

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

АСМОЛОВ А.К., БЕСЕДА Я.В.

Одесский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии г. Одесса

Целью данного исследования было изучение клинической и иммунологической эффективности применения иммуномодулятора Полиоксидоний в комплексной терапии при сочетании туберкулеза легких и бронхиальной астмы. В основе этиопатогенеза многих аллергических и аутоиммунных процессов лежит изменение соотношения Th_1/Th_2 клеток. На сегодняшний день нет препаратов воздействующих отдельно на Th_1 или Th_2 клетки. Поэтому показаниями к применению иммуномодуляторов при аллергических заболеваниях, могут быть наличие инфекционных осложнений или сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи, на базе Одесской областной клинической противотуберкулезной больницы с отделением для ИОВ, было проведено комплексное обследование и лечение 12 больных с сочетанием туберкулеза легких и бронхиальной астмы. Комплексное обследование включало сбор анамнеза, оценка объективного статуса больных, проведение общеклинических лабораторных исследований, рентгенологического исследования легких, исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Больные распределены на две группы — основная (группа 1) — 7 человек, получали на фоне применения противотуберкулезных препаратов, бронходилатационной терапии иммуномодулирующий препарат Полиоксидоний (ПО) (по 6 мг внутримышечно 2 раза в неделю, на курс 10 инъекций) и контрольная (группа 2) — 5 человек получавшая стандартную противотуберкулезную и бронходилатационную терапию. Клинические симптомы (наличие приступов удушья ночью или днем, сухих хрипов определяемых при аускультации и интенсивность данных клинических проявлений) оценивались интегрально по 3-х бальной системе: 1 бал — симптом незначительно выражен; 2 балла — симптом умеренно выра-

жен; 3 балла — симптом ярко выражен. Иммунологическое исследования клеток CD3+ проводилось с использованием моноклональных антител фирмы "Сорбент" методом непрямой иммунофлуоресценции и определялся уровень иммуноглобулинов (Ig) класса А сыворотки крови методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Изучение ФВД проводилось на аппарате "Spirosift 3000".

Полученные результаты. Клиническую эффективность иммунотерапии ПО проводили по наличию приступов удушья ночью и днем, наличия симптомов интоксикации, рассасывание инфильтративных изменений в легких, прекращению бактериовыделения. По данным объективного обследования и жалобам на приступы удушья, через 5 недель лечения достоверно улучшилось состояние больных получавших ПО. (Табл. 1).

В группе №1, получавших ПО, значительное рассасывание инфильтративных изменений в легочной ткани наблюдалось в 28,6% случаев, а частичное 71,4%; в контрольной группе 66,7% случаев отмечалось частичное рассасывание инфильтрации и в 33,3% отсутствовала положительная динамика патологических изменений в легких. Прекращение бактериовыделения отмечалось у 85,7% больных основной и у 66,7% больных контрольной групп. У больных основной и контрольной групп отмечалось достоверное снижение в сыворотке крови иммуноглобулинов группы А (Табл. 2) и повышение уровня CD3+ (Табл. 3), что можно охарактеризовать как положительный результат проводимой терапии.

Выводы. Результаты проведенного исследования с использованием иммуномодулирующего препарата Полиоксидоний, при сочетании туберкулеза легких и бронхиальной астмы, в основной группе, показывают улучшение клинических данных (уменьшение частоты приступов удушья), более раннее рассасывание ин-

Табл 1. Динамика жалоб и объективных данных

СИМПТОМЫ	До начала лечения		Через 5 недель лечения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Приступы удушья ночью	1,44±0,6	1,23±0,36	0,22±0,09*	0,75±0,39
Приступы удушья днем	1,96±0,2	1,96±0,93	0,22±0,08*	0,68±0,51
Сухие хрипы	1,37±0,47	1,19±0,26	0,15±0,07*	0,87±0,4

* — Отличия между группами до и после лечения достоверны ($p < 0,05$)

Таблиця 2. Динаміка рівня IgA в сировотці

Групи	До лікування	Після лікування
Група 1, основна	4,5 ± 0,36	2,0 ± 0,8*
Група 2, контрольна	4,8 ± 0,89	3,6 ± 0,67

* — Відміння між групами до і після лікування достовірні ($p < 0,05$)

фільтративних змінень в легких, припинення бактеріовиділення, поліпшення імунологічного статусу хворих по порівнянню з контрольною групою. На основанні отриманих даних можна рекомендувати застосування імуномодулятора Поліок-

