

симптомы. Различить их, построить перечень доказательств принадлежности их к определенной нозологической форме возможно при системном подходе, соблюдая определенный алгоритм действий при использовании диагностических технологий: рентгенография, томография, РКТ, соответствующая технология биопсии. Поэтому уже при первичном обследовании больного с подобным синдромом необходимо решать дифференциально-диагностическую задачу, определяя достаточность использованных средств и методов. Только такой подход позволяет сократить время уточнительной диагностики, сократить количество ошибок. В ряде случаев при данном синдроме показания для эндоскопического биоптического исследования возникают в течение первого месяца лечения заболевания. В этой ситуации обычно решается вопрос: затяжное течение пневмонии, туберкулез, рак? При бронхоскопии в этой ситуации, кроме биопсии стенки бронха, трансбронхиальной биопсии перифбронхиального узла, возможны и такие исследования, как посев материала (секрет, лаважная жидкость) для определения патогенной флоры. Практика показывает, что диагностические ошибки происходят именно потому, что диагностика строится не на основе достоверных сведений, полученных при лучевом и эндоскопическом исследовании, а на основе лишь оценки одних клинических данных о больном.

При синдроме одиночной крупной тени в легком сложился определенный стереотип у большинства пульмонологов, заключающийся в том, что больных следует направлять в хирургическое пульмонологическое отделение для дифференциальной диагностики следующих заболеваний: периферический рак, туберкулема, заполненная киста. В любом случае неясный диагноз уточняется с помощью трансторакальной игловой биопсии или трансбронхиальной биопсии в зависимости от локализации образования. При неисключенному и неустановленном раке ставится показания к оперативному лечению.

При диффузных легочных поражениях наибольшие трудности возникают при милиароподобных диссеминациях и диффузных интерстициальных изменениях. Ряд патологий, включая некоторые пневмокониозы, могут сопровождаться аденоидиатией. Из 150 ДПЛ наиболее частыми в практике уральской зоны являются: вирусно-бактериальная пневмония, туберкулез, саркоидоз, метастатический рак легких, пневмокониозы и альвеолиты. Значительно реже диагностируются гистиоцитоз-Х, гемосидероз, протеиноз, пульмонолитиаз, лимфоангиоматоз и другие заболевания.

Диагностический алгоритм при ДПЛ строится для шести наиболее частых заболеваний с учетом клинической и рентгенологической картин. Оцениваются характер и локализация диссеминации, наличие и характеристика гиперплазированных внутрирудных лимфоузлов, динамика процесса, а также характер клинического течения заболевания (острый, подострый, хронический).

Диагноз вирусно-бактериальной пневмонии обычно не вызывает трудностей, т.к. она возникает на фоне респираторно-вирусного заболевания и отличается динамичностью процесса. Наибольшие трудности в диагностике представляет милиарный туберкулез, изменения на рентгенограммах при котором возможно зафиксировать лишь через 4-12 недель от начала клинических проявлений заболевания. Поэтому при наличии лихорадки неустановленной этиологии каждый раз нельзя исключать возможность туберкулеза при нормальной рентгенограмме в течение указанного срока. Напротив, милиароподобные диссеминации при гистиоцитозе-Х, гемосидерозе, пульмонолитиазе, лимфоангиоматозе не сопровождаются столь выраженной интоксикацией и длительной лихорадкой, хотя точный диагноз возможен лишь при гистологическом исследовании биопсированной ткани легкого.

Трудности дифференциальной диагностики туберкулеза и саркоидоза обычно встречаются, когда при саркоидозе отсутствует аденоидиатия, а диссеминация носит мелкоочаговый или смешанный характер. В этой ситуации используется весь диагностический комплекс, включая биопсию лимфоузлов и легкого. Методика биопсии при ДПЛ избирается в зависимости от клинико-рентгенологического варианта заболевания. Предпочтение отдается модифицированной плевро-медиастиноскопии, позволяющей взять биопсию плевры, легкого, внутрирудного лимфоузла под контролем зрения.

