993. — Vol. 72. — P. 821-822.

УДК 616.248-085:616-036.8-002.6

С. Г. Донич

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНЫХ УСЛОВИЙ ЕГО ОРГАНИЗАЦИИ

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, Ялта

Вступление

Бронхиальная астма (БА) — одно из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания, которым страдает до 8 % взрослого населения [1; 2]. Существенно, что ежегодный рост заболеваемости и смертности, связанных с БА, сохраняется, несмотря на очевидные успехи в понимании механизмов возникновения заболевания и постоянно увеличивающееся производство противоастматических средств [1; 3].

В настоящее время исход лечения БА оценивается по уровню ее контроля. При этом выделяется контролируемое течение, частичный контроль и неконтролируемое течение БА

[4–6]. Главный итог лечения БА — достижение контролируемого течения, которое предполагает отсутствие признаков заболевания на протяжении длительного периода [1; 6; 7]. К сожалению, такого исхода лечения БА во многих случаях не удается добиться. Во многом это зависит от условий реализации лечения БА [4–6; 8].

Цель исследования — изучение результатов лечения БА в зависимости от организационных условий его реализации.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования послужили клинические данные 221 больного БА в фазе обострения. Мужчин было 89

(40,3 %), женщин — 132 (59,7 %) человек. Возраст обследуемых варьировал от 18 до 70 лет, в среднем — (48,44±0,77) года. У 14 (6,33 %) больных возраст равнялся или был меньше 30 лет, у 30 (13,57 %) — 31–40, у 90 (40,72 %) — 41–50, у 52 (23,53 %) — 51–60, у 35 (15,84 %) человек — 61 год и старше. Для исследования отобраны больные только с легкой и средней степенью тяжести заболевания. Легкая степень тяжести диагностирована у 67 (30,3 %), средняя степень — у 154 (69,7 %) больных.

Всем больным было предложено лечение обострения в лечебно-реабилитационном центре (ЛРЦ) с последующим наблюдением и плановым лечением

