

Н.А.Жук, Е.Е.Калинина, Л.Г.Цуканова, Н.Ф.Мудрик

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Противотуберкулезный диспансер № 17, Москва

CLINICAL ASPECTS OF OUTPATIENT REHABILITATION OF RESPIRATORY PATIENTS

N.A.Zhuk, E.E.Kalinina, L.G.Tsukanova, N.F.Mudrik

Summary

We examined 21093 patients with different bronchopulmonary pathologies to verify the diagnosis and perform treatment and rehabilitation in a specialized pulmonologic diagnostic and rehabilitation center. 17167 radiological and computed tomographic investigations, 5047 sputum examinations and 5597 lung function tests were performed. Ventilation disorders were revealed in 79.6% of the patients, they were severe in 33.2%. Results of the treatment and rehabilitation settings were analyzed in 2416 patients. Dyspnoe disappeared in 71.5%, cough stopped in 80.6%, sputum expectoration stopped in 78.2% of the patients. Lung function became normal in 64% and its disorders reduced to moderate in 30.2%. Among the patients who had received bronchodilators constantly before the rehabilitation 68.3% abolished them and 31.7% reduced the doses. A stable period lengthened up to 6–8 months in chronic bronchitis patients and to 3–4 months in bronchial asthma patients.

So, outpatient rehabilitation of ventilation disorders in a stable period facilitates respiratory function to become normal, reduces drug consumption and cost of the treatment, improves the quality of life.

Резюме

В созданном специализированном диагностическом, лечебно-реабилитационном пульмонологическом центре амбулаторно обследованы 21 093 пациента с различными видами бронхолегочной патологии в целях верификации диагноза и проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Проведено 17 167 рентгеномографических исследований, 5947 исследований мокроты, 5597 бронхоспирометрических исследований функции дыхания. Вентиляционные нарушения выявлены у 79,6%, значительные и резко выраженные имели место у 33,2%. Проанализированы результаты лечебно-реабилитационных мероприятий у 2417 пациентов. Одышка перестала определяться у 71,5%, кашель — у 80,6%, мокрота — у 78,2% больных. Вентиляционные нарушения нормализовались у 64%, а у 30,2% стали умеренными. Из числа постоянно получавших бронходилататоры до реабилитации 68,3% отказались от их приема, а 31,7% пациентов снизили дозы. Период ремиссии удлинился при ХОБ до 6–8 мес, при бронхиальной астме — до 3–4 мес.

Амбулаторная реабилитация функции дыхания в периоде ремиссии способствует восстановлению респираторной функции, снижает медикаментозную нагрузку и экономические затраты на лечение больного, улучшает качество жизни больного.

Медицинская реабилитация в своей основе имеет цель восстановление функции и морфологических структур, клеточно-тканевых образований органов и систем организма с помощью лечебно-оздоровительных воздействий. Одной из основных задач реабилитации легочного больного является преодоление острой и компенсация хронической дыхательной недостаточности. Комплекс методов, предназначенных для решения этой задачи, объединяется под общим названием "респираторная терапия" [4].

Максимальное использование лечебных физических факторов возможно в специализированных цент-

рах восстановительного лечения, санаторно-курортных учреждениях и домашних условиях [8].

Респираторная функция органов дыхания, доминирующая в сложной и многообразной иерархии метаболических процессов жизнедеятельности человека, весьма доступная для изучения и анализа, фактически редко исследуется при заболеваниях бронхолегочной системы и не входит в критерий оценки результатов проведенного лечения как во фтизиатрии, так и в пульмонологии. Между тем исчезновение рентгенологических признаков воспаления не может свидетельствовать о полном восстановлении морфологических

Новости от компании «ГлаксоСмитКляйн»

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕТСКОЙ АСТМЫ: МНОГОЦЕНТРОВОЕ РЕТРОСПЕКТИВНОЕ АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

А.Г.Чучалин (Москва), Т.Г.Голосова (Новокузнецк), Л.Е.Зиганишина (Казань), Ю.Ю.Зима (Волгоград), А.А.Лебеденко (Ростов-на-Дону), В.Р.Липина (Екатеринбург), Т.И.Мартыненко (Барнаул), Н.Г.Машукова (Иркутск), Л.М.Огородова (Томск), Ю.В.Пономарева (Волгоград), С.А.Рачина (Смоленск), И.В.Смоленов (Волгоград), Л.С.Страчунский (Смоленск)

Изучение существующих стереотипов лечения и мониторинга тяжести бронхиальной астмы у детей в разных регионах РФ явилось целью проведенного многоцентрового ретроспективного фармакоэпидемиологического исследования.

Предварительные результаты выявили как общие, так и региональные тенденции проводимой лекарственной терапии и определили участие врачей различных специальностей в наблюдении за больными бронхиальной астмой.

Исследование проводилось в 9 центрах, расположенных в различных регионах России, в каждом из которых было заполнено по 200 индивидуальных регистрационных карт больных бронхиальной

астмой (по 40 карт в 5 разных поликлиниках). Выбор поликлиник проводился централизованно, из предоставленного каждым центром перечня, на основании сгенерированной последовательности псевдослучайных чисел.

В исследование включались амбулаторные карты детей в возрасте от 1 до 16 лет с установленным диагнозом "бронхиальная астма", обратившихся за медицинской помощью по поводу астмы в 2000 г. и наблюдавшихся в поликлинике не менее 1 года, предшествовавшего последнему обращению. Все регистрационные карты доставлялись в Центральную лабораторию, где проводилась статистическая обработка полученных данных.

Предварительные результаты и их обсуждение

В 39,8% случаев диагноз "бронхиальная астма" впервые был поставлен аллергологом поликлиники (от 7,8 до 59% в различных регионах), в 29,7% — пульмонологом / аллергологом стационара (1–73,6%), в 16,1% — педиатром поликлиники (2–26%), в 8,7% — педиатром стационара (0,5–29%) и в 5,6% — врачом другой специальности. Причем доля участия в диагностике различных специалистов сильно варьировало в разных регионах, что характеризовало местные особенности организации оказания медицинской помощи детям с бронхиальной астмой.

Наряду с бронхиальной астмой у 55,1% детей ранее отмечались симптомы аллергического ринита, у 34,3% — атопического дерматита, у 22,4% — проявления пищевой аллергии, у 12,6% — аллергического конъюнктивита, у 12,4% — лекарственной аллергии, у 7,4% — крапивницы/отека Квинке.

Мониторинг пиковой скорости выдоха (ПСВ) в домашних условиях регулярно проводили лишь 22,5% детей в целом, причем распространенность применения пикфлоуметрии зависела от степени тяжести заболевания (37,6% среди детей с тяжелой астмой, 25,3% со среднетяжелой и 14,5% с легкой). Частота использования этого метода самоконтроля пациентов существенно варьировала в различных регионах РФ (от 1% в Казани до 45% в Екатеринбурге).

