

3. *McFadden E.R., Elsanadi N., Dixon L. et al.* Protocol therapy for acute asthma: therapeutic benefits and cost savings. *Am. J. Med.* 1995; 99 (6): 651–661.
4. *Town I.* Use of a management plan for treating asthma in an emergency department. *Thorax* 1990; 45: 702–706.
5. British Thoracic Society. The British guidelines on asthma management. *Рус. мед. журн.* 1999; 5: 218–233.
6. *Shrestha M., Bidadi K., Gourlay S., Hayes T.* Continuous vs intermittent albuterol, at high and low doses, in the treatment of severe acute asthma in adults. *Chest* 1996; 110 (1): 42–47.
7. *Fitzgerald J.M., Grunteld A., Pare P.D. et al.* The clinical efficacy of combination nebulized anticholinergic and adrenergic bronchodilators is nebulized adrenergic bronchodilator alone in acute asthma. Canadian Combivent Study Group. *Chest* 1997; 111 (2): 311–315.
8. *Mal H., Raffy O., Roue C.* Severe acute asthma in adults. *Rev. Med. Interne* 1994; 15 (suppl.2): 234s–239s.
9. *Rebuck A.S., Gent M., Chapman K.R.* Anticholinergic and sympathomimetic combination therapy of asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1983; 71: 317–323.
10. *Mitchell C.A., Alpers J.H., Morton S.M. et al.* Comparison of nebulized budesonide with oral prednisolone in the treatment of severe acute asthma. *Eur. Respir. J.* 1995; 8 (suppl.19): 490s.
11. *Higenbottam T.W.* Budesonide is effective in adults with acute asthma in the emergency room. *BioDrugs* 2000; 14: 247–254.
12. *Tsai Y.G., Lee M.Y., Yang K.D. et al.* A single dose of nebulized budesonide decreases exhaled nitric oxide in children with acute asthma. *J. Pediatr.* 2001; 139: 433–437.
13. *Леценко И.В., Руднов В.А.* Оптимизация интенсивной терапии при неотложных состояниях в пульмонологии. Учеб.-метод. пособие / Под ред. А.Г.Чучалина. Екатеринбург: УГМА; 2000.

Поступила 08.12.03

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 616.2–082

Р.Я.Лихачева, Т.В.Денисова, Л.К.Зеленкова

СОСТОЯНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Городская поликлиника №7 Центрального административного округа, Москва

В 1989 г. в соответствии с приказом медицинского управления Москвы №488 от 30.08.89 на базе нашей поликлиники был создан первый в стране респираторно-восстановительный центр (РВЦ) совместно с советско-болгарской лабораторией по пульмонологическому приборостроению для больных с неспецифическими заболеваниями органов дыхания.

Эпидемиологические исследования, проведенные в поликлиниках Центрального административного округа Москвы (ЦАО), показали увеличение заболеваемости хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, острой пневмонией. Так, заболеваемость хроническим бронхитом на 10 000 населения составила 200 человек, бронхиальной астмой — 60 человек, острой пневмонией — 40 человек.

Статистический анализ данных городской поликлиники №7 показал, что на 100 000 населения приходится 2,7% больных с хронической легочной патологией, осложненной тяжелой дыхательной недостаточностью (ДНIII), и нуждающихся в проведении лечебных мероприятий на дому.

- Необходимость создания РВЦ возникла в связи с:
- увеличением числа больных с легочной патологией,
 - длительными сроками пребывания больных в стационаре,
 - стойкой потерей трудоспособности больных,
 - недостаточной эффективностью медикаментозной терапии,
 - недостаточной преемственностью между амбулаторным и стационарным звеном в лечении больных,

- отсутствием специализированной амбулаторной пульмонологической службы.

Создание РВЦ преследовало следующие цели:

- достижение стабильности в течении хронического заболевания,
- достижение длительности ремиссии основного заболевания и профилактика осложнений,
- уменьшение сроков временной нетрудоспособности и предупреждение первичного выхода на инвалидность,
- уменьшение сроков пребывания больных в стационаре и обращаемости в службу скорой помощи,
- оптимизация доз лекарственных препаратов,
- улучшение качества жизни пациентов.

За истекший период РВЦ развивался и расширялся. В настоящее время **структура центра** выглядит следующим образом:

- кабинет врача-пульмонолога (1989 г.),
- кабинет функциональной диагностики (1989 г.),
- реабилитационный центр (1989 г.),
- инженерно-техническая служба (1989 г.),
- астма-школа, астма-клуб (1992 г.),
- домашняя служба для больных с ДНIII (1993 г.),
- дневной стационар (1995 г.),
- кабинет врача-аллерголога (1997 г.).

