

дооценивают его значение. В это же самое время лечащие врачи этих больных могут давать этим симптомам другую оценку. Подобные результаты разной оценки состояния врачами и больными описаны Gillissen A et al. (2008). Подобное разное отношение к различным проявлениям можно отнести вегетативные нарушения, которые могут быть у больных ХОБЛ.

Нами было проведено обследование 207 пациентов с ХОБЛ по неврологической анкете для выявления признаков вегетативных изменений. При заполнении анкеты самим пациентом были отмечены такие симптомы как повышенная потливость при волнении – 67,7 %; ощущение затруднения при дыхании, чувство «нехватки воздуха», учащенное дыхание при волнении, в душном помещении – 69,3 % и у 40,9% пациентов – периодически приступы головных болей. У каждого четвертого больного имеются нарушения сна в виде трудности засыпания, поверхностного неглубокого сна, чувства «невыспанности», усталости при пробуждении утром – 28,4%. Ощущение сердцебиения, «замирания», «остановки сердца» беспокоят каждого пятого пациента – 23,7%. Наиболее неожиданным было то, что 16,7% больных отмечают снижение работоспособности, быструю утомляемость, хотя находятся не в стадии обострения.

Врачи при заполнении анкеты тех же самых пациентов обращают большее внимание на наличие плохой переносимости холода, жары, духоты – 86,8% лечащими врачами отмечалось наличие гипервентиляционного синдрома нарушение глубины и частоты дыхания, чувство «нехватки» воздуха в 63,0%. Оценка наличия потливости почти совпадает: врачи -75,9%, пациенты 67,7%, но при этом имеется некоторое занижение оценки больными. Врачи, кроме того, отмечают наличие ухудшения самочувствия при смене погоды у 53,6%, а также у 49,0% наличие повышенной тревожности, раздражительности, гневности, несдержанности, чувства беспокойства, страха, резкие смены настроения, астения. При анализе анкет по вегетативным симптомам не всегда оценка состояния больного врачом и самим пациентом совпадают, некоторые симптомы недооцениваются больными, что, вероятно, также способствует более позднему обращению к врачу.

Таким образом при проведении обследовании больных, необходимо учитывать самочувствие больного по его ощущениям и сопоставлять с объективной оценкой статуса больного при физикальном обследовании врачом для лучшего представления о состоянии пациента как в начальном периоде общения с больным, так и в последующем контроле.

ДИАГНОСТИКА, ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Пивина Л.М.¹, Керимкулова А.С.¹,
Уразалина Ж.М.¹, Арбацкая Т.В.²
Государственный медицинский университет,
г. Семей¹, Казахстан
Больница скорой медицинской помощи
г. Семей², Казахстан

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одна из важнейших причин нарушения здоровья и смертности по всему миру. В настоящее время ХОБЛ является четвертой причиной смертности в мире, при этом в ближайшие десятилетия будет наблюдаться увеличение ее распространенности и смертности от нее. В Казахстане в 2007 году число заболевших хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) составило 321,4; в 2010 году – 338,3 на 100 000 населения.

Целью нашего исследования явилось определение факторов риска, оценка степени тяжести, оценка прогноза и методов лечения и профилактики ХОБЛ.

Объектом исследования послужили пациенты с установленным заболеванием, находящиеся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Больницы скорой медицинской помощи г. Семей – всего 31 больной. Методы исследования включали: определение индекса курящего, анамнеза курения, обследование пациента, включая оценку тяжести одышки с помощью шкалы MRC, анамнез ингаляционного воздействия, семейный анамнез, физикальное исследование, пикфлоуметрию, рентгенографию органов грудной клетки, тест с физической нагрузкой (6-минутная шаговая проба), анализ мокроты, ЭКГ, ЭхоКГ. Для количественной оценки состояния больных ХОБЛ и оценки прогноза заболевания использован метод BODE. Подсчет проводился в баллах на основании оценки индекса массы тела, выраженности обструкции дыхательных путей, тяжести одышки и возможности выполнять физические нагрузки.

Результаты. Среди обследованных пациентов мужчины составляли 18 человек (85,7 %), женщины – 3 (14,3 %). Средний возраст обследуемых составил 56,6±7,6 лет. 62 % обследованных оказались «злостными курильщиками» с индексом курящего человека более 200 и анамнезом курения более 25 пачек/лет. У 26 % индекс курящего человека находился в диапазоне 120-160 баллов. Анамнез курения у них составил 10-15 пачек/лет. Одышка средней тяжести (2 балла по шкале MRC) наблюдалась у 38 % пациентов, тяжелая одышка (3 балла) – у 57 % и крайне тяжелая одышка (4 балла) – у 5 % больных. Дефицит массы тела (ИМТ менее 21), являющийся критерием тяжести состояния, был выявлен у 8 пациентов (38,7 %). Цианоз различной степени выраженности был выявлен у 17 пациентов (80,9 %), у 15 пациентов (71,4%)