Исследование функции внешнего дыхания проводилось в течение последнего года у 49,4% детей (с легкой астмой у 40%, среднетяжелой у 51%, тяжелой у 73%). Достаточно велико число больных астмой, которым легочная функция ранее не оценивалась (38%).

При изучении существующих стереотипов лечения астмы установлено, что при легком течении астмы 69,7% детей назначался кромогликат натрия (как минимум в течение 1 мес), 15,9% — недокромил, 5,7% — комбинированные препараты (интал-плюс, дитек), 4,7% — ингаляционные кортикостероиды, 0,3% — антагонисты лейкотриенов.

Детям со среднетяжелой астмой наиболее часто назначали кромогликат натрия — 63,4%, беклометазона дипропионат — 28,3%, недокромил натрия — 21,2%, флутиказона пропионат — 13,9%, комбинированные препараты — 13,7%, будесонид — 2,9%, флунисолид — 2,4%, антагонисты лейкотриенов — 0,12%

При тяжелом течении заболевания предпочтению отдавалось ингаляционным кортикостероидам: беклометазон — 61,6%, флутиказон — 41,2%, будесонид — 12,7%, флунисолид — 9,4%. Достаточно широко применялись кромоны (кромогликат натрия — 32,2%, недокромил натрия — 18,8%, комбинированные препараты — 8,2%) и антагонисты лейкотриенов (2%).

У 29,4% детей с астмой в целом суммарная длительность противовоспалительной терапии не превышала 3 мес в году.

Необходимость лечения системными кортикостероидами в течение года возникала у 1,1% детей с легкой астмой, у 6,2% — со среднетяжелой и у 23,3% — с тяжелой. При этом не учитывались случаи назначения стероидов работниками скорой медицинской помощи.

В качестве "терапии усиления" наиболее часто использовали пролонгированные тео-

филлины (получали в течение года 22,2% детей) и сальметерол (7,3%). Подавляющее число больных (61,3%) использовали субтерапевтические дозы теофиллинов (менее 10 мг/кг/сут).

Выявлены значительные различия в стереотипах использования лекарственных средств врачами разных специальностей. Так, кромоны, пролонгированные теофиллины и беклометазон наиболее часто назначали аллергологи поликлиник; флутиказона пропионат, флунисолид, сальметерол, монтелюкаст — пульмонологи/аллергологи стационаров. Лишь 4,3% всех назначений долговременной терапии бронхиальной астмы были сделаны педиатрами поликлиник.

Таким образом, предварительный анализ стереотипов лечения и мониторинга детей с бронхиальной астмой выявил недостаточное участие педиатров поликлиник в постановке диагноза "бронхиальная астма" и назначении базисной терапии, чрезмерное расходование ресурсов здравоохранения при верификации диагноза в условиях стационара, нерациональное использование лекарственных средств (широкое применение кромонов при тяжелой астме, использование низких доз пролонгированных теофиллинов, "курсовой" принцип назначения базисной терапии, недостаточную длительность лечения).

Исследование выполнено при поддержке компании «ГлаксоСмитКляйн»



Контроль астмы,

дающий свободу

Серетид™ Мультидиск™

Сальметерол/флютиказона пропионат

Формы выпуска: Порошковый ингалятор "Мультидиск" в дозировках: 50 мкг сальметерола (в виде сальметерола ксинафата) и 100, 250 или 500 мкг флютиказона пропионата в одной дозе; 60 доз.

Показания: Базисная терапия заболеваний, сопровождающихся обратимой обструкцией дыхательных путей (включая бронхиальную астму у детей и взрослых), когда целесообразно назначение комбинированной терапии: бронходилататор и препарат из группы ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС): пациентам, получающим поддерживающую терапию агонистами β₂-адренорецепторов длительного действия и ингаляционными ГКС, пациентам, у которых на фоне терапии ингаляционными ГКС сохраняются симптомы заболевания, пациентам, регулярно использующим бронходилататоры короткого действия, которым показана терапия ингаляционными ГКС.

Дозировки и способ применения: Начальную дозу Серетид Мультидиска определяют на основании дозы флютиказона пропионата, которая рекомендуется для лечения заболевания данной степени тяжести. Затем начальную дозу препарата следует постепенно снижать до минимальной эффективной дозы.

Взрослые и подростки в возрасте 12 лет и старше: 1 ингаляция (50 мкг сальметерола и 100 мкг флютиказона пропионата) 2 раза в сутки, или 1 ингаляция (50 мкг сальметерола и 250 мкг флютиказона пропионата) 2 раза в сутки, или 1 ингаляция (50 мкг сальметерола и 500 мкг флютиказона пропионата) 2 раза в сутки.

Дети в возрасте 4 лет и старше: 1 ингаляция (50 мкг сальметерола и 100 мкг флютиказона пропионата) 2 раза в сутки. Данные о применении Серетид Мультидиска у детей младше 4 лет нет.

Противопоказания: Гиперчувствительность.

Предупреждения: Серетид Мультидиск предназначен для длительного лечения заболевания, а не для купирования приступов. Резко прекращать лечение Серетидом Мультидиском не рекомендуется. Следует соблюдать осторожность при лечении ингаляционными ГКС пациентов с активной или неактивной формами туберкулеза легких. Серетид Мультидиск необходимо применять с осторожностью у пациентов с тиреотоксикозом. Возможные системные эффекты включают снижение функции коры надпочечников, остеопороз, задержку роста у детей, катаракту, глаукому. Рекомендуется регулярно следить за динамикой роста детей, получающих ингаляционные ГКС в течение длительного времени.

Применение при беременности и лактации: Серетид Мультидиск можно назначать только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает любой возможный риск для плода или ребенка.

Побочные эффекты: Поскольку Серетид Мультидиск содержит сальметерол и флютиказона пропионат, его побочные эффекты характерны для каждого из этих препаратов. Одновременное их применение не вызывает дополнительных побочных эффектов. Редко возникают тремор, сердцебиение, головная боль, охриплость голоса и кандидоз полости рта и глотки, парадоксальный бронхоспазм.

