

осуществляли экспертный контроль. 77% имели стаж практической работы более 10 лет, 14% - от 5 до 10 лет, то есть, являлись квалифицированными специалистами с достаточным опытом врачебной деятельности, предполагающим соответствующий уровень знаний по такой распространенной нозологической форме как ВП.

Результаты. К сожалению результаты анкетирования не позволили в должной мере подтвердить это предположение. 6 и 5% респондентов соответственно считали, что диагноз ВП не может быть установлен без исследования вентиляционной функции легких и посева мокроты на этиологически значимые микроорганизмы, 12% - без анализа мокроты с окраской по Цилю-Нильсену. При этом только 78% увязывали эту окраску с выявлением микобактерий. 5% врачей считали возможным амбулаторное лечение пациентов со среднетяжелой ВП при наличии значимой сопутствующей соматической патологии и пациентов до 60 лет с тяжелым течением ВП. 22% предпочли цефотаксим в качестве препарата выбора для амбулаторной терапии нетяжелых ВП. 19 и 5% опрашиваемых выбрали соответственно нистатин и пероральный доксициклин в комбинации с цефтриаксоном для инициальной терапии нетяжелой ВП у госпитализированных пациентов, а 20% - в/в комбинацию ампициллина с цефалоспорином III для начальной терапии тяжелой ВП у больных, госпитализированных в общетерапевтические отделения.

Выводы. Результаты опроса показывают настоятельную необходимость дальнейшего повышения образовательного уровня врачей, занимающихся диагностикой и лечением такой распространенной бронхолегочной патологии как ВП. Формы образования могут быть весьма различными и ни в коей мере не должны ограничиваться регулярными циклами повышения квалификации (раз в 5 лет), которые обязательно должны проводиться с отрывом от основной работы. Большое значение имеет участие в работе «круглых столов», телемостов, научно-практических конференций городского и республиканского уровня, а также ознакомление с периодическими медицинскими изданиями.

305. ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕАЛИИ

Хамитов Р.Ф.¹, Кудрявцева Э.З.², Ванькова Е.И.³

¹Казанский государственный медицинский университет, ²Пульмонологический центр г.Казани, ³МУЗ «17 поликлиника» г.Казани

Актуальность. В Европе признаки клинически значимой ХОБЛ отмечают от 4 до 10% взрослого населения, а в мире около 600 миллионов человек. Болезнь чаще встречается у мужчин, хотя смертность от ХОБЛ в промышленно развитых странах увеличивается среди женщин, в первую очередь, за счет распространения табакокурения. ВОЗ прогнозирует, что к 2030 году смертность от ХОБЛ в мире удвоится. Это определило актуальность настоящего исследования.

Цель - изучение клинико-anamnestических особенностей и лечения пациентов с ХОБЛ в реальных условиях промышленного города.

Материал и методы. В исследование вошли 29 больных, наблюдавшихся в течение года в Пульмонологическом центре Казани: 24 мужчин и 5 женщин, средний возраст 65,4 лет.

Результаты. Длительность ХОБЛ к моменту исследования составила в среднем 8,2 года. В 27% имела место II ст., в 59% - III ст., 14% - IV ст. заболевания. В 21% случаев диагностировалась сопутствующая бронхиальная астма (БА). У 14% больных наследственность была отягощена по хроническому бронхиту, у 2 - по БА. 34% пациентов на протяжении 15 лет имели профессиональные вредности, но лишь у 1 был диагностирован хронический профессиональный бронхит. Большинство исследуемых курили (69%). Интенсивность курения составила 38,7 пачек/лет. 66% имели более трех обострений за последний год. В лечении обострений ХОБЛ 79% пациентов обычно использовали антибиотики (в 38% это были бета-лактамы, в 24% - макролиды и 10% - фторхинолоны II генерации). В 97% случаев обострений применялись ингаляционные короткодействующие бронхолитики, в 28% - ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС). 48% больных в период обострения пользовались преднизолоном per os, 93% - муколитиками и отхаркивающими средствами. Регулярная терапия при стабильном течении ХОБЛ применялась у 93% пациентов: в большинстве случаев бронхолитиком выбора был комбинированный короткодействующий препарат фенотерол+ипратропий (Беродуал®) (79%), в 14% - пролонгированный ингаляционный антихолинэргик тиотропий (Спирива®), в 7% - формотерол, в 63% применялись ингаляционные глюкокортикоиды.

Выводы. Проведенный анализ показал большую частоту и позднюю диагностику III и IV ст. ХОБЛ. Несмотря на это, большинство пациентов продолжали интенсивно курить, недостаточно использовали при обострениях преднизолон и, по всей видимости, неадекватно - фторхинолоны II. При стабильном течении ХОБЛ имела место очевидная недостаточность применения тиотропия (Спиривы®). Одновременно отмечался избыточный прием муколитиков и отхаркивающих. Полученные результаты должны помочь в адресной перестройке лечебного комплекса пациентов с более широким применением пролонгированных бронхолитиков при стабильном течении заболевания. При этом с учетом распространенности ХОБЛ в старших возрастных группах большее предпочтение следует отдавать пролонгированным ингаляционным антихолинэргикам (единственный в РФ - Спирива®). В соответствии с полученными данными большее значение на практике необходимо придавать пропаганде отказа от табакокурения и учету профессиональных вредностей.

306. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хамрабаева Ф.И., Атабаева С.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан