

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-

сто выявлялся к вирусам гриппа (в 52,5%) и парагриппа (в 35,6%), реже - к микоплазме (в 8,4%), аденоирусу (в 7,5%) и респираторно-синцитиальному вирусу (в 5,1%). Таким образом, у большинства обследованных больных может идти речь о вирусно-бактериальной природе пневмонии, хотя роль вирусов при этом остается недостаточно изученной.

Чрезвычайно важную роль в развитии пневмонии, характере ее течения, исходах болезни играет состояние иммунной системы. По нашим данным, у больных пневмонией в начальный период заболевания наблюдаются проявления вторично-го иммунодефицита, преимущественно клеточного его звена, а также естественной резистентности, наиболее резко выраженные при тяжелой и крайне тяжелой формах заболевания. Это, а также повсеместное возрастание устойчивости наибольее известных возбудителей бронхолегочных инфекций к антибиотикам и частоты аллергических реакций к ним [1, 2, 17], увеличение роли атипичных возбудителей в развитии пневмоний оправдывает поиск немедикаментозных средств, обладающих одновременно противовоспалительным, антимикробным и иммунокорригирующим действием и лишенных побочных эффектов. Одним из них является привлекшая наше внимание лазеротерапия. У 262 больных пневмонией проведено сравнительное изучение эффективности чрескожного применения в комплексном лечении низконтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в красном и инфракрасном диапазоне спектра, а также магнитолазерного воздействия. Показано, что использование одного из апробированных видов НИЛИ позволяет значительно ускорить разрешение воспалительного процесса при среднетяжелой и легкой пневмонии, а также снизить частоту затяжного течения пневмонии до 4,5%. Наиболее выраженный иммунокорригирующий эффект в группе больных с легкими пневмониями наблюдался под влиянием инфракрасного лазерного излучения, а со среднетяжелыми - при сочетании последнего с постоянным магнитным полем. При тяжелых пневмониях вид физиотерапевтического воздействия мало влиял на положительную динамику иммунологических показателей.

Учитывая современные данные о дозависимости ответных реакций биообъекта на лазерное излучение [3, 5, 7], мы сравнили также эффективность лазеротерапии с индивидуальным подбором доз по методике Р.И. Минца и соавт. с использованием рефрактометрии и по традиционному методу. Оказалось, что индивидуальный подбор доз НИЛИ сопровождается более выраженным стимулирующим его влиянием на фагоцитоз и поэтому предпочтительнее.

В нашей клинике на базе биофизической лаборатории областного центра лазерной хирургии (зав. - акад. АИИ РФ, проф. В.М. Лисиенко) выполнены приоритетные исследования по изучению текстурообразующих свойств сыворотки крови при пневмонии. Их изменения укладываются в биофизический синдром гиперструктурированности, описанный ранее В.М. Лисиенко и соавт. [8, 9]. Р.И. Минцем и С.А. Скопиновым [11] и характеризующийся появлением большого количества жидкых кристаллов разных типов. Структурно-оптические свойства сыворотки крови проявляются в определенной степени параллелизм с тяжестью патологического процесса и могут использоваться для контроля течения пневмонии в процессе лечения больных.

Таким образом, в изучении актуальных вопросов пневмоний в последние годы достигнуты несомненные успехи. Однако более точная их этиологическая расшифровка, в том числе уяснение истинной роли вирусов, создание более совершенной классификации, оптимизация лечения нуждаются в дальнейшей разработке, что открывает простор для будущих исследований.