- Препарат нового тысячелетия в терапии бронхиальной астмы
- Комплементарность действия компонентов обеспечивает контроль симптомов, воспаления и обострения в одном ингаляторе
- Удобство и простота приема
- Повышение приверженности терапии бронхиальной астмы
- Уникальная система доставки
- **Полный контроль бронхиальной астмы**

60 доз

СЕРЕТИД® МУЛЬТИДИСК®

Сальметерол/Флютиказона пропионат
Порошок для ингаляций

В одной дозе содержится 50 мкг сальметерола (в виде сальметерола ксинафата) и 100 мкг флютиказона пропионата



Для получения дополнительной информации обращайтесь в представительство GlaxoSmithKline по адресу: Россия, 117418 Москва, Новочеремушкинская ул., д. 61
Тел.: (095) 777 8900, факс: (095) 777 8901

 GlaxoSmithKline



К ст. Афанасовой Н.В., Дегтярева В.А., Каплан М.А., Павлова В.В., Шахтариной С.В., Борисовой Л.С.

Цветовая дешифровка черно-белых рентгенограмм органов грудной полости в норме

Рис.2. Рентгенограмма (цветовое аналоговое изображение, полученное на телеустановке УАР-2). В проекции верхушек, верхних и средних легочных полей — черный легочный фон; корни — желтые; верхушечная медиастинальная, костальная и диафрагмальная плева — фиолетовая.

К ст. Трубникова Г.В., Калиниченко Г.А., Шаропова В.В.

Хронический констриктивно-экссудативный перикардит у больного активным туберкулезом легкого, трудности диагностики

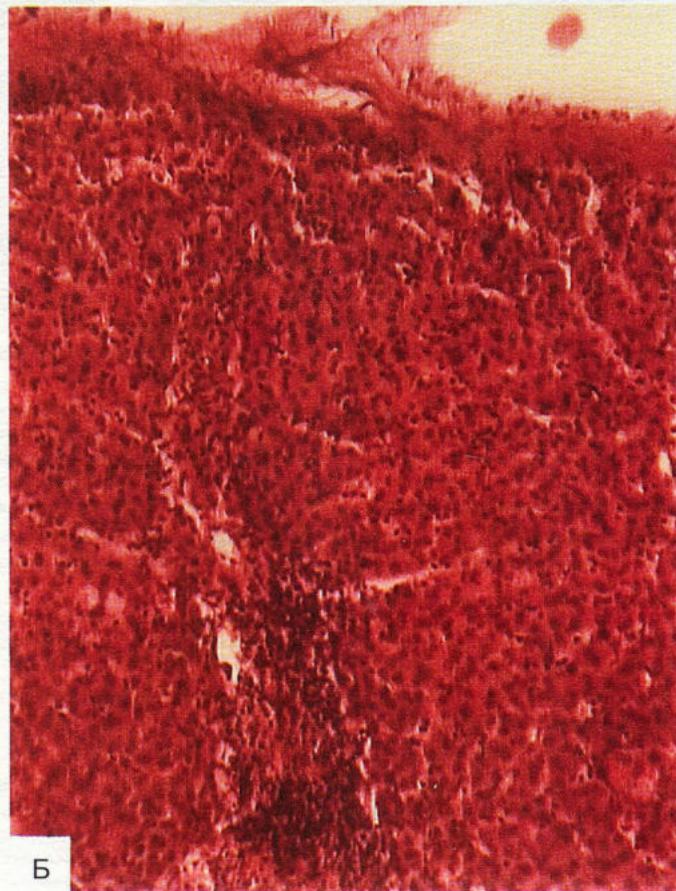
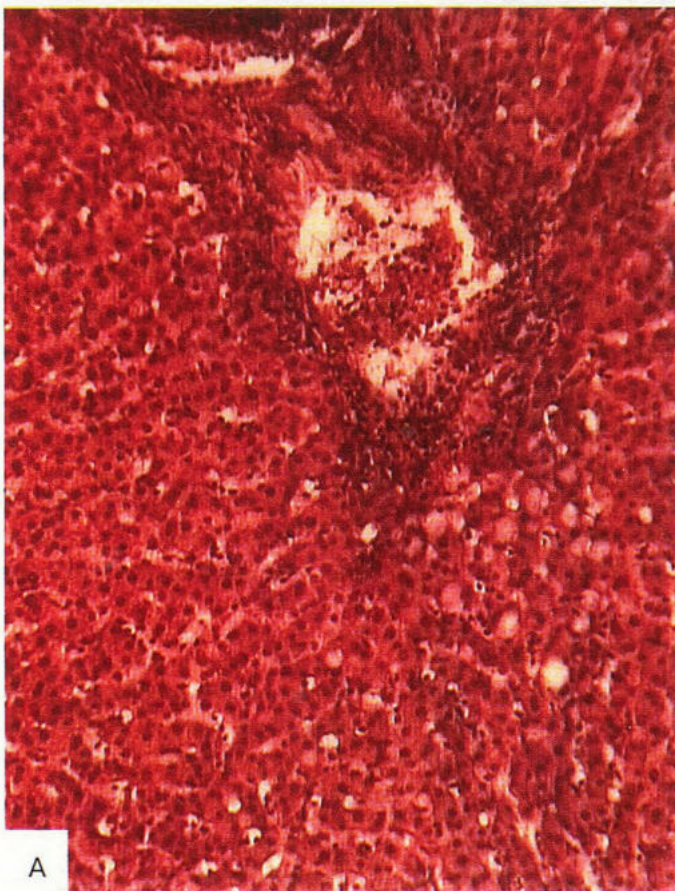


Рис.1. Гистологический срез эндоскопического биоптата печени. Окраска гематоксилином и эозином. x16.

А — порталный тракт. Структура печени сохранена, балочность не нарушена. Гепатоциты крупные, с центральным расположением ядра, умеренный ядерный полиморфизм, единичные крупные гиперхромные ядра, единичные митозы. Цитоплазма гепатоцитов пеннистая, пигмента нет. Очаговая перипортальная крупнокапельная жировая дистрофия. Выраженная лимфогистиоцитарная портоперипортальная инфильтрация, фиброз. В просвете вены лимфоцитарно-фибриновый тромб;

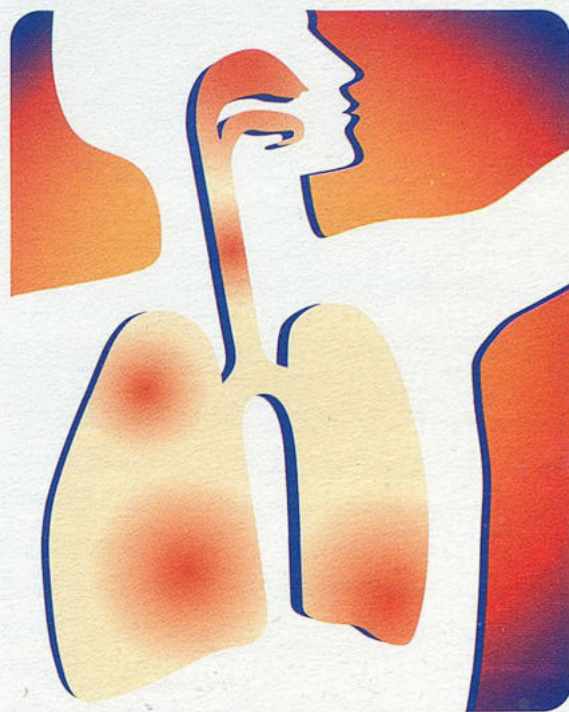
Б — край печени с глиссоновой капсулой. Структура сохранена, балочность не нарушена, гепатоциты крупные, ядра расположены центрально, умеренный полиморфизм, единичные крупные гиперхромные ядра, много двуядерных клеток. Цитоплазма гепатоцитов пеннистая, внутриклеточного пигмента нет. Отмечается умеренная лимфоидная инфильтрация по ходу глиссоновой капсулы, очаговый лимфоцитарный инфильтрат под капсулой, слабая диффузная лимфоидная инфильтрация мезенхимальная.