Плевральный синдром (накопление жидкости в одной или обеих плевральных полостях) встречается при 50 заболеваниях. В пульмонологических диагностических отделениях на долю

туберкулезного плеврита приходится не более 50% случаев. Остальные распределяются так: пневмония, осложненная выпотом, - 20%, раковые плевриты - 15%, прочие заболевания - 15%. Таким образом, алгоритм диагностики строится, прежде всего, к трем основным заболеваниям и предполагает использование биопсии в первый месяц болезни при неустановленной ее причине. Такой подход практически исключает применение терапии *ex juvantibus* в начале заболевания, что часто практикуется для диагностики туберкулеза.

Синдром сверхпрозрачного легкого наблюдается при эмфиземе легких, бронхите, бронхиальной астме, легочной атрофии, других заболеваниях. При этом рентгеноморфологические и рентгенофункциональные симптомы в выявлении и диагностике характера процесса играют важнейшую роль. Сопоставление этих данных с клинико-функциональными исследованиями является обязательным этапом общей оценки ситуации.

При синдроме расширения срединной тени, включающем патология переднего, центрального и заднего отделов средостения, по-прежнему сохраняется принцип деления на зоны. Технология обследования усовершенствована за счет использования УЗИ, КТ радиоизотопного исследования и методов биопсии. При исследовании переднего средостения, где локализуются опухоли и кисты щитовидной железы, вилочковой железы, тератодерматоидные образования, липомы и кисты перикарда, стало возможным применять УЗИ и РКТ. Эти методы позволяют отличить жидкостные (т.е. кисты) образования от мягкотканых (опухоли). Парастернальная технология биопсии также значительно упростила решение задачи верификации диагноза и выполнения оперативного пособия, если это необходимо и возможно.

Центральное средостение, где преимущественно локализуется патология лимфатического аппарата (туберкулезный и силикотуберкулезный лимфаденит, саркоидоз, лимфогрануломатоз, другие лимфомы), по-прежнему исследуется с помощью томографии и РКТ, а биопсия возможна двумя путями: 1) через бронхоскоп и 2) при медиастиноскопии.

Исследование заднего средостения (аорта, пищевод, невральные опухоли) проводится с использованием классического контрастирования пищевода и дополняется РКТ, что особенно важно при патологии аорты и неврогенных опухолях. Из эндоскопических исследований в ряде случаев, особенно при патологии пищевода, показана эзофагоскопия.

Таким образом, на примере вышеупомянутых легочных синдромов нам представляется возможным убедиться в том, что в современных условиях при наличии новых лучевых и усовершенствованных эндоскопических методов исследования органов грудной клетки следует переходить к новой организации диагностического процесса при основных легочных патологиях. Этот принцип заложен в синдромном построении алгоритмов диагностических действий. Он позволяет сократить сроки обследования, уменьшить число ошибок, повысить достоверность диагноза, снизить до минимума использование терапии *ex juvantibus*. Внедрение нового принципа диагностики невозможно без взаимодействия большого круга врачей на периферии и в «центре», без обновления знаний и освоения новых технологий.

2

СОСТОЯНИЕ И ЗАДАЧИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Пещенко И.В.

Уральская государственная медицинская академия,
департамент здравоохранения
г. Екатеринбург

Население Свердловской области составляет более 4,6 млн. чел., из них более 900 тыс. детей. В состав Свердловской области входят 26 городов и 35 районов. Пульмонологическая служба области располагает коекным фондом на 1116 коек, из них 235 детских, и 35 пульмонологическими кабинетами, из них 15 детских. Обеспеченность пульмонологическими койками в Свердловской области и г. Екатеринбурге на 10 тыс. населения составляет 2,0 и 2,5 и врачами-пульмонологами - 0,2 и 0,4 соответственно. В области работает на занятых должностях 91 пульмонолог, из них - 57 в г. Екатеринбурге. Аттестационную категорию врачей-пульмонологов имеют в Свердловской области и г. Екатеринбурге соответственно 17,6 и 38,6%.

Основные показатели работы коечного фонда (пульмоно-логические койки) за 1995-1997 гг. представлены в табл. 1.

Из представленных в табл. 1 данных видно, что все статистические показатели работы коечного фонда в 1997 г. улучшились по сравнению с предыдущими годами.