Таблиця 3. Вміст CD3+ лімфоцитів при використанні в комплексному лікуванні препаратом Поліоксидоній

Групи	До лікування CD3±, %	Після лікування CD3±, %
Група 1, основна	13,0 ± 0,77	20,0 ± 0,72*
Група 2, контрольна	10,0 ± 0,83	11,5 ± 0,88

* — Відміння між групами до і після лікування достовірні ($p < 0,05$)

сидоній в комплексному лікуванні поєднаного туберкульозу легких і бронхіальної астми.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИПОФЛАВОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ С ДЛИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ ТАБАКОКУРЕНИЯ

АСМОЛОВ А.К., РИБАК Т.А

Одесский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии г. Одесса

Целью работы является обоснование целесообразности использования и оценки клинической эффективности применения липофлавонона в комплексном лечении больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) с длительным стажем табакотурения.

Под нашим наблюдением находилось 132 больных ХОЗЛ, которые были разделены на следующие группы: в 1 группу вошли 42 больных ХОЗЛ 3-й степени тяжести, никогда не курившие; во 2-ю группу — 46 больных ХОЗЛ 3-й степени тяжести, имеющие стаж курения более 10 лет; в 3-ю группу вошли 34 больных ХОЗЛ 3-й степени тяжести с более чем 10 летним стажем курения, в комплексное лечение которых включался липофлавонон по 2 флакона (в 1 флаконе содержится 15 мг. кверцетина и 550 мг. лецитина — стандарта) производства ЗАО "БИОЛЕК". Препарат назначался 1 раз в день внутривенно (в/в) струйно. Все больные были клинически, рентгенологически, спирографически, эндоскопически обследованы. Концентрация цитокинов IL-1β и IL-4 в сыворотке крови и культуральной среде культуры клеток эпителия бронхов определяли иммуноферментным методом с использованием наборов

ООО "Цитокины" (IL-1β, протеиновый контур TNF-α, IL-4). Оценка результатов осуществлялась

фотометрически. Материалы работы статистически обработаны.

Установлено, что одной из особенностей патогенеза ХОЗЛ 3-й степени тяжести является повышенный синтез цитокинов IL-1β, TNF-α, IL-4 в системном кровотоке и эндобронхиальном содержимом. Отмечается дисбаланс лейкоцитарной регуляции системы гемостаза, фибринолиза, проявляющийся снижением фибринолитической активности лейкоцитов и экспрессии рецепторов к тромбину. У больных со значительным стажем табакотурения установлено статистически значимое увеличение системного и эндобронхиального цитокинового потенциала. Включение в комплексное лечение изучаемой группы больных липофлавонона, выявило его модулирующее воздействие на пролиферативную, фибринолитическую и прокоагуляторную активность бронхиального эпителия, сопровождающееся снижением пролиферативной и прокоагуляторной активности на фоне повышения фибринолитической активности.

Таким образом, включение в комплексное лечение больных изучаемой группы липофлавонона является патогенетически обоснованным и рекомендуется для коррекции цитокинового потенциала при обострении тяжелых форм ХОЗЛ у лиц с длительным стажем табакотурения.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ, КАК МАРКЕР КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.Н. ВИЛЬЯНСКАЯ, В.В. РОДИОНОВА, ГЛИНЯНАЯ Л.А., ИЩЕНКО Н.П.,
РОВЕНСКАЯ Н.И.

Днепропетровская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии №1
и профпатологии

В Украине в настоящее время в неблагоприятных условиях труда работает 3 млн. человек, поэтому рост бронхолегочной патологии в структуре не только общей, но и профессиональной заболеваемости закономерен. Большинство больных выходит на инвалидность в трудоспособном возрасте, следовательно, наряду с лечением основных проявлений заболеваний - уменьшением бронхообструкции, одной из задач врача является проведение реабилитационных мероприятий. Цель работы: апробация методики расчета реабилитационного потенциала (РП) у больных с хроническими бронхообструктивными заболеваниями (пылевой бронхит, бронхиальной астмы) профессиональной этиологии для определения дальнейших комплексных мероприятий, направленных на повышение качества жизни и максимально возможного восстановления здоровья пациентов.

