

В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско, 1935 или по классификации ВНОК/ОССН, 2003) – 428 (74,0%), и 2 – больные, имеющие декомпенсированную ХСН (IIб-III стадии по указанным классификациям) – 150 (26,0%). По специально составленной анкете в каждой из этих групп проводилось выявление наиболее значимых, в соответствии с данными литературы, факторов риска.

**Результаты:** практически постоянный приём НПВП был выявлен у 39 (6,7% от 578 человек) больных, в основном это были лица, страдающие тяжелыми заболеваниями позвоночника и суставов (OR=4,1, p<0,001). В то же время вредные привычки – курение, злоупотребление алкоголем и солью – вносят серьёзный вклад в декомпенсацию ХСН. Злоупотребление алкоголем зарегистрировано у 29 (5,0%) больных (OR=2,4, p=0,037). Менее значимо курение, которое выявляется у 77 (13,3%) больных с РПС (OR=1,7, p=0,017). Злоупотребление солью представляет собой наиболее массовую проблему, т.к. встречается у 241 (41,7%) человека (OR=1,3, p=0,007). Тяжёлый физический труд продолжительностью не менее 5 лет в анамнезе был установлен у 96 (16,6%) больных. Показано, что этот фактор риска оказался значимым в группе декомпенсированных больных (OR=2,2, p<0,001). Одновременно с этим и гиподинамия выявлена у 223 (38,6%) больных, она является важным фактором риска декомпенсации ХСН у больных с РПС (OR=1,8, p<0,001). Одна из важных проблем – низкая комплаентность, она выявлена у 339 (58,6%) человек (OR=1,6, AP=31,5%, p<0,001). Низкий уровень жизни выявлен у 119 (20,6%) больных (OR= 0,7). Несоблюдение режима бициллинопрофилактики определялось в зависимости от существующих критериев проведения бициллинопрофилактики больным с РПС. В нашем исследовании потребность в проведении бициллинопрофилактики испытывали 90 (15,5%) больных, но большая их часть была в группе компенсированной ХСН, т.к. в ней находятся более молодые пациенты (OR=0,2). Тем не менее, неправильно будет рассматривать данный фактор как фактор защиты.

**Выводы:** факторы риска могут быть распределены по частоте встречаемости у больных следующим образом: низкая комплаентность (58,6%), злоупотребление солью (41,7%), гиподинамия (38,6%). Именно эти наиболее частые факторы риска, несмотря на то, что их OR колеблется от 1,3 до 1,8 являются главными направлениями профилактики прогрессирования ХСН, этот факт подтверждает довольно высокий AP этих факторов риска – от 13,0% до 31,5%.

#### 124. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Камашева Г.Р.  
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Ингаляционное введение препаратов поддерживающей терапии при атопической бронхиальной астме (АБА) создает максимальную их концентрацию непосредственно в дыхательных путях, что позволяет контролировать хроническое

аллергическое воспаление и значительно уменьшает риск побочных системных эффектов. Однако установлено, что ошибки в технике ингаляции с использованием дозированных аэрозольных ингаляторов (ДАИ) значительно снижают эффективность терапии и способствуют развитию неконтролируемой АБА.

**Цель исследования:** установить причины неконтролируемой АБА при проведении поддерживающей терапии с использованием ДАИ.

**Материалы и методы:** проведена оценка техники ингаляции у 20 пациентов с неконтролируемой АБА в возрасте от 35 до 56 лет, получающих ингаляционные глюкокортикостероиды в форме ДАИ. Объем поддерживающей терапии, назначенный лечащим врачом, соответствовал тяжести течения АБА.

**Результаты и их обсуждение:** при оценке техники ингаляции ДАИ выявлены следующие ошибки: у 55% пациентов отсутствовала синхронизация вдоха с действием ингалятора, у 40% - при проведении ингаляции голова была наклонена вперед, 40% больных забыли встряхнуть ингалятор перед использованием, 70% - не задержали дыхание на высоте вдоха на 10 секунд. Из 8 пациентов, которым препарат был назначен по 2 дозы, 4 больных производили два нажатия на дно ингалятора, после чего делали вдох. Анализ данных анамнеза показал, что только 15% пациентов периодически при ингаляции ДАИ использовали спейсеры. Лишь у 20% больных ошибок выявлено не было и с учетом отсутствия контроля над АБА им была проведена коррекция поддерживающей терапии.

**Выводы:** частыми причинами неконтролируемой АБА при назначении адекватной поддерживающей терапии являются ошибки в технике ингаляции лечебных препаратов, что требует регулярной оценки лечащим врачом навыков пациента.

#### 125. ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФУРУНКУЛЕЗЕ

Камашева Г.Р.  
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

В развитии хронического фурункулеза (ХФ) особое значение уделяется нарушениям фагоцитарного звена иммунитета. Важным аспектом в предупреждении рецидивов и лечении ХФ является сочетание базовой терапии с рациональной иммунокоррекцией.

**Цель исследования:** оценка эффективности иммуномодулирующего препарата - полиоксидоний в терапии ХФ.

**Материалы и методы:** основную группу составили 28 больных ХФ в возрасте от 21 до 54 лет (36,5±11,5 лет). Длительность заболевания составила 22,6±8,1 мес, частота обострений в год – 4,9±1,6. Кожный процесс характеризовался наличием множественных фурункулов, сопровождающихся подъемом температуры и интоксикацией. Показаниями для назначения полиоксидония явились снижение абсолютного количества лейкоцитов и нейтрофилов, показателей теста фагоцитоза и НСТ-теста в период обострения ХФ. Препарат назначался в дозе 12 мг 3 раза в день per os в течение 14 дней. Группу контроля составили 10 больных ХФ в возрасте 35,4±9,5 лет. Длительность заболевания,