В структуре заболеваемости болезнями органов дыхания занимают первое место. Общая заболеваемость по болезням органов дыхания в 1997 г. составила 21,3%, в том числе первичная 33,3%. Основные статистические показатели по болезням органов дыхания среди подростков и взрослого населения представлены в табл. 2, из которой следует, что за последние 5 лет в Свердловской области и г. Екатеринбурге отмечается снижение заболеваемости по болезням органов дыхания на 49,0 и 67,0, по пневмониям на 0,8 и 1,0, по хроническому бронхиту с эмфиземой (ХБ) на 4,3 и 3,6 на 1000 населения соответственно. За это же время увеличилась заболеваемость бронхиальной астмой (БА) в Свердловской области и г. Екатеринбурге на 1,2 и 2,2 на 1000 населения соответственно. Увеличение заболеваемости БА, прежде всего, объясняется улучшением качества диагностики этого заболевания. За последние 5 лет летальность по классу болезней органов дыхания в Свердловской области увеличилась на 0,3%, а в г. Екатеринбурге уменьшилась на эту же величину. Показатель смертности на 100 тыс. населения в Свердловской области и г. Екатеринбурге за 5 лет снизился в целом по классу болезней органов дыхания соответственно на 20,3 и 6,5, по ХБ на 17,1 и 7,1. Смертность от пневмоний и БА за последние 3 года в Свердловской области и г. Екатеринбурге уменьшилась. Заслуживает внимания тот факт, что по болезням органов дыхания летальность и смертность в Свердловской области выше, чем в г. Екатеринбурге, на 0,2% и на 20,0 на 100 тыс. населения соответственно. В то же время летальность по пневмониям и ХБ выше в г. Екатеринбурге, чем в городах и районах области, на 0,2 и на 0,7%. Показатель смертности по ХБ И БА в области превышает городской на 14,4 и 3,4 на 100 тыс. населения. В 1997 г. впервые за последние 4 года в Свердловской области уменьшилось количество больных БА, имеющих группу инвалидности. Только за последний год их количество сократилось на 468 чел. Изменяется качественный состав инвалидов по БА за счет уменьшения удельного веса лиц с первой и второй группами.

В 1997 г. совместно с сотрудниками территориального фонда обязательного страхования (ТФОМС) разработана областная программа: «Бронхиальная астма. Региональная программа», утвержденная в ДЗ и ТФОМСе. В соответствии с программой проведены эпидемиологические исследования по изучению распространенности БА в регионе, основанные на рекомендациях Европейского респираторного общества. Полученные результаты позволяют определить прямые и непрямые расходы, связанные с заболеванием, потребность в медицинских специалистах, рационально использовать коечный фонд круглосуточных и дневных стационаров. Установлено, что распространенность БА среди подростков и взрослых составляет 16,4%. Программа предусматривает развитие амбулаторной специализированной помощи, сокращение сроков лечения больных в стационарах, обучение медицинского персонала и больных. Совместно с экспертами ТФОМС разработан форму-

Таблица 1

Работа коечного фонда

Год	Работа койки		Оборот койки		Средний койко-день	
	территория		территория		территория	
	Свердловская область	Екатеринбург	Свердловская область	Екатеринбург	Свердловская область	Екатеринбург
1995	311,0	291,5	16,7	16,6	18,7	17,8
1996	318,0	311,2	17,1	18,0	18,6	17,4
1997	359,2	388,3	20,2	25,0	17,8	15,5

Таблица 2

Основные статистические показатели болезней органов дыхания

Классы болезней	Год	Заболеваемость		Летальность		Смертность на 100000 населения	
		Свердловская область	Екатеринбург	Свердловская область	Екатеринбург	Свердловская область	Екатеринбург
Болезни органов дыхания	1993	247,4	257,8	1,0	1,4	100,6	66,5
	1994	212,9	221,7	1,1	1,3	114,6	82,0
	1995	196,8	205,1	1,0	1,4	94,4	73,4
	1996	171,6	182,5	1,0	1,1	90,6	65,7
	1997	198,4	190,8	1,3	1,1	80,3	60,3
Пневмония	1993	4,7	4,4	1,9	2,6	23,9	25,8
	1994	4,9	4,5	2,0	2,4	30,3	30,0
	1995	4,4	3,9	2,2	2,7	30,7	33,3
	1996	3,9	3,3	2,1	2,3	28,3	29,6
	1997	3,9	3,4	1,8	2,0	22,5	26,2
Бронхит хронический эмфизема	1993	17,7	17,1	1,4	2,1	56,5	32,1
	1994	16,4	16,4	1,3	2,1	62,3	39,5
	1995	15,4	14,8	1,2	2,2	44,9	29,7
	1996	13,2	13,6	1,3	2,0	44,4	26,5
	1997	13,4	13,5	1,3	2,0	39,4	25,0
Бронхиальная астма	1993	3,3	3,4	0,5	0,3	8,3	4,2
	1994	3,5	3,8	0,5	0,4	10,2	4,8
	1995	3,5	3,9	0,4	0,4	9,2	4,9
	1996	3,6	4,1	0,4	0,3	8,9	5,5
	1997	4,5	5,6	0,3	0,2	8,7	5,3