Проведено обследовано 79 больных с установленным диагнозом пылевого бронхита и БА. Все обследованные - мужчины, в возрасте $53,9 \pm 3,4$ года. Для оценки общего состояния пациентов учитывали данные анамнеза жизни, социальные факторы (курение, семейное положение, материальный доход, образовательный уровень, число малолетних детей и/или иждивенцев в семье), индекс массы тела, выраженность одышки по шкале MRC, кашля, суставного болевого синдрома, качество сна, показатели ЭКГ, спирографии, теста 6-минутной ходьбы (см. данные рисунка). Показатели оценивались в зависимости от возможности воздействия на них с помощью лечебных и реабили-

тационных мероприятий, рассчитывался индивидуальный показатель РП, отражающий общий уровень жизнеспособности пациента. Максимальное значение РП составляет 12 баллов, что означает потребность в постоянной поддерживающей терапии, минимальное - 0 баллов (в реабилитационных мероприятиях не нуждается). Результаты: у пациентов с начальными проявлениями заболевания РП составил $6,2 \pm 0,37$. При увеличении у пациентов легочной недостаточности (II ст.), благоприятный РП потенциал был определен в 29,7 случаев, что свидетельствует о высокой возможности их реабилитации, улучшении трудового прогноза, у остальных 68,3% больных показатель РП имел тенденцию к увеличению, следовательно проведение реабилитационных мероприятий ограничено. У 10,2 % пациентов этой группы показатель реабилитационного потенциала приближался к 12 ($11,7 \pm 0,34$), что свидетельствовало об их нуждаемости не в реабилитационных, а в постоянных лечебных мероприятиях, так, после лечения степень одышки у этих пациентов уменьшилась, однако показатель теста 6-ти мин. ходьбы практически не увеличился, что подтверждает мнение о снижении у них реабилитационных резервов. Выводы: определение тактики лечебно-реабилитационных мероприятий должно проводиться с учетом комплексной оценки состояния больного. Опираясь на определение показателя РП, можно говорить об определении дальнейшего трудового прогноза, что особенно актуально для пациентов с профессиональными заболеваниями бронхолегочного аппарата.

Анкета для определения реабилитационного потенциала

Учитываемые признаки	Показатель	Оценка
ИМТ (индекс массы тела)	$20 < \text{ИМТ} < 30$	1
	30–39	2
	> 40	3
Артериальное давление (мм рт. ст.)	$< 100/60$ или $> 140/90$	1
	До 160/100	2
	свыше 180/100	3
Выраженность одышки	Минимальная, не ограничивающая активность	1
	Выраженная, ограничивающая активность	2
	Резко ограничивающая активность	3

Учитываемые признаки	Показатель	Оценка
Кашель (эпизоды)	Только утром	1
	Редкие эпизоды (2–3) на протяжении дня	2
	Частые (больше 3 раз) на протяжении дня	3
Гипертрофия левого и/или правого желудочка	ЭКГ и/или ЭхоКГ	1
ЭКГ	Полная блокада ножки п.Гиса	–1
	Интервал QT>0,44	–1
Снижение ОФВ ₁ в % от должного	50–65	1
	35–49	2
	≤35	3
Курение, количество сигарет в сутки	Меньше 5	1
	От 5 до 10	2
	От 10 до 20	3
	Больше 20	4
Сахарный диабет	есть	1
Мышечно-суставный болевой синдром	подострый	1
	хронический	2
Тест 6-и минутной ходьбы	снижение на 15–25% (250–349) м	1
	снижение на 25–50 % (150–249) м	2
	снижение на 50 и более % (≤149) м	3
Семейный статус	одинокий/а	–1
Материальный достаток	Менее 500 гр.	–1
Число малолетних детей / иждивенцев в семье	2 и более	–1
Образовательный уровень	Незаконченное среднее образование	–1
Сон	Стойко нарушен	1

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ЕРЕМЕНКО Г.В.

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра пропедевтики внутренней медицины

Цель исследования — совершенствование тактики лечения и достижения контроля над симптомами бронхиальной астмы (БА) с учетом особенностей кислотно-основного состояния и функции почек. Нами было обследовано 101 больной БА средней степени тяжести. Возраст пациентов колебался от 20 до 58 лет. Мужчин — 58, женщин — 43. Продолжительность заболевания составила 6,7 лет. Частота обострений свыше 2-х раз в год отмечалась у 38 человек, чаще — у 63-х. Все больные принимали ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) в дозировке соответствующей степени тяжести. При выполнении работы использовались об-