наблюдалось вовлечение в акт дыхания вспомогательной дыхательной мускулатуры. Практически у всех пациентов при аускультации выслушивались разнотоновые сухие хрипы. У пяти пациентов (23,8 %) наблюдались признаки хронического легочного сердца, что подтверждалось наличием отеков на стопах и голени, данными ЭКГ– и ЭхоКГ-исследований, свидетельствующими о легочной гипертензии, перегрузке правых отделов сердца, блокаде правой ножки пучка Гиса. Проведение теста с физической нагрузкой показало, что абсолютное большинство пациентов имело выраженные ограничения при его выполнении. Так, 14 пациентов (66,7 %) смогли пройти за шесть минут менее 149 метров (3 балла), 3 пациента (14,3 %) прошли дистанцию 150-249 м (2 балла), 2 пациента (9,5 %) – 250-349 м (1 балл), только 2 пациента не имели ограничений при выполнении теста. Наличие ХОБЛ у всех пациентов подтверждалось исследованием мокроты, а также данными пикфлоуметрии или спирографии. При оценке состояния больного и прогноза заболевания в соответствии с индексом BODE степень тяжести варьировала от 4 баллов у 9 % больных, включенных в исследование, до 10 баллов (очень высокий риск развития смертельного исхода) у 37 % пациентов. В целом, высокий риск смертельных исходов (8-10 баллов) имели 62,5 % пациентов.

Таким образом, применение современных методов диагностики, оценки тяжести, прогнозирования исходов хронической обструктивной болезни легких, основанных на принципах доказательной медицины, позволяет определить объем медикаментозной и немедикаментозной помощи, направленной на своевременную профилактику, лечение и реабилитацию заболевания у конкретного пациента.

40

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА

Калимолдаева С.Б., Ли И.И.
Региональный диагностический центр,
г. Алматы, Казахстан

Респираторный хламидиоз или инфекция, вызываемая *Chlamydomphila pneumoniae* является причиной целого ряда заболеваний, ранее считавшихся неинфекционными. В круг заболеваний, обусловленных *Chlamydomphila pneumoniae*, входят острый и хронический бронхиты, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), пневмонии, атеросклероз, ИБС, инфаркт миокарда и инсульт. Высокие уровни заболеваемости, инвалидизации и смертности от которых диктуют необходимость поиска новых этиопатогенетических подходов.

Цель исследования – оценка эффективности комбинированной антибактериальной и иммуномоделирующей терапии больных ХОБЛ, инфицированных *Chlamydomphila pneumoniae*.

Материал и методы. Было обследовано 68 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Средний возраст больных составил у мужчин $36 \pm 6,4$ года, у женщин $32 \pm 4,8$ лет. Длительность заболевания колебалась от 3 до 16 лет. У 40,6% больных в качестве провоцирующих моментов были отмечены ОРЗ, ОРВИ, переохлаждение.

Все пациенты были обследованы на наличие антител к *Chlamydomphila pneumoniae* методом ИФА («Иммунокомб», Orgenics, Израиль) и прошли иммунологическое обследование (CD 3+; CD4+; CD8+; CD 20+, «BD FACS Calibur»; определение концентрации сывороточных IgA, IgM, IgG, IgE (ИФА, ЗАО «Вектор Бест»), спонтанный и индуцированный НСТ-тест. Контрольную группу составили 25 неинфицированных *Chlamydomphila pneumoniae* доноров. Все больные респираторным хламидиозом были разделены на 2 группы. Больные первой группы получали антибактериальную терапию в течение 20 дней (ровамацин в суточной дозе 9 млн ЕД 10 дней с последующим назначением пefлоксацина в суточной дозе 800 мг в течение 10 дней). Длительность антибиотикотерапии определяется своеобразием жизненного цикла возбудителя и необходимостью купировать 7 циклов *Chlamydomphila pneumoniae*, каждый из которых составляет 3 дня. Вторая группа больных получала аналогичный курс антибиотикотерапии, дополненный назначением индуктора эндогенного интерферона (препарат «Лавомакс», который назначался по 125 мг через день (на курс лечения 10 таблеток по 125 мг)).

Результаты и обсуждение. В период обострения заболевания у 60 больных были обнаружены антитела к *Chlamydomphila pneumoniae* в диагностических титрах (89,1% от всех больных ХОБЛ). Иммунологическое исследование зафиксировало уровни CD 3+, CD4+, CD 20+, статистически сопоставимые с показателями лиц контрольной группы. У больных ХОБЛ отмечалось достоверное повышение уровня CD8+ ($p < 0,01$) снижение редукции НСТ в спонтанном и стимулированном тестах ($p < 0,5$), а также незначительное повышение концентрации IgE. Концентрация IgA, IgM, IgG не отличалась от показателей лиц контрольной группы. После курса лечения у больных обеих групп отмечены отчетливая положительная клиническая динамика – приступы затрудненного дыхания почти не беспокоили, а приступы удушья не наблюдались на протяжении последующих 6-12 месяцев.

У больных получавших только антибактериальную терапию ($n=32$) сохранялись повышенные уровни CD8+ и снижение редукции НСТ нейтрофилами крови в отличие от больных, получавших дополнительно лавомакс ($n=28$), у которых наряду с клиническим улучшением отмечена нормализация иммунологических показателей.

Таким образом, этиопатогенетическая терапия респираторного хламидиоза позволяет добиться устойчивой клинической ремиссии у больных ХОБЛ. Включение в схемы лечения препарата «Лавомакс» обеспечивает также выраженный иммуномодулирующий эффект.