ляя противоастматических лекарственных средств, которые входят в «Перечень лекарственных средств для обеспечения по бесплатным и льготным рецептам». Внедрение программы в практическое здравоохранение даст экономический эффект более 150 тыс. USD.

С целью повышения эффективности неотложной помощи больным БА в 1997 г. составлена и утверждена ГУЗ Екатеринбурга программа: «Бронхиальная астма. Неотложная помощь». Разработана новая технология оказания экстренной помощи больным с астматическими приступами. Внедрение программы в практику работы СМП в г. Екатеринбурге позволило в 1997 г. уменьшить экстренную госпитализацию больных на 20,4%. За это же время число астматических статусов и летальность при астматическом статусе сократились почти в 2 раза. В результате расходы на вызова СМП снизились более чем на 10 тыс. USD.

Для совершенствования диагностики и качества лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких проводится подготовка кадров по пульмонологии в Московском НИИ пульмонологии МЗ РФ, на кафедрах УГМА, на базе Екатеринбургского филиала НИИ пульмонологии (ГКБ № 33). В течение 1997 г. совместно с ДЗ и УГМА организованы и проведены две межобластные научно-практические конференции на темы: «Третья Российской школа по антибиотикам», «Жизнь с астмой», в которых приняли участие более полутора тысяч врачей. По заданию ДЗ создана обучающая компьютерная программа: «Пневмонии». Выпущены методические рекомендации для врачей на темы: «Пневмонии», 1996 г., «Бронхиальная астма. Современные аспекты диагностики и лечения», 1996., «Бронхиальная астма», 1997 г. Дополнена и переработана компьютерная программа для аттестации врачей по специальности: пульмонология. Только в течение 1997 и первого полугодия 1998 г. проведено более 30 городских и 10 выездных научно-практических конференций в городах и районах Свердловской области. Научные работники и пульмонологи практического здравоохранения принимают участие в работе и выступают с докладами в рамках Европейского респираторного общества, международных и Российских конгрессов и симпозиумов. В настоящее время выполняются одна докторская и 4 кандидатских диссертации по специальности: пульмонология. В 1997 г. опубликовано около 30 научных работ.

В 1998-1999 г.г., в соответствии с приказом МЗ РФ № 307 от 20.10.97 г., планируется ввести в действие штатные нормативы и нормы нагрузки врачей в пульмонологических отделениях и кабинетах; разработать положение о пульмонологических кабинетах ЦРБ и пульмонологических стационарах; подготовить к переизданию МЭСы с учетом этапности оказания больным лечебной помощи, в том числе неотложной. Необходимо также расширить сеть стационаров дневного пребывания и стационаров на дому для лиц с болезнями органов дыхания, сократить средний койко-день; продолжить научные исследования по изучению распространенности ХБ И БА в крупном промышленном регионе, фармакоэкономики болезней органов дыхания, применению новых высокоеффективных лекарственных препаратов для лечения неспецифических заболеваний бронхолегочной системы; совместно со средствами массовой информации продолжать активную работу по пропаганде здорового образа жизни, борьбе с курением и знаний по профилактике заболеваний органов дыхания.

3

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ

Кустова Н.И., Емельянова Л.А.,
Семянникова Н.М.