щеклинические (общий анализ крови, мочи, мокроты, ЭКГ и рентгенография органов грудной клетки), дополнительные исследования функций внешнего дыхания (ФВД), кислотно-основное состояние (КОС), уровень электролитов, экскреция титруемых кислот, аммония и водородных ионов, клубочковая фильтрация (КФ).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась по программе "Statistica" с использованием параметрических критериев значимости различий, а также с помощью корреляционного анализа. Проведенные исследования установили нарушение парциальных функций почек, снижение КФ

($76,5 \pm 2,7$ мл/мин. $p < 0,05$), минутного диуреза (МД) $p < 0,05$, зниження $p\text{CO}_2$ до $48,3 \pm 1,2$ мм рт. ст. Нарушення КОС в виде ацидоза були виявлені у 72% больных с небольшим преобладанием респираторного ацидоза. Отмечена тенденция к нарастанию гипокалиемии, гипернатриемии по мере нарастания частоты приступов удушья у больных БА. КФ менее 80 мл/мин. была выявлена у 48% больных. Средние величины спирографических показателей ЖЕЛ, ОФВ₁ и ПСВ соответствовали: $72,3 \pm 10,2\%$ $p < 0,05$; $63,3 \pm 8,3\%$ $p < 0,05$; $70,5 \pm 7,3\%$ $p < 0,05$.

12-ти больным с нарушением КФ и респираторным ацидозом в комплекс терапии включали инфузионную терапию раствором "Сода-буфер" 4,2% фир-

мы Юрия-Фарм. Контроль за исследуемыми параметрами осуществляли сразу и через 60 минут после введения препарата. Выявлена корреляционная связь между КФ и $p\text{CO}_2$ ($r=0,49$ $p < 0,05$) и $p\text{O}_2$ и КФ ($r=0,52$ $p < 0,05$).

Таким образом, выявлена взаимосвязь между изменением функции почек и обострением БА. На наш взгляд, выраженные нарушения вентиляционной функции легких приводят к тому, что у больных с БА почки становятся "органом-мишенью". Снижение клубочковой фильтрации, по всей видимости, связано с нарушением метаболизма и гипоксией почечной ткани, что в последствии может приводить к нарушению функции почек и ухудшению прогноза течения БА.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІДІОПАТИЧНИЙ ФІБРОЗУЮЧИЙ АЛЬВЕОЛІТ З СУПУТНІМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

ЛЕЩЕНКО С.І., ПОЛІЩУК В.В.

ДУ "Інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"

Мета дослідження: поліпшення ефективності лікування хворих на ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт (ІФА) при супутньому бронхообструктивному синдромі.

Матеріали і методи: обстежено 105 хворих із ІФА, які знаходилися під диспансерним наглядом. Серед них жінок — 71 (67,6 %), чоловіків — 34 (32,4 %), віком від 18 до 68 років. Бронхообструктивний синдром різного генезу спостерігався у хворих на ІФА в 43,8 % випадків, серед них — у 2,9 % хворих в анамнезі виявлено наявність бронхіальної астми (БА), у 16,2 % хворих — хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), у 24,7 % хворих в процесі прогресування ІФА відмічалось приєднання вторинного бронхообструктивного синдрому. Використано методи обстеження: клінічний огляд, комп'ютерна томографія легень, лабораторне обстеження, дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД). ФЖЕЛ дорівнювала ($60,2 \pm 2,3$) % від належної величини, ОФВ₁ — ($61,1 \pm 2,1$) %, що свідчило про виразний рестриктивний характер порушень вентиляційної здатності легень. Порушення бронхіальної прохідності (зниження ФЖЕЛ, ОФВ₁) збільшувались на пізніх стадіях розвитку ІФА, переважно, при наявності "стільникової" легені, і було зв'язаним із залученням в патологічний процес периферичних дихальних шляхів, прогресуючим зменшенням розтяжності легеневої тканини, збільшенням мертвого простору за рахунок середніх