эреспал®

фенспирид

**Новое эффективное
противовоспалительное средство
для лечения заболеваний респираторного тракта**

- ✓ Патогенетическое воздействие на ключевые звенья воспалительного процесса независимо от этиологии
- ✓ Уменьшение отека слизистой оболочки и гиперсекреции мокроты
- ✓ Противодействие бронхokonстрикции
- ✓ Улучшение отхождения мокроты
- ✓ Воздействие на кашель
- ✓ Улучшение мукоцилиарного клиренса



2-3 таблетки в день

Форма выпуска и состав. В упаковке 30 таблеток, покрытых оболочкой. Таблетка содержит 80 мг гидрохлорида фенспирида. Сироп, содержащий 2 мг/мл фенспирида, во флаконе 150 мл сиропа. **Фармакокинетика.** Максимальная концентрация в плазме достигается через 6 ч после приема таблетки и в среднем через $2,3 \pm 2,5$ часа после приема сиропа; через 12 ч в плазме определяется 1/2 максимальной концентрации препарата; через 24 ч после применения также возможно количественное определение фенспирида в плазме. Выводится преимущественно с мочой. **Фармакодинамические свойства.** Эреспал противодействует бронхokonстрикции и оказывает противовоспалительное действие, что обусловлено различными свойствами препарата: антагонистической деятельностью на уровне H_1 -гистаминовых рецепторов и спазмолитическим папавериноподобным эффектом, уменьшением синтеза различных провоспалительных факторов (цитокинов (TNF α), производных арахидоновой кислоты и свободных радикалов), многие из которых обладают бронхосуживающей активностью. **Показания.** Лечение функциональных симптомов (кашель и мокрота), сопровождающих респираторные заболевания. Лечение Эреспалом не должно быть причиной задержки назначения антибиотиков. **Беременность и лактация.** По причине отсутствия данных о возможном тератогенном действии и проникновении фенспирида в молоко применение его не рекомендуется во время беременности и кормления грудью. **Побочные эффекты.** Возможны желудочно-кишечные расстройства, тошнота, боль в эпигастрии, сонливость. В редких случаях возникает умеренная тахикардия, которая исчезает при уменьшении дозировки. **Способ применения и дозы.** Взрослые: 1 таблетка 2 или 3 раза в день в зависимости от остроты заболевания. Дети: 4 мг/кг/сут — сироп, весом до 10 кг: 2-4 чайных ложки в день во время еды (можно добавить в бутылочку с питанием); больше 10 кг: 2-4 столовых ложки в день перед едой. **Срок хранения:** сироп — 3 года, таблетки — 2 года. **Передозировка.** Признаки: сонливость или беспокойство, тошнота, рвота, синусовая тахикардия. **Лечение:** промывание желудка. Необходим контроль ЭКГ.



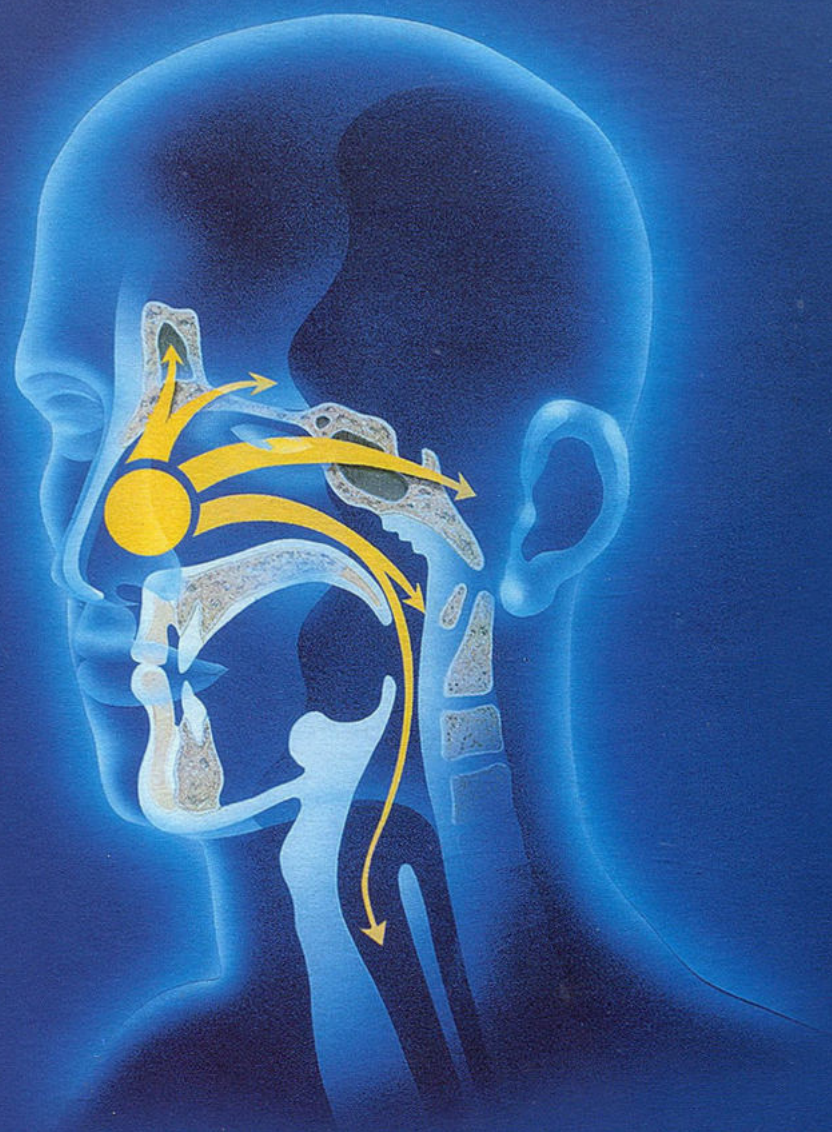
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА СЕРВЬЕ

Адрес: МОСКВА, 113054, Павелецкая пл., д.2, стр. 3.
Тел.: (095) 937-07-00 Факс: (095) 937-07-01



ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- ОТИТ
- ринит
- синусит
- ларингит и трахеит
- фарингит,
ринофарингит
- ТОНЗИЛЛИТ
- бронхит
- вазомоторный ринит
- предоперационная
подготовка
- послеоперационный
период



**SOLVAY
PHARMA**

121099, Москва, Новинский бульвар, 3 стр. 1
тел.: (095) 795-0956; факс: (095) 795-0959
<http://www.solvay-pharma.ru>
E-mail: moscow.office@solvay-pharma.ru

Никакой аллергии! Никаких запретов!