Уральская государственная медицинская академия, г.
Екатеринбург

Пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний, наносящих обществу большой экономический ущерб. Заболеваемость пневмониями остается постоянно высокой и не имеет тенденций к снижению. Несмотря на успехи в изучении патогенеза инфекционного процесса при пневмониях и ежегодно пополняемый арсенал антибактериальных средств, летальность от пневмоний на протяжении последних 10-15 лет также не обнаруживает тенденций к снижению [4, 15, 16].

В последние годы, благодаря активной работе отечественных и зарубежных исследователей в этой области внутренней медицины, произошли существенные изменения в классификации и номенклатуре пневмоний, углубилось понимание причин и механизмов их развития, что нашло отражение в тактике лечения больных. Термином «пневмония» сейчас обозначается группа различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых очаговых заболеваний легких инфекционно-воспалительной природы с обязательным наличием внутриальвеолярной воспалительной экссудации. В Международной классификации болезней, травм и причин смерти последнего, десятого, пересмотра (1992 г.) из числа пневмоний исключены очаговые воспалительные поражения легочной ткани неинфекционной природы, в частности, вызываемые физическими и химическими факторами, а также имеющие аллергическое или сосудистое происхождение. Пневмония как самостоятельное заболевание обособлена и от пневмонии как синдрома ряда инфекционных заболеваний, вызываемых выскоконтагиозными инфекционными агентами (чума, корь, грипп, брюшной тиф и др.).

Современная клиническая классификация пневмоний, согласно консенсусу 1995 г., предполагает выделение четырех основных групп: внебольничные пневмонии, госпитальные (нозокомиальные), пневмонии у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммунодепрессия) и атипичные пневмонии. От прежнего деления пневмоний на лobarную и очаговую в настоящее время отказались, однако и последняя, вышеприведенная классификация нуждается в уточнении, поскольку не соблюдается единый принцип разделения пневмоний на группы: если первые три группы сформированы по условиям возникновения, то последняя - по этиологическому фактору.

Принятая сейчас градация пневмоний по степени тяжести (легкая, среднетяжелая, тяжелая и крайне тяжелая), несомненно, прогрессивна, т. к., ориентирует врача на индивидуальный подбор средств комплексной терапии. Кстати, первые попытки такого подхода к больным пневмонией относятся еще к 70-м годам [11].

Весьма важным при постановке диагноза пневмонии является определение этиологии заболевания у каждого конкретного больного, поскольку именно от этого зависит выбор антибактериальных лекарственных средств этиотропного действия. Определенную ценность при этом, как показывает наш собственный опыт и данные других авторов [14, 16], имеет анализ клинико-рентгенологической картины, прежде всего в диагностике крупозной пневмонии, диагноз которой приравнивается к этиологическому диагнозу пневмококкового воспаления легких. Отличительные признаки крупозной пневмонии - это острое начало с ознобом и высокой температурой тела, болью в грудной клетке при вдохе, кашель с «ржавой» мокротой, цикличность течения с характерной динамикой объективных (бронхиальное дыхание, крепитация и др.) и рентгенологических данных (гомогенная инфильтрация доли или сегмента легкого, отчетливая плевральная реакция), гематологические изменения (высокий нейтрофильный лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево и токсической зернистостью нейтрофилов). Некоторым своеобразием отличаются в ряде случаев так называемые атипичные пневмонии (микоплазменная, легионеллезная и хламидийная) [6, 12], но ярких диагностических критериев они не имеют. Многочисленные исследования, проведенные в последнее время в разных странах, свидетельствуют о том, что между пневмониями, обусловленными стрептококком, стафилококком, гемофильной палочкой, легионеллой, микоплазмой, хламидией и аэробной грамотрицательной флорой, отсутствуют существенные клинические, рентгенологические и лабораторные различия.

Бактериологические и вирусологические исследования, проведенные у 166 больных пневмонией в нашей клинике, позволили установить этиологический фактор у 104 из них, т.е. в 62,6%, что соответствует данным других авторов [13, 18 и др.]. Среди бактериальных возбудителей превалировал пневмококк (в 52%), бактериальные ассоциации встречались довольно редко - в 4,8%. При постановке реакций торможения гемагглютинации и связывания комплемента с антигенами вирусов гриппа A1, A2, B, парагриппа, аденоовириуса, респираторно-синцитиального вируса, микоплазмы пневмонии диагностически значимый прирост титров противовирусных антител наиболее ча-