і крупних бронхів. Показаннями для призначення β_2 — агоністів короткої і тривалої дії та/або інгалаційних кортикостероїдів у хворих на ІФА було: наявність супутніх БА, ХОЗЛ, а також виникнення нападів задухи в стані спокою і при фізичному навантаженні, часткова зворотність ОФВ₁ при пробі з бронхолітиком. Хворим на ІФА на фоні базисної терапії кортикостероїдними препаратами при загостренні ХОЗЛ або БА призначались інгалаційні кортикостероїди (будесонід, фліксотид в дозі 500–1000 мкг на добу або комбіновані — серетид), бронхолітики як короткої дії (сальбутамол, беротек або комбіновані — комбівент, беродуал від 2 до 8 вдихів на добу), так і тривалої дії (серевент). Така терапія через 6 місяців лікування хворих на ІФА з супутнім бронхообструктивним синдромом приводила до суб'єктивного покращення дихання, сприяла зменшенню порушень бронхіальної прохідності: покращувала показники ФЗД (ФЖЕЛ з ($60,2 \pm 2,3$) % до ($67,1 \pm 2,5$) %, $p < 0,05$; ОФВ₁ від ($61,1 \pm 2,1$) до ($66,4 \pm 1,6$), $p < 0,05$).

Таким чином, формування бронхообструктивного синдрому у хворих на ІФА являється несприятливою прогностичною ознакою, включення в терапію хворих на ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт бронхолітиків (β_2 -агоністів короткої і тривалої дії) і інгалаційних кортикостероїдів сприяє покращенню показників ФЗД і зменшенню побічних ефектів базисної терапії системними кортикостероїдами.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРОИЗВОДСТВ

В.В. РОДИОНОВА, Е.Н. ВИЛЬЯНСКАЯ

Днепропетровская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии №1 и профпатологии

Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) ассоциируются с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), бронхиальной астмой (БА), эмфиземой легких (ЭЛ) или их комбинацией. В Украине ХОЗЛ формируются приблизительно у 4,5–24,6 % людей, работающих во вредных условиях труда. Особенно высокий уровень заболеваемости ХОЗЛ регистрируется у работников угольной, металлургической, химической промышленности, в сельском хозяйстве.

Поскольку иммунные реакции являются основополагающими в комплексе адаптивно-приспособительных механизмов, осуществляющих защиту организма в условиях действия вредных (экстремальных) факторов, по степени изменения иммунологических показателей можно судить о тяжести и характере течения патологического процесса, объективизировать иммунологическую реактивность организма больного, разработать тактику иммунореабилитационной терапии.

Цель исследования: изучить основные показатели иммунной системы у больных ХОЗЛ, рабочих угольных шахт и машиностроительных производств.

Клиническое обследование 162 больных ХОЗЛ I–III ст., было проведено в Центре профессиональных заболеваний г. Днепропетровска и включало расспрос жалоб и осмотр больных, обработку данных карты амбулаторного больного, клиническое обследование, изучение иммунограмм.

Ведущей жалобой больных был кашель и одышка. Бронхообструктивный синдром разной степени выраженности диагностирован у всех (100 %) больных, при этом у больных с ХОЗЛ I стадии затруднение дыхания и проявления обструкции были минимальны, у 47,2 % больных с ХОЗЛ II, III стадии отмечались приступы удушья, у 20 % ХОЗЛ был осложнен вторичной бронхиальной астмой.

При исследовании содержания лимфоцитов крови отмечена тенденция к снижению их уровня, а также уменьшению CD3-лимфоцитов до $60,7 \pm 1,8$ % (контроль $67,5 \pm 3,3$ %), снижению Т-хелперов (CD4) и увеличению Т-супрессоров (CD8). CD4-клетки составили $33,5 \pm 1,05$ %, а CD8 — $22,2 \pm 0,4$ % (контроль — $37,5 \pm$

$\pm 1,06$ % и $19,5 \pm 0,78$ %, соответственно). Содержание В-лимфоцитов (CD22) незначительно увеличено до $30,72 \pm 0,92$ %, (контроль $27,5 \pm 1,55$ %). У обследованных больных выявлено снижение Ig A, G, некоторое повышение Ig M. Фагоцитарная активность (ФА) у больных ХОЗЛ находилась на достаточном уровне. Наряду с этим поглотительная способность фагоцитирующих клеток снижена: фагоцитарное число (ФЧ) равно $4,9 \pm 0,09$ (контроль $8,0 \pm 0,34$ усл. ед., $r < 0,05$). Отмечено некоторое снижение ЦИК — $77,5 \pm 2,3$ (контроль $80,0 \pm 4,7$ усл. ед.).