Для взрослых и детей
старше месяца



Супрастин®

гидрохлорид хлоропирамина

20 мг в 1 ампуле (1 мл)
25 мг в 1 таблетке

ПОМОЖЕТ ПРИ ЛЮБОЙ АЛЛЕРГИИ

- ✓ ургентная аллергология
- ✓ атопические дерматиты
- ✓ поллинозы
- ✓ профилактика аллергических осложнений при вакцинации и применении антибактериальных средств
- ✓ острые респираторные заболевания*
- ✓ аллергия на домашнюю пыль
- ✓ шерсть домашних животных
- ✓ укусы насекомых

*В.Ф. Учайкин. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) у детей (стандарты терапии). Детский доктор, 1999, №1.

Богатый врачебный опыт применения СУПРАСТИНА позволяет рассматривать его как жизненно необходимый препарат в перечне лекарственных средств, используемых для лечения больных любыми аллергическими заболеваниями.

СУПРАСТИН абсолютно незаменим при лечении острых аллергических состояний, требующих парентерального введения препарата. Очевидным преимуществом СУПРАСТИНА является существование двух лекарственных форм: таблеток и раствора для инъекций.

Седативное действие СУПРАСТИНА является необходимым для уменьшения изнурительного зуда при кожных аллергических реакциях, что способствует нормализации нарушенного сна.

Гущин И.С.,
член-корр. РАМН,
д.м.н., профессор

АО «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ЗАВОД ЭГИС» (Венгрия)
Генеральное представительство в России: 123376 Москва, ул. Красная Пресня, 1-7,
тел.: (095) 363-3966, факс: (095) 956-2229, <http://www.egis.ru>, E-mail: moscow@egis.ru
Региональные представительства:
Санкт-Петербург: (812) 444-1391, Ростов-на-Дону: (8632) 64-6850, Новосибирск: (3832) 16-6533



ФОРАДИЛ®

формотерол®

УВЕРЕННАЯ ПОБЕДА НАД БРОНХОСПАЗМОМ!

Исследования показали: эффект Форадилы проявляется через 1-3 минуты после применения, длится 12 часов.

ФОРАДИЛ® (FORADIL®)

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

Селективный бета2-адреномиметик.

Состав и форма выпуска

Формотерола фумарат.

Порошок для ингаляций в капсулах. 1 капсула - 12 мкг.

Показания

Профилактика и лечение бронхоспазма у больных с обратимым обструктивным заболеванием дыхательных путей, таким как бронхиальная астма. Профилактика бронхоспазма, вызванного вдыхаемыми аллергенами, холодным воздухом или физической нагрузкой.

Профилактика и лечение нарушений бронхиальной проходимости у больных с обратимыми или необратимыми хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ), в том числе хроническим бронхитом и эмфиземой.

Дозирование

Для взрослых доза препарата для регулярной поддерживающей терапии составляет 12-24 мкг (содержимое 1-2 капсул) 2 раза в день. При бронхиальной астме в случае необходимости дополнительно можно применить 12-24 мкг в день, но не чаще, чем два дня в неделю. С целью профилактики бронхоспазма, вызываемого физической нагрузкой или аллергенами, за 15 минут до предполагаемого контакта с аллергеном или до нагрузки следует ингалировать 12 мкг препарата. Детям в возрасте 5 лет и старше для регулярной поддерживающей терапии бронхиальной астмы назначают по 12 мкг два раза в день. В случае необходимости дополнительно можно применить 12-24 мкг в день, но не чаще, чем два дня в неделю. Для профилактики бронхоспазма, вызываемого физической нагрузкой или воздействием аллергена, следует ингалировать 12 мкг препарата за 15 минут до ожидаемого бронхоспазма.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к активному веществу или лактозе.

Предостережения

После начала терапии Форадилем больным бронхиальной астмой следует продолжать противоспалительную терапию, в частности, глюкокортикоидами, без изменения режима дозирования. Необходимо соблюдать осторожность у больных ишемической болезнью сердца, нарушениями сердечного ритма и проводимости, особенно при атриовентрикулярной блокаде III степени, тяжелой сердечной недостаточностью, идиопатическим подклапанным аортальным стенозом, гипертрофической обструктивной кардиомиопатией, тиреотоксикозом, при наличии или подозрении на удлинение интервала QT. У больных сахарным диабетом рекомендуется дополнительный контроль гликемии. Избегать применения в периоды беременности и кормления грудью.

Взаимодействия

Хинидин, дизопирамид, прокаинамид, фенотиазины, антигистаминные препараты, трициклические антидепрессанты, ингибиторы MAO, симпатомиметики, производные ксантина, стероиды, диуретики, препараты дигиталиса, бета-адреноблокаторы.

Побочные действия

Иногда: тремор, сердцебиение, головная боль. Редко: судороги в мышцах, миалгии, тахикардия, возбуждение, головокружение, нервозность, бессонница, усиление бронхоспазма, раздражение ротоглотки. В отдельных случаях: реакции гиперчувствительности, в том числе тяжелая артериальная гипотензия, ангионевротический отек.

Упаковка

30 капсул в упаковке в комплекте с Аэролайзером®.

МГНОВЕННЫЙ эффект при ДЛИТЕЛЬНОМ действии



NOVARTIS

Полную информацию о препарате можно получить в Новartis Фарма Сервисес Инк. по адресу: 103104 Москва, Большой Палашевский пер., д. 15; телефон 969-21-75.

