

*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