Исследование уровня цитокинов — ИЛ-4 и ИЛ-5 у больных ХОЗЛ выявило значительное увеличение их содержания в сыворотке крови. У больных ХОЗЛ I ст. уровень ИЛ-4 составляет $618,5 \pm 18,5$ пкмоль/л, а ИЛ-5 — $1076,8 \pm 42,04$ пкмоль/л (контроль $436,5 \pm 34,9$ и $363,0 \pm 25,4$ пкмоль/л, соответственно, $r < 0,05$). У больных ХОЗЛ II–III стадии цитокиновый профиль изменен более значительно: уровень ИЛ-4 — $821,0 \pm 32,8$, а ИЛ-5 — $1076,7 \pm 43,0$ пкмоль/л ($r < 0,05$). Приведенные данные позволяют говорить об ослаблении медиаторных функций ИЛ-4 и ИЛ-5. Повышенный уровень ИЛ-5 может свидетельствовать о формировании бронхиальной гиперреактивности. Уровень ИЛ-8 у больных ХОЗЛ I ст. составил $27,86 \pm 6,52$, у больных ХОЗЛ II–III ст. — $24,09 \pm 8,98$ АУ/мл, что свидетельствует об истощении иммунной системы и более глубоких метаболических нарушениях в бронхолегочном аппарате.

Таким образом, исследование иммунной системы у шахтеров, больных ХОЗЛ, показало, что наряду с дезорганизацией внутриклеточного гомеостаза в клетках крови, имеет место развитие вторичной иммунной недостаточности, формирование аутоиммунного процесса у обследованных больных ХОЗЛ. Полученные данные указывают на повышенный риск прогрессирования заболевания. Больные, находящиеся в условиях воздействия вредных производственных факторов нуждаются в проведении иммуно-реабилитационных и медико-профилактических мероприятий, особом внимании при медицинских осмотрах в процессе диспансерного наблюдения.

СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ПРО ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В М. КИЄВІ ЗА ЗВІТОМ 2006 РОКУ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ МІСЬКОГО АЛЕРГОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

РОМАНЮК Л.І., ГРЕМ'ЯКОВ В.О., РУКОМЕДА О.В., НЕМИРОВСЬКА Н.В.,
РУБАН О.В., КУЗНЕЦОВА Л.В., ОСИПОВА Л.С.

Київський міський алергологічний центр

За даними статистики в світі бронхіальною астмою (БА) хворіє 7,5–8% населення, в Україні цей відсоток вдвічі нижчий. Такий розбіг показників в Україні свідчить про існуючу у нас гіподіагностику бронхіальної астми.

У консультативно-діагностичному відділенні Київського міського алергологічного центру прийнято 5434 пацієнтів з бронхіальною астмою, це на 3,68% більше, ніж у 2005 році (5241), з них первинних — 3563 особи, це практично однаково з 2005 роком (3573) й 1481 осіб повторних, це на 8,98% більше, ніж у 2005 році (1359).

У 2006 році пацієнтів, яким вперше встановлений діагноз БА було 416 осіб, це 11,76% від первинно проконсультованих пацієнтів з БА та на 34,62% більше, ніж у 2005 році. З проконсультованих пацієнтів з БА працездатного віку чоловіків було 714 і жінок — 1091.

Бронхіальна астма інтермітуюча: первинних пацієнтів — 222 особи, це на 4,71% більше, ніж у 2005 році, повторних — 84 особи, це на 13,51% більше, ніж 2005 році. Бронхіальна астма персистуюча легка: первинних — 1040 осіб, це на 24,25% більше, ніж у 2005 році, повторних — 459 осіб, це на 31,14% більше, ніж у 2005 році. Бронхіальна астма персистуюча середньої важкості: первинних — 1675 осіб, це на 5,79% менше, ніж у 2005 році, повторних — 712 осіб, це на 8,86% більше, ніж у 2005 році. Бронхіальна астма персистуюча тяжка: первинних — 600 осіб, це на 19,57% менше, ніж у 2005 році, повторних — 226 осіб, це на 19,57% менше ніж у 2005 році.

У 2006 році було прийнято 1588 пацієнтів з алергічним ринітом (пилковим), це на 4,96% більше ніж у 2005 році, з них первинних — 1179 осіб, це на 3,14% більше, ніж у 2005 році й 409 осіб повторних, це на 22,53% більше, ніж у 2005 році.

У 2006 році було прийнято 901 пацієнт з алергічним ринітом (побутовим), це на 44,16% більше, ніж у 2005 році, з них первинних — 693 особи, це на 41,42% більше, ніж у 2005 році й 208 осіб повторних, це на 54,07% більше, ніж у 2005 році.