Дитек®

Комбинированное профилактическое
и противовоспалительное средство



Дитек®

Содержит в одной дозированной ингаляции полную терапевтическую дозу противовоспалительного препарата динатрия хромогликата (1,00 мг) и сниженную дозу бронхолитического препарата фенотерола гидробромида (50 мкг)

Рациональное сочетание компонентов обеспечивает Дитеку расширенный терапевтический профиль, включающий:

- **Противовоспалительное действие**, являющееся основой плановой терапии бронхиальной астмы по мировым и российским рекомендациям 1992-1996 гг.
- **Профилактический эффект**, превосходящий действие каждого из компонентов в отдельности
- **Дополнительный бронхолитический эффект**, позволяющий купировать нетяжелый приступ без использования дополнительных аэрозолей
- **Высокую безопасность** длительной терапии, за счет минимального содержания бета-симпатомиметика
- **Удобство и экономичность** лечения, по сравнению с использованием двух отдельных аэрозолей

Состав: 1 доза аэрозоля содержит: фенотерола гидробромида – 0,05 мг, динатрия хромогликата – 1,00 мг

Показания: Для лечения и профилактики удушья при бронхиальной астме и других заболеваниях, сопровождающихся обратимым сужением дыхательных путей.

Противопоказания: Идиопатический субаортальный стеноз, тахикардия; повышенная чувствительность к фенотерола гидробромиду, динатрия хромогликату или неактивным составляющим препарата. Дитек не следует использовать у больных с анамnestическими указаниями на гиперчувствительность к лецитину сои или таким пищевым продуктам, как соевые бобы и земляной орех.

Форма выпуска: Дитек дозированный аэрозоль по 10 мл с мундштуком (200 доз аэрозоля).

Дополнительное указание: Пожалуйста, прочтите подробную информацию на листке-вкладыше к препарату.

Представительство "Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ"
117049, Москва, ул. Донская 29/9, стр 1
Тел. (095) 788 61 40, факс (095) 788 61 41

 **Boehringer
Ingelheim**




Aventis Pharma

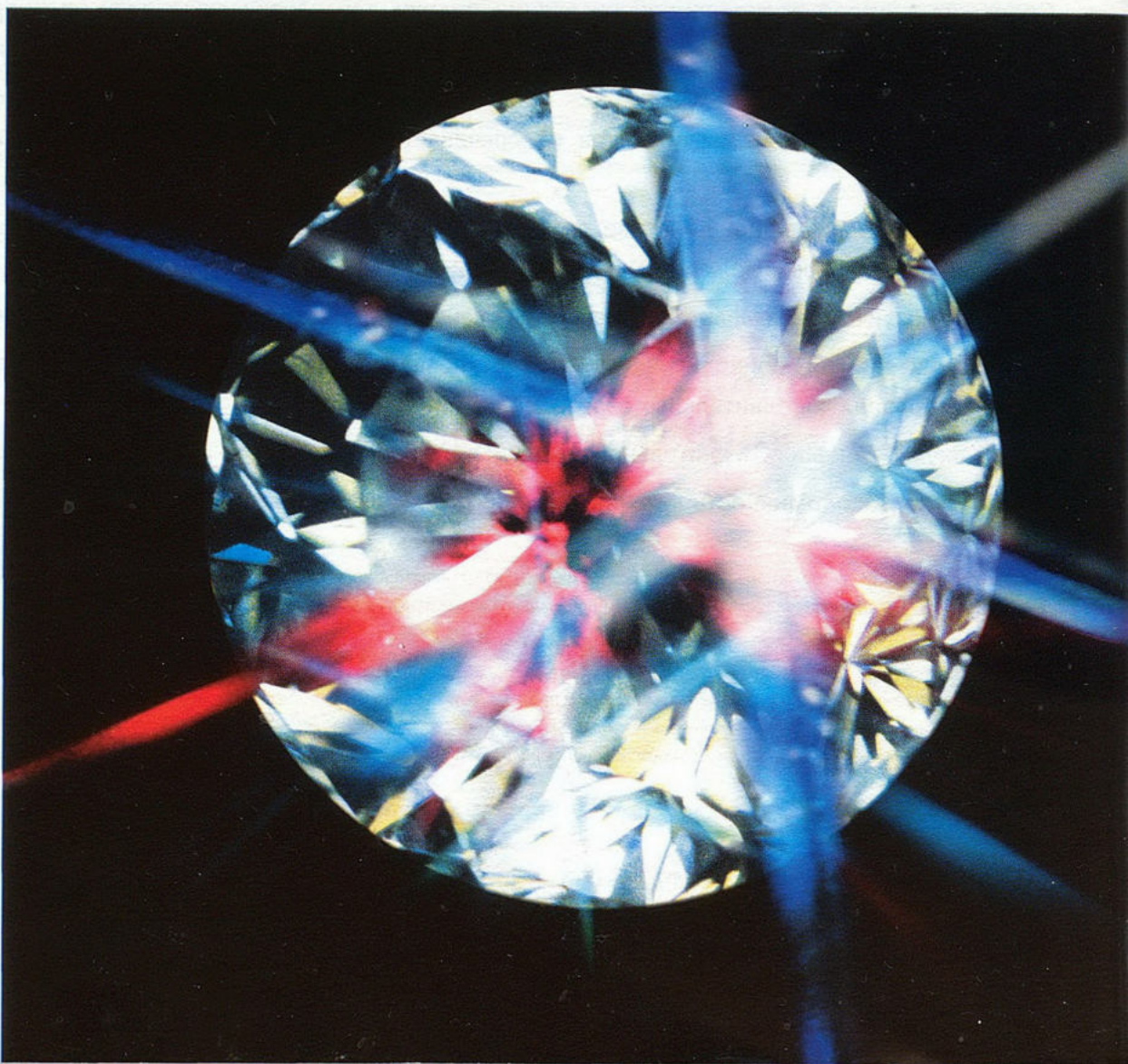


РОВАМИЦИН®

СПИРАМИЦИН

Совершенство каждой грани

-  доказанная эффективность при инфекциях дыхательных путей
-  безопасный профиль, проверенный временем
-  простой и удобный режим дозирования



структур бронхов и респираторных отделов легких, а тем более об их функциональной полноценности [6].

Туберкулез и хронические неспецифические болезни органов дыхания сопровождаются значительными морфофункциональными нарушениями тканевых структур бронхолегочной системы. В первую очередь при этом страдает мукоцилиарный аппарат — основной рубеж защиты бронхиальных структур от агрессивных факторов внешней среды. Нарушение интимных структур мукоида и его реологических качеств парализует дренажную (очистительную) функцию бронхов, оголяет клеточный аппарат, возникает возможность адгезии и колонизации патогенной микрофлоры, в том числе и туберкулеза, клеточно-тканевых структур легкого [5].

Именно функциональная полноценность мукоцилиарного аппарата тканевых структур определяет устойчивость их к повторным и хроническим воспалительным процессам. Не случайно среди впервые взятых на учет больных активным туберкулезом около 30% страдают ХНЗЛ.

