

П.Н.Шараева (1981) у 44 больных с кумуляцией пестицидов, а также у 14 больных без ХОБЛ в крови и 10 здоровых лиц.

Результатами исследования установлено, что у больных ХОБЛ с кумуляцией в организме ХОС отмечались сдвиги в процессах коллагенообразования. У больных ХОБЛ без пестицидной нагрузки в организме процессы коллагенообразования при обострении заболевания определялись более интенсивными процессами дезорганизации коллагена, что характеризовалось возрастанием уровня свободного оксипролина в 2,5 раза по сравнению со здоровыми. В то же время у данной группы лиц интенсивность процессов организации коллагена, оцениваемая по уровню белково-связанного оксипролина, возрастала в 2,5 раза по отношению к здоровым.

Установлена закономерность уравнивания процессов коллагенообразования у больных ХОБЛ без кумуляции пестицидов в организме, что и характеризовалось незначительным (на 15,1%) повышением индекса фиброобразования по отношению к здоровым. У больных ХОБЛ с наличием хлорорганических соединений в организме продукты дезорганизации коллагена, уровень СОП, повышался в 2 раза по отношению к здоровым, а уровень БСОП – в 2,9-3,0 раза. Установлен выраженный дисбаланс процессов коллагенообразования, характеризующийся преобладанием процессов организации коллагена над его распадом, что и определялось повышением индекса фиброобразования в 1,8 раза по отношению к здоровым и – в 1,55 раза по отношению к больным без ХОС.

Отмечено, что у больных ХОБЛ с кумуляцией пестицидов в организме уровень СОП снижен на 19,2% по отношению к больным ХОБЛ без пестицидов, а уровень БСОП и ИФ – повышен на 14,4% и 54,8% соответственно.

Таким образом, у больных ХОБЛ с пестицидной нагрузкой на фоне интенсивных экссудативно-альтеративных реакций имеет место более выраженная интенсивность реакций фибропластической направленности. О чем свидетельствует факт, что у больных ХОБЛ с наличием в организме изомеров α -, γ - ГХЦГ и ДДТ соотношение индекса фиброобразования более 1 составляет 52,3% и 47,7% соответственно.

33

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МОКРОТЫ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ

Бисенова Н.М., Ергалиева А.С., Митус Н.М.
АО «Национальный научный медицинский центр»,
г. Астана, Казахстан

Для эффективного проведения лечебно-профилактических мероприятий необходим постоянный мониторинг микробиологических показателей воз-

будителей, вызывающих респираторные заболевания.

Цель исследования – изучение микробного пейзажа мокроты у лиц с высоким риском развития ХОБЛ.

Материалы и методы.

Проведено количественное бактериологическое исследование больных с обострением ХОБЛ, находящихся на стационарном лечении в отделениях терапевтического профиля Национального научного медицинского центра в 2008-2012 годах. Идентификацию и антибиотикочувствительность выделенных штаммов определяли на микробиологических компьютерных анализаторах «Vitek 2 – Compact», «Микротакс», «Mini Api». За этиологический фактор принимались только те виды микроорганизмов, которые выделялись из мокроты в количестве 10^6 КОЕ в 1 мл и выше.

Результаты и обсуждение.

Из мокроты больных с обострением ХОБЛ выделено 44 вида микроорганизмов.

К 14 видам рода *Streptococcus* относилось 58,4% выделенных из мокроты микроорганизмов. Представители вида *Streptococcus pneumoniae* составили 36,7%, *Streptococcus pyogenes* – 5,5%, *Streptococcus viridians* – 11,4%. Остальные виды рода *Streptococcus* были представлены единичными штаммами.

Бактерии вида *Moraxella catarrhalis* в этиологически значимых концентрациях выделялись из мокроты лиц с высоким риском развития ХОБЛ в 17,3%.

Микроорганизмы вида *Staphylococcus aureus* были нами выделены от данной категории больных в 5,2%.

Микробы рода *Enterococcus* выделялись в 6,6% от общего количества выделенных из мокроты микроорганизмов, причем доминировали культуры вида *Enterococcus faecalis* 4,3%.

К семейству *Enterobacteriaceae* принадлежало 4,2% от общего количества выделенных из мокроты культур. Наиболее часто из энтеробактерий в мокроте больных с обострением ХОБЛ встречались виды *Klebsiella pneumoniae* и *Enterobacter cloacae*.

Из не ферментирующих грамотрицательных бактерий, на долю которых приходилось 3,3% от всех выделенных бактерий, в мокроте выделялись представители двух родов – *Pseudomonas* и *Acinetobacter*.

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* высевались из мокроты в 0,9%, все культуры относились к виду *Candida albicans*.

Бактерии вида *Haemophilus haemolyticus* были нами выделены из мокроты в 1,0%.

Таким образом, результаты наших исследований по изучению микробного спектра мокроты больных с обострением ХОБЛ, позволяют заключить, что основными этиологическими патогенами в наблюдаемый период были следующие бактерии: *Streptococcus pneumoniae* – $36,7 \pm 2,0\%$,

Moraxella catarrhalis – 17,3±1,5%, *Streptococcus pyogenes* – 5,5 ± 0,9%, *Staphylococcus aureus* – 5,2±0,9%, энтерококки – 6,6%, энтеробактерии – 4,2%, не ферментирующие грамотрицательные бактерии – 3,3%.

34

ВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ НА РАННИХ СТАДИЯХ

Бегимбетова Р.С., Кенбаева С.Р., Белая Е.С.
Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

В настоящее время для оценки состояния больного или эффективности терапии используется мнение больного (Чучалин А.Г., 2007). При обследовании больных ХОБЛ подобные данные могут представлять особую ценность, поскольку в некоторых случаях больные сами не обращают внимания на некоторые симптомы, особенно в начальных стадиях, как например кашель, недооценивают 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 боль-

ными. 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.

35

ТИОТРОПИЯ БРОМИД И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Калгинбаева А.С.
СВА «Интертич», г. Шымкент, Казахстан

Цель исследования. Оценка клинической эффективности и качества жизни при длительном применении тиотропия бромид у больных ХОБЛ.

Материал и методы. В исследование, длительностью 2,5 года, были включены 29 пациентов, диагноз «ХОБЛ» которым был установлен согласно критериям ВОЗ и Американского торакального общества. Возраст 40 -70 лет: 22 мужчин и 7 женщин. Курение -в 100% у мужчин, стаж курения – более 50,2±22,4 пачко – лет. Для диагностики обострения ХОБЛ использованы критерии Anthonisen и соавт., 1987г. Группа сравнения – 20 больных ХОБЛ, сопоставимые по полу, возрасту, длительности заболевания, показателям функций легких и толерантности к физической нагрузке, не принимавшие тиотропий. Во время всего периода наблюдения больным проводились исследования функций внешнего дыхания: в стационаре – в день поступления и выписки; амбулаторно– 1 раз в 6-12 месяцев. Для анализа использовали максимальные значения ОФВ1 и ФЖЕЛ из трех попыток. Тиотропий был назначен в дозе 18 мкг/день через устройство ХандиХалер. Больные вели дневник, с отметкой приема тиотропия и оценкой одышки («тяжелая», «очень тяжелая», «легкая», «очень легкая», «очень, очень легкая», «только при быстрой (обычной) ходьбе», «при подъеме»), переносимость повседневной физической нагрузки и потребность в пре паратах «скорой помощи». При обострении в стационаре все больные ХОБЛ