Організація амбулаторно-поліклінічної алергологічної служби м.Києва дозволила збільшити кількість пацієнтів з вперше виявленою БА, покращити якість

лікування та ведення пацієнтів з цією патологією та зменшити кількість пацієнтів з БА персистуючою середньої тяжкості та тяжкою формами, що свідчить про своєчасне виявлення, лікування та ведення таких пацієнтів.

Також залишається високим відсотком інвалідизація у пацієнтів з БА працездатного віку.

Значна кількість пацієнтів з алергологічною патологією лікується у дільничних лікарів, ЛОР-лікарів та лікарів інших спеціальностей, особливо на початкових етапах проявлення таких захворювань, як алергічний риніт, бронхообструктивний синдром та хронічний бронхіт. Пацієнти з такими проявами становлять групу ризику на захворюваність з БА. Своєчасне направлення таких пацієнтів до лікарів амбулаторно-поліклінічної алергологічної служби та до консультативно-діагностичного відділення Київського міського алергологічного центру для детальної діагностики цих захворювань: дослідження функції зовнішнього дихання, проведення спіротестів з β_2 -агоністами короткої та тривалої дії, підбір підтримуючої терапії та специфічна алергодіагностика з пилковими, побутовими та епідермальними алергенами, дозволить своєчасно діагностувати та призначати адекватне лікування. Таких пацієнтів є сенс госпіталізувати в алергологічне відділення, де можна провести специфічну імунотерапію (СІТ) (пилковими та побутовими алергенами). Ефективність СІТ (пилковими та побутовими алергенами) складає до 80–85% і навіть у пацієнтів з БА інтермітуючою та персистуючою легкого перебігу спостерігаються гарні результати.

Все зазначене вище зумовлює необхідність направлення таких пацієнтів особливо з БА інтермітуючою та персистуючою легкого перебігу до лікарів-алергологів амбулаторно-поліклінічної служби м. Києва та обстеження не менше одного разу на квартал (при загостренні — частіше). А також не менше одного разу на рік (при загостренні — частіше) у консультативно-діагностичне відділення Київського міського алергологічного центру для корекції лікування, підбору підтримуючої терапії та проведення СІТ (пилковими та побутовими алергенами).

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ж.Д. СЕМИДОЦКАЯ, Т.В. БЕЗДЕТКО, Т.Ю. ХИМИЧ, Н.Я. КОТУЛЕВИЧ

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра пропедевтики внутренней медицины №2, Харьковской областной клинической центр урологии и нефрологии

Цель работы: изучение параметров функции внешнего дыхания (ФВД) у больных хроническим гломерулонефритом (ХГ) с хронической почечной недостаточностью (ХПН) различной степени тяжести и в процессе терапии хроническим гемодиализом.

Материалы и методы: Обследовано 32 больных ХГ в возрасте от 21 до 65 лет. Среди них — 5 человек (15,6%) были с достаточной функцией почек, 5 человек с ХПН I степени (15,6%), 5 человек с ХПН II ст. (15,6%), 5 человек с ХПН III ст. (15,6%) и 12 человек (37,6%) с терминальной ХПН, которые находятся на лечении пролонгированным диализом. Исследование ФВД проводилось на компьютерном спирографе Microlab Operating Manual 3300. Оценивались следующие показатели: ФЖЕЛ (FVC), ОФВ₁ (FEV₁), МОС₅₀ (F₅₀) и МОС₂₅ (F₂₅). При расчетах учитывалось отношение показателей ФВД у обследуемых больных к их индивидуальной норме. Значения, близкие к единице соответствуют индивидуальной норме, меньше 1 — ниже нормы, больше 1 — выше нормы.

Результаты: У больных ХГ с достаточной функцией почек вентиляционная функция легких была практически не нарушена. По мере развития ХПН выявлены следующие изменения показателей ФВД: при ХПН I степени отмечается снижение всех анализируемых показателей (FVC до 0,936, FEV₁ до 0,885, F50 до 0,830 и F₂₅ до 0,857 отн.ед.), что может свидетельствовать о реакции легочной ткани на качественно

новое состояние — метаболический ацидоз; при ХПН II ст. все анализируемые показатели увеличиваются до нормальных величин, что возможно указывает на адекватную компенсаторную реакцию легких на повышенное выведение ионов водорода; при ХПН III ст. и терминальной ХПН отмечалось снижение вентиляционной функции легких по рестриктивному типу (FVC — до 3,16 л (при норме 3,86 л), FEV₁ — до 2,72 (при норме 3,28 л), F₅₀ — до 3,51 л/с (при норме 4,53 л/с), F₂₅ — до 1,47 л/с (при норме 2,03 л/с). Данное снижение показателей может указывать на истощение компенсаторных механизмов.