Одной из причин роста хронических болезней органов дыхания являются недооценка оставшихся морфофункциональных нарушений и упущения в организации реабилитации функции дыхания [9].

Методы функциональной диагностики используются для проведения целенаправленной респираторной терапии и реабилитации морфофункциональных нарушений бронхолегочной системы [10].

Именно эти обстоятельства побудили администрацию диспансера, опираясь на приказ № 8 от 04.01.92, создать в 1993 г. лечебно-диагностическое пульмонологическое отделение для оказания пульмонологической помощи больным в противотуберкулезном учреждении. За период существования пульмонологического отделения были направлены из поликлиник 21 093 больных с различными видами бронхолегочной патологии для обследования, верификации диагноза и проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

В целях диагностики этим больным было проведено 17 167 рентгеномографических исследований, что составляет 81,7%, а 2417 пациентам проведено бронхоспирометрическое исследование функции дыхания с помощью аппарата "Спиро-Тест-РС" с ЭВМ. Большинству больных проводили лабораторные исследования мокроты, крови. Только в 1997 г. было обследовано и проконсультировано 5606 человек. В результате проведенных клинических, рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований были установлены следующие заболевания (табл. 1).

Эти данные свидетельствуют о серьезных недостатках в организации пульмонологической помощи больным в условиях первичного медицинского звена. 62,5% направленных больных с острыми заболеваниями органов дыхания нуждались в обследовании и лечении у пульмонолога поликлиники или участкового врача.

Значительное число пациентов, страдающих ХНЗЛ (29,2%), нуждались в исследованиях респираторной функции. Вентиляционные нарушения были выявлены у 79,6%; причем значительные и резко выраженные имели место в 33,2% случаев. Наиболее часто значительные obstructивные нарушения респираторной функции были установлены у больных бронхиальной астмой (37,4%) и при гнойном obstructивном бронхите (55,7%).

Идеологической основой реабилитации является физиологический процесс смены клеточно-тканевых структур, отработавших свои ресурсы или поврежденных агрессивным фактором, на молодые, здоровые, возникающие при митозе из клеток базального слоя.

Технология реабилитационного процесса включает медикаментозную терапию в сочетании с природными и искусственными физическими факторами, действие которых восстанавливает микроциркуляцию в зоне патологического очага, улучшает метаболические процессы и биоэнергетику в клеточно-тканевых и внутриклеточных образованиях, усиливает митоз и регенерацию клеточных элементов [2,7]. Естественные природные и искусственные факторы обладают способностью изменить биоэнергетический потенциал, обеспечить динамическое равновесие обменно-энергетических процессов, восстановить систему саморегуляции и самообновления тканевых структур. В процессе тренировок респираторной функции с активным участием больного развивается комплекс компенсаторно-приспособительных реакций.

Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий включает различные варианты сочетаний физических природных и электротехнических факторов:

Таблица 1

Характеристика нозологических форм

Нозологические формы	Число
Активный туберкулез	57 (1,2%)
Неактивные туберкулезные изменения в легких	329 (5,8%)
Саркоидоз	3 (0,05%)
Злокачественные новообразования в легких	43 (0,77%)
Доброкачественные опухоли	32 (0,57%)
Хронический бронхит	1028 (18,3%)
obstructивный	786
неobstructивный	215
гнойный	27
Бронхиальная астма	546 (9,74%)
Другие виды хронических заболеваний легких	63 (1,12%)
Острые пневмонии (бронхопневмонии, плевропневмонии, плевриты)	2843 (50,7%)
Острые респираторные заболевания, ларингиты, фарингиты, бронхиты	602 (11,8%)

1. Лечебная физическая культура с разными параметрами физических нагрузок;
2. Специальные комплексы дыхательной гимнастики в условиях аэроионотерапии;
3. Аппаратная вспомогательная вентиляция с положительным давлением на выдохе;
4. Ингаляции фитопрепаратов через небулайзер;
5. Оксигенотерапия дозированная;
6. Индивидуальные процедуры аэроионотерапии;
7. Инструментальный, ручной, вакуумный и др. виды массажа;
8. Электростимуляция диафрагмы;
9. Низкоинтенсивные лазерные излучения местного и общего воздействия;
10. Образовательная программа для пациентов с целью психоэмоционального воздействия и активного участия их в развитии компенсаторно-восстановительных процессов.

Стоит особо подчеркнуть, что осознанное участие больного в выполнении комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий является стержнем нашей модели реабилитации функции дыхания [11].

Эффективность реабилитации респираторной функции у больных с бронхолегочной патологией.

Безмедикаментозная, лечебно-оздоровительная программа с активным участием больного обеспечивает высокую эффективность восстановления функции дыхания у больных, длительно страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания. Эти пациенты обращаются за медицинской помощью в периоде обострений, нередко госпитализируются в стационары для снятия бронхоспазма и обструктивно-воспалительных явлений. В периоде стихания воспалительных явлений и ремиссии больные практически к врачам не обращаются, занимаются самолечением, а вопросами реабилитации респираторной функции амбулаторно-поликлинические и стационарные пульмонологические

отделения фактически не занимаются [3]. Естественно, хронические бронхолегочные заболевания с развивающимися нарушениями функции дыхания (одышка, кашель, бронхообструктивные явления) и усиливающимися во время физических нагрузок (ходьба, подъем и работа с тяжестями) приводят к ограничению двигательной функции, гипокинезии и нарушениям трофики мышц дыхательного аппарата и всех систем организма в целом [17]. Создается порочный круг: дезадаптация — гипокинезия — адинамия со снижением метаболических процессов, адаптационно-компенсаторных реакций и дегенеративных процессами в мышцах и других органах. Поэтому основу технологии реабилитации респираторной функции составляет рационально организованный двигательный режим, который обеспечивает развитие и совершенствование физиологических функции и морфологических структур всех органов и систем и, в частности, органов дыхания.

За истекший период в отделении пролечен 691 больной, в том числе с хроническими видами бронхитов 393 (56,8%), бронхиальной астмой 152 (22%), клинически излеченным туберкулезом 69 (10,2%), хронической пневмонией 21 (3%), после излеченной острой пневмонии 64 (9,2%). Рентгенологические изменения в легких, характерные для остаточных туберкулезных изменений, наблюдались у 146 (21,2%). У всех больных, лечившихся в отделении, проба Манту с 2 ТЕ была положительной.

Данные о наличии признаков нарушений вентиляционной функции легких и динамика их восстановления в процессе лечебно-оздоровительных и реабилитационных воздействий отражены в табл.2.

В результате проведенного лечения отмечалось выраженное уменьшение имевших место клинических проявлений: одышка перестала определяться у 76,5%, кашель — 80,6%, мокрота у 78,2% пациентов.