В кабинет врача пульмонолога направляются больные из 20 поликлиник ЦАО Москвы.

В реабилитационном центре лечение проводится индивидуально или в группе в течение 2 нед, в среднем по 2,5 ч ежедневно.

Методики, используемые в РВЦ, утверждены Министерством здравоохранения России. В работе применяются формулярные системы, протоколы и стандарты.

Надомная служба для больных с тяжелой дыхательной недостаточностью организована с помощью Управления здравоохранения ЦАО. Нами были приобретены 10 концентраторов кислорода, электростимуляторы диафрагмы, портативные ингаляторы, которые установлены у больных на дому.

Разработана форма договора между пациентом и поликлиникой, включающая ответственность пациента за сохранность получаемой аппаратуры.

В дневной стационар направляются:

- больные, нуждающиеся в коррекции базисной терапии, не требующие круглосуточного мониторинга,
- больные с тяжелой дыхательной недостаточностью для подбора адекватной медикаментозной и не медикаментозной терапии, для обучения правилам пользования медицинской аппаратурой.

Астма-школа и астма-клуб работают с 1992 г.

Занятия в астма-школе проводятся врачом-пульмонологом по обучающей программе, разработанной в НИИ пульмонологии. Занятия проводятся регулярно 1–2 раза в неделю в вечернее время. Дальнейшее общение пациентов происходит в рамках астма-клуба, заседания которого проходят 1 раз в квартал.

Задачи РВЦ: *диагностические* — ФВД с проведением медикаментозных проб, аллергологическое тестирование, рентгенологическое обследование, исследование газового состава артериальной крови, общеклинические исследования; *лечебные* — подбор и

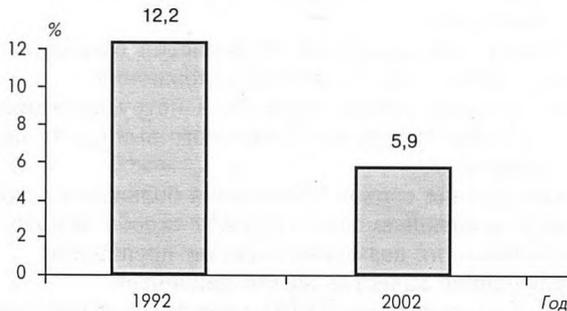


Рис.1. Динамика первичного выхода на инвалидность (на 10 000 населения).

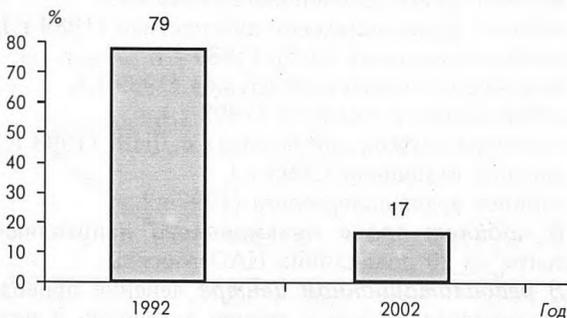


Рис.2. Динамика вызовов службы скорой помощи (более 2 раз в год).

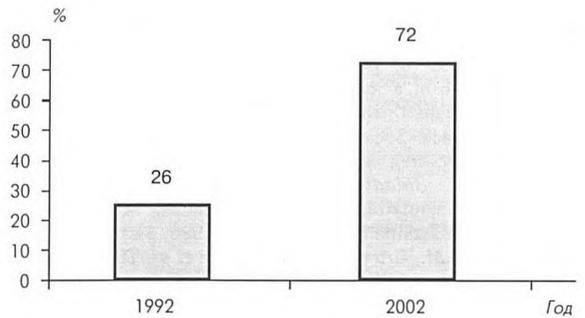


Рис.3. Длительность ремиссии более 1 года.

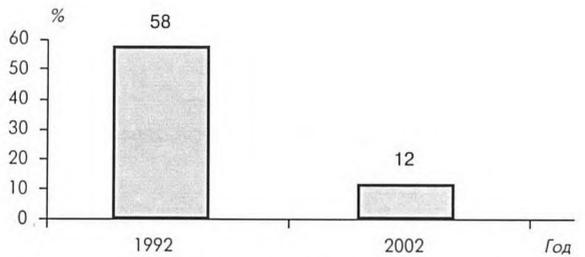


Рис.4. Динамика госпитализаций по поводу обострения бронхиальной астмы.

