

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

принимали стандартную терапию: антибактериальные препараты, муколитики, глюкокортикостероиды, бронходилататоры. При статистической обработке данных использовали простую статистику, *t*-критерий Стьюдента. Различия между параметрами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В группе больных, принимавших тиотропий, отмечено достоверное увеличение спирометрических показателей (ОФВ₁, ФЖЕЛ) во все временные точки, во все дни исследования по сравнению с контрольной ($p < 0,001$) Улучшение показателей функций внешнего дыхания наблюдалось через 30 минут после ингаляции 1 дозы препарата. Различия наименьшего ОФВ₁ между группами тиотропия и контроля составило в среднем 0,17 л; различия между двумя группами по наименьшему ФЖЕЛ составило в среднем 0,31 л ($p < 0,001$). Пиковые значения ОФВ₁, ФЖЕЛ в группе тиотропия были выше во все дни проводимых исследований. При оценке одышки, по записям в дневниках пациентов, в группе тиотропия отмечается достаточно быстрая динамика: переход от «очень тяжелая» и «тяжелая» на «среднетяжелую» отмечен на 5-й день приема препарата; на 7 и 14 день в группе больных с тяжелой стадией ХОБЛ появляются записи об одышке «только при подъеме на 2 лестничных пролета, медленная ходьба не вызывает дискомфорта». У пациентов с среднетяжелой стадией ХОБЛ обычная ходьба не вызывала одышки. Все пациенты группы тиотропия отмечают заметное увеличение продолжительности физической нагрузки; время достижения предельной одышки, из-за которой пришлось бы прекратить нагрузку, было больше, чем в группе контроля. За период наблюдения показатели ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ₁ оставались на уровне достигнутых значений при выписке из стационара. В группе контроля ежегодно отмечалось снижение основных показателей спирографии на 2,7-4,1% от исходных данных.

Выводы. Лечение тиотропием бромида больных ХОБЛ приводит к достоверно более быстрому улучшению клинического течения, то есть одышки и выделения мокроты, переносимости физических нагрузок по сравнению с группой контроля. Данные спирографии, за период наблюдения, убедительно показывают устойчивое увеличение наименьшего ОФВ₁, увеличение ЖЕЛ обратно связано со снижением остаточного объема, что обусловлено более полным освобождением легких от воздуха. То прием тиотропия бромида достоверно улучшает качество жизни пациентов с ХОБЛ.

ДЕТАЛИЗАЦИЯ ЖАЛОБ БОЛЬНЫХ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Аканова К.К., Бегимбетова Р.С., Мышкина И.Н.
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан

Особенностью ХОБЛ является нередко запоздалая диагностика не только ее ранних стадий, но и развернутые клинические картины, что требуют детализации жалоб больных для своевременного обращения к врачу (Чучалин А.Г., 2007-2009).

В начальном периоде болезни, когда больные обращаются к врачу по поводу кашля с мокротой и повышения температуры тела все это нередко расценивается как простудное заболевание, чаще всего как острый бронхит. Однако, в последующем, если рассматривать «кашлевой анамнез» то он колеблется от 10 до 20 лет, что наиболее часто связано или с респираторной инфекцией или с изменением погоды включая и теплое время года. В этом случае, у больных усиливается кашель и отхождение мокроты слизистого или слизисто-гнояного характера. К кашлю присоединяется одышка при физической нагрузке, что является более частой причиной обращению к врачу, чем длительный кашель или же его периодическое усиление.

Характер одышки при ХОБЛ у 70 % больных в начале был при подъеме по лестнице на четвертый этаж (если это бывает необходимо). Затем она появляется при обычной нагрузке у 17% больных. Характер кашля при присоединения одышки чаще беспокоят не только по утрам но и в течение дня, а затем и к вечеру. У 80,6% больных были ощущения «дискомфорт при дыхании», но более детальное описание больные дать не могли. Возможно, это чувство возникает из-за изометрического сокращения межреберных мышц (Кокосов А.Н., 2000).

Отхождение мокроты может быть различным: наиболее часто отходит мокрота после 2-х и 4-х кашлевых напряжений, а затем по мере удлинения периода кашля необходимо бывает сделать до 6-ти кашлевых напряжений, что начинает фиксироваться самим больным и его окружением. В этот период 45 % наблюдаемых больных обратились к врачу из-за этих симптомов, но не предполагая что у него уже развилось хроническое заболевание. Чаще всего эти лица были курильщиками со стажем более 10-ти лет.

По мере учащения эпизодов усиления кашля различного характера с сопровождением отделения мокроты отмечаются уже эпизоды круглосуточного кашля, но еще непостоянный круглосуточный кашель, а только в периоды ухудшения состояния, которые могут быть достаточно продолжительными. Своевременное расценивания всех вариантов продолжительного кашля как возможность прояв-