Таблица 2

Динамика вентиляционных нарушений (%) у больных до и после реабилитации в лечебно-диагностическом центре (n=691)

Нозологические формы	Показатели функции дыхания (в норме 70%)		Умеренные вентиляционные нарушения (69–50%)		Значительные вентиляционные нарушения (49–30%)		Резкие вентиляционные нарушения (<29%)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Клинически излеченный туберкулез (III-VII гр.) (n=82)	22,0	71,6	44,1	8,1	22,3	6,2	11,6	4,1
Хронический бронхит (n=372)	17,0	80,9	50,2	8,0	23,7	7,4	9,1	3,7
Бронхиальная астма (n=152)	10,0	72,9	42,6	9,2	34,0	10,3	13,4	7,6
Хроническая пневмония (бронхоэктазы, ГОБ) (n=21)	4,8	61,5	4,3	10,0	28,8	15,3	26,9	13,2
Остаточные явления острой пневмонии и плевритов (не туберкулезные) (n=64)	18,2	89,1	60,2	4,2	15,1	4,3	6,5	2,4
Всего ...	20,4	76,2	46,4	18,3	21,1	9,4	12,1	6,2

Вентиляционные нарушения нормализовались у 64% и стали умеренными у 30,2%. Обструктивные явления исчезли у 71,4%, а сохранились в виде умеренных у 19,8%. Из числа получавших бронходилататоры до лечения 68,3% отказались от их приема, а 31,7% снизили дозы в процессе лечения. Уменьшилось количество приступов астмы у всех больных. Прекратились типичные приступы астмы у 56, снизили прием бронхолитиков в 2–3 раза 60 человек. Полной ремиссии без лекарств достигли 32 человека. Удлинился период ремиссии при хронических бронхитах до 6–8 мес (вместо 2–3 мес), при бронхиальной астме до 3 мес у 63, а до 6 мес у 37 больных.

У 103 пациентов с нарушениями функции дыхания произведены исследования энергетического потенциала (ЭП) 24 биологически активных точек (БАТ) на N° классических меридианах по методу Фолля.

Снижение ЭП БАТ на 10–15 условных единиц и более отмечено у 86 пациентов, преимущественно в меридианах лимфатического сосуда и легких. Степень снижения ЭП соответствовала тяжести вентиляционных нарушений. В процессе лечебно-реабилитационных воздействий (ЛФК, ингаляции, аппаратное дыхание, электростимуляция диафрагмы, лазеротерапия и др.) повышение ЭП на 6 условных единиц и более отмечено у 85,5%, снижение — у 5,5% и без перемен у 8,9% совпадало с улучшением показателей функции дыхания. Эффективность реабилитационных мероприятий и степень восстановления ЭП БАТ зависели от активности и участия пациента в выполнении назначенных процедур (ЛФК, диафрагмальное дыхание и др.). Исследование ЭП БАТ позволяет объективно следить за динамикой восстановления функции дыхания и развитием биоэнергетических процессов во время реабилитации.

Анализ результатов лечения больных в лечебно-диагностическом поликлиническом отделении свидетельствует о возможности восстановления функции дыхания, предотвращения прогрессирования хронических воспалительных процессов в легких, усиления дренажно-очистительной функции мукоцилиарного аппарата. Таким образом, насколько двигательная функция подвластна сознанию, настолько реальны возможности развития и совершенствования адаптационно-компенсаторных функций и других сложных интимных нейрогуморальных и обменных механизмов в организме.

Выводы

1. Организация специализированного лечебно-диагностического отделения позволяет более квалифицированно проводить диагностику нарушений функции дыхания и лечение ХНБОД.
2. Лечебно-оздоровительная работа с использованием многофакторного немедикаментозного воздей-

ствия позволяет восстановить функцию дыхания в 64% случаев и улучшить ее показатели у 30,2%, т.е. фактически у 94,2% пациентов.

3. Комплекс дыхательных упражнений, тренировок и других лечебных факторов обеспечивает восстановление структуры и функции клеточного аппарата бронхолегочной системы и позволяет предупредить обострения и рецидивы воспалительных процессов в легких. Увеличение сроков ремиссии при хронических неспецифических болезнях органов дыхания до 6–8 мес и более, при бронхиальной астме до 3–6 мес (вместо 1,5–2 мес) восстанавливает трудоспособность больных и снижает экономические затраты на лечение.
4. В процессе лечения и в периоде ремиссии хронических заболеваний легких значительно снижается медикаментозная нагрузка на больного и соответственно расходы на их приобретение. Так, по нашим данным, 68,3% больных отказались от приема бронходилататоров, а 31,7% снизили дозы в процессе лечения, в том числе и стероидных гормонов.
5. Особого внимания заслуживает проводимая образовательная программа, обеспечивающая сознательное участие больного в лечебно-оздоровительных мероприятиях в период лечения в стационаре и самостоятельно дома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов Н.С., Стукова О.Ю., Зайцева О.Ю. Эпидемиология, факторы риска, профилактика. В кн.: Хронические обструктивные болезни легких. М.: Бино; 1998. 66–71.
2. Ерохин В.В. Клеточная и субклеточная морфология репаративных процессов при туберкулезе. Пробл. туб. 1996; 6: 10–13.
3. Ефимьевский В.П. Нарушения дыхательной функции при грануломатозных и респираторных поражениях легких иной природы: Метод. рекомендации. М.; 1998.
4. Жилин Ю.Н. Методы респираторной терапии дыхательной недостаточности у больных бронхолегочной патологией: Метод. рекомендации. М.; 1989.
5. Жук Н.А. Организация Центра диагностики и лечения нарушений функции дыхания. В кн.: Тезисы докл. XII Съезда Всерос. науч. о-ва фтизиатров. Саратов; 1994. 148.
6. Жук Н.А. Применение лазерного аппарата "Мустанг" в реабилитации больных хроническим бронхитом. Ялта; 1996.
7. Жук Н.А. Методы восстановления респираторной функции при бронхолегочных заболеваниях. Кубан. науч.-мед. вестн. 1997; 6–7: 31–33.
8. Клячкин Л.М. Физические методы лечения в пульмонологии. СПб.; 1997.
9. Нефедов В.Б. Перспективы развития функциональной диагностики в туб. учреждениях России. Пробл. туб. 1998; 3: 36.
10. Приймак А.А. Лечение дыхательной и другой недостаточности при туберкулезе и хронических воспалительных болезнях органов дыхания методом электрической стимуляции диафрагмы: Метод. рекомендации. Чебоксары; 1990.
11. Чучалин А.Г. Актуальные проблемы пульмонологии. М.; 2000. 15–53.

Поступила 22.09.2000