Литература

1. Александян Л.А., Прохорович Е.А., Верткин А.П.//*Тер. арх.* 1997. №1. С. 60-61.
2. Белоусов Ю.Б., Омельяновский В.В./*Клиническая фармакология болезней органов дыхания*. -М., 1996. - Универсум Лабишине. - С. 147-166.
3. Илларионов В.Е. *Основы лазерной терапии*. М.: Респект, 1992. 123 с.
4. Ингарская Т.И., Горфинкель А.Н., Котихина Л.Н. //*Пульмонол.* 1997. №1. С. 25-26.
5. Козлов В.И., Буйлин В.А., Самойлов Н.Г., Макаров И.И. *Основы лазерной физио- и рефлексотерапии*. Самара-Киев.: Здоровье, 1993. 216 с.
6. Кустова Н.И., Семянникова Н.М.//*Доктор Лэндинг*. №6 (15) 1996. №1 (16) 1997. С. 42-45.
7. Лисиенко В.М. *Диагностическая и лечебная значимость определения индивидуальной чувствительности организма к лазерному облучению*//Школа-семинар «Лазерная техника и лазерная медицина», Тез. докл. Хабаровск, 1989. С. 156-157.
8. Лисиенко В.М., Минц Р.И., Скопинов С.А. *Альтерация биологических жидкостей при лазеротерапии у хирургических больных*: Междун. симпозиум по лазерной хирургии и медицине. Тез. докл. Самарканда, 1988. С. 529-530.
9. Лисиенко В.М., Шурыгина Е.П. *Синдромы структурной альтерации биологических жидкостей*: Депонированная рукопись. Екатеринбург. - 1992, № 132-892, УДК 616-003; 557.
10. Минц Р.И., Скопинов С.А. *Структурная альтерация биологических жидкостей и их моделей при информационном воздействии*. 1. Гелий-неоновый лазер: Действие электромагнитного излучения на биологические объекты и лазерная медицина. - Владивосток: ДВО АН СССР, 1989. С. 6-41.
11. Никулин К.Г.//*Тер. арх.* 1977. №1. С. 70-74.
12. Ноников В.Е., Макарова О.В., Кольцов И.Д. и др. //*Пульмонол.* 1997. №1. С. 46-49.
13. Сильвестров В.П., Федотов П.И. *Пневмония*. М.: Медицина, 1987. 248 с.
14. Синопальников А.И. *Рациональная антибиотикотерапия пневмоний*: Метод. реком. для врачей. М., 1997. 18 с.
15. Цинзерлинг В.А., Черемисина И.А. //*Пульмонол.* 1997. №1. С. 53-55.
16. Чучалин А.Г.//*Тер. арх.* 1995. №3. С. 3-7.
17. Norby S. //Scand. J. Infect. Dis. 1993. Vol. 83 (Suppl). P. 41-45.
18. Stenek J., Fabian E. //Vnitr. Zik. 1987. Vol. 33. № 11. P. 987-992.

4

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕРОЧНОГО ВОПРОСНИКА IUATLD И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Лещенко И.В., Лившиц А.А.

Уральская государственная медицинская академия,
Преображенская клиника,
г. Екатеринбург

До настоящего времени в России практически не проводились исследования по изучению распространенности симптомов бронхиальной астмы (БА), основанные на рекомендациях Европейского респираторного и Американского торакального обществ. Не изучена взаимосвязь симптомов БА с возрастом и полом. Во многих работах используются вопросы, которые гипо- или гипердиагностируют БА. При эпидемиологических исследованиях применяется определение «имеющейся астмы» [4]. Определение «имеющейся астмы», как наличие комплекса симптомов болезни в течение последнего года, ассоциированного с гиперреактивностью дыхательных путей, является наиболее полезным, поскольку позволяет выделить группу лиц с клинически значимой БА [1]. Согласно рекомендациям экспертов GINA для изучения распространенности БА целесообразно использование проверочного вопросника Международного сообщества против туберкулеза и легочных заболеваний (IUATLD), цит. по R. Burney et al., 1989 [4], с оценкой гиперреактивности бронхиального дерева. Достоверные сведения об эпидемиологии БА в регионе позволят определить потребность в медицинских специалистах, кочевом фонде круглогодичных и дневных стационаров, обоснованно планировать прямые и непрямые расходы [2, 3].

Цель исследования - оптимизация проверочного вопросника IUATLD и выявление клинически значимой БА в крупном промышленном регионе.

Методом случайной выборки, используя проверочный вопросник IUATLD (см. Приложение) [1, 3, 5], проведено анкетирование 1572 городских жителей (средний возраст $40,1 \pm 0,3$ года, женщин 837, мужчин 735). Опрос населения проводился в пяти промышленных районах гг. Екатеринбурга и Нижнего Тагила. Респонденты разделялись на 3 возрастные группы. 1-ю группу ($n = 488$, женщин 243, мужчин 245) составили лица в возрасте 15-34 года, 2-ю ($n = 724$, женщин 396, мужчин 328) - лица 35-49 лет и 3-ю ($n = 360$, женщин 198, мужчин 162) - лица в возрасте 50-64 года. В соответствии с рекомендациями Европейского Экономического Союза нами выделена 4-ая возрастная группа - 20-44 года ($n = 846$, женщин 449, мужчин 397) [6]. В каждой возрастной группе различий по возрасту у мужчин и женщин не было. Анализировали положительные ответы на вопросы анкеты во всей выборке и в каждой возрастной группе у мужчин и женщин.