После сеанса гемодиализа отмечается тенденция к повышению FVC и F₂₅ и F₅₀ (при этом уровень значимости менее 0,05). FVC после гемодиализа повысилась на 2,67%, F₂₅ — на 2,02%, а F₅₀ — на 8,71%. При повторном обследовании группы больных терминальной ХПН, находящихся на лечении гемодиализом отмечено некоторое снижение показателей FVC и F₂₅ и F₅₀. Прослеживается четкая тенденция к снижению показателей ФВД с увеличением длительности течения почечной недостаточности.

Выводы: При прогрессировании ХПН отмечается тенденция к снижению показателей ФВД по рестриктивному типу. Лечение пролонгированным гемодиализом несколько улучшает функциональное состояние органов дыхания. Однако по мере течения терминальной уремии прогрессируют функциональные нарушения дыхания.

ПРОФЕСІЙНА БРОНХІАЛЬНА АСТМА

ТКАЧИШИН В.С.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Україна, Київ
Кафедра гігієни праці та професійних захворювань

Серед великої кількості причин, що мають значення у створенні несприятливої епідеміологічної ситуації по бронхіальній астмі (БА) одне з провідних місць займають професійні шкідливі чинники вироб-

ництва. Професійні шкідливі чинники залишаються одними з основних, що створюють несприятливу епідеміологічну ситуацію і часто зумовлюють важкий перебіг БА.

Таблиця. Витяг з постанови Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р, № 1662
"Про затвердження переліку професійних захворювань", VI розділ

Найменування захворювання	Код згідно з МКХ-10	Небезпечні та шкідливі речовини і виробничі фактори; вплив яких може викликати професійне захворювання	Перелік робіт та виробництв, на яких можливе виникнення професійного захворювання
1. Алергічні захворювання згідно переліку, в тому числі і БА	J45	речовини та сполуки алергізуючої дії згідно з переліком речовин алергізуючої дії	Роботи, пов'язані з впливом алергенів у різних галузях промисловості (підприємства хімічної, хіміко-фармацевтичної, будівельної, деревообробної, текстильної, щетино-щіткової промисловості, металургії, машинобудування, хутові підприємства, медичні та аптечні заклади, лабораторії промислових підприємств, інститутів тощо, віварії, виробництво комбікормів, білковітамінінних концентратів тощо); роботи у сільському господарстві (птахофабрики, ферми, робота з пестицидами тощо), на транспорті, підприємствах побутового обслуговування (хімчистки, перукарні, пральні тощо)

На нараді експертів ВООЗ (Женева, 1980 рік) БА, яка розвивається в умовах виробництва в результаті впливу професійних факторів, було внесено до списку професійних захворювань. Слід зазначити, що тільки 26 із 64 країн, які є членами Міжнародної організації праці, визнають БА професійним захворюванням працюючих в умовах дії негативних виробничих факторів. В нашій державі на сучасному етапі відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р, № 1662 "Про затвердження переліку професійних захворювань" VI розділом виділено "Алергічні захворювання", в який входить і професійна бронхіальна астма (ПБА). Ці дані представлені у таблиці.

На сучасному етапі ПБА зустрічається в осіб, зайнятих більше ніж у 100 різних професіях. На щастя, на відміну від більшості інших професійних захворювань, ПБА відзначається лише в окремих осіб із великого числа контактуючих з професійними алергенами.

Вважається, що понад 130 алергенів виробничого середовища спричиняють розвиток ПБА як основного професійного захворювання. В цьому випадку в професійній патології вона розглядається як первинна. Крім того, ПБА може виникати на фоні вже встановленого іншого професійного захворювання органів дихання, яке викликається речовинами подразливої або фіброгенної дії. Клінічна картина основного захворювання при впливі таких речовин звичайно характеризується розвитком хронічного токсичного або пилового бронхіту, токсичного пневмосклерозу або пневмокніозу. Тому БА у хворих в подібних випадках варто розглядати як ускладнення основного професійного захворювання легень. Така БА в професійній патології розглядається як вторинна. Розподіл ПБА на первинну і вторинну — характерна особливість в класифікації цього захворювання і притаманна лише професійній патології.