коррекция медикаментозной терапии, реабилитационные мероприятия, дыхательная кинезитерапия, кислородотерапия, небулайзерная терапия, аэроионотерапия, методы ВВЛ, магнитно-лазерная терапия, массаж и фитотерапия, длительная кислородотерапия на дому больным с ДНП; *профилактические* — профосмотр декретированных групп населения и студентов, борьба с табакокурением, вакцино- и иммунопрофилактика; *образовательные* — работа астма-школы и астма-клуба, внедрение программ по преодолению табачной зависимости, проведение учебно-методической работы, подготовка медицинских кадров (врачей и медсестер), участие в научно-практической деятельности.

Поликлиника работает в тесном сотрудничестве с НИИ пульмонологии, НИИ туберкулеза и ММА им. И.М.Сеченова.

По материалам работы РВЦ защищена одна кандидатская диссертация, вторая — в работе.

За время работы РВЦ оказана консультативно-диагностическая помощь (более 20 000 человек), из них мужчин 54%, женщин 46%.

Большинство больных (75%), наблюдаемых в РВЦ, составляют люди трудоспособного возраста.

Проведенный анализ работы РВЦ показал увеличение выявляемости больных с НЗЛ, в частности бронхиальной астмой, в 1,7 раза больше по сравнению с лечебными учреждениями, не имеющими специализированной пульмонологической помощи. Отмечено снижение количества обострений при бронхиальной астме (в 2,6 раза), обструктивном бронхите (в 1,7 раза). При этом отмечалось уменьшение кашля, одышки, экскреции мокроты, снижение ее вязкости, уменьшение количества и тяжести

приступов удушья, а также стабилизировались показатели ФВД, улучшились показатели газового состава крови и гемодинамические показатели. Снизилось количество пациентов с временной утратой трудоспособности у больных бронхиальной астмой в 2,4 раза, обструктивным бронхитом в 2,2 раза. Резко снизилась обращаемость в скорую помощь больных с обструктивными заболеваниями легких, снизилось число экстренных госпитализаций более чем в 7 раз. Улучшилось качество жизни пациентов.

Эффективность работы центра можно проследить на примере ведения больных бронхиальной астмой, как наиболее успешно отработанной модели.

Оценка эффективности работы центра за 10 лет проводилась по параметрам: первичного выхода на инвалидность (рис.1), обращения в скорую помощь (рис.2), длительности ремиссий (рис.3), количества госпитализаций (рис.4).

Предложения: необходимо развитие стационарзамещающих технологий для больных с заболеваниями

органов дыхания, организация федеральной службы длительной кислородтерапии в амбулаторных условиях с решением всего комплекса медицинских, социальных, правовых и экономических вопросов, требуется более интенсивное внедрение профилактических программ и совершенствование программ подготовки кадров и последипломного обучения.

Выводы

1. РВЦ является эффективной стационарзамещающей структурой.
2. Формулярная система, клинические рекомендации, стандарты и протоколы значительно улучшают результаты лечебно-диагностической деятельности.
3. Служба длительной кислородтерапии на дому является одним из наиболее важных элементов помощи больным с тяжелой дыхательной недостаточностью.

Поступила 8.12.03

© ТРОФИМОВ В.И., 2004

УДК 616.24.001.6

В.И.Трофимов

НАУКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Прогресс научной пульмонологии напрямую связан с достижениями науки в области фундаментальных дисциплин: генетики, иммунологии, биохимии, патофизиологии и др.

Одним из приоритетных направлений исследований в пульмонологии остаются профилактика, доклиническая диагностика и лечение больных с заболеваниями легких на ранних этапах развития болезни. Так, в Санкт-Петербурге проводится совместное научно-практическое исследование сотрудниками НИИ пульмонологии, кафедры госпитальной терапии СПбГМУ, НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН по доклинической диагностике и профилактике развития бронхиальной астмы. Проводятся обследование, длительное наблюдение и лечение беременных женщин, больных бронхиальной астмой (БА), поиск маркеров относительного "риска" формирования БА у потомства (гены GSTM1, IL-4, HLA-антигены), организуются профилактические мероприятия, направленные на снижение антигенной и токсической нагрузки. Осуществляются исследования генов риска БА у детей, родившихся от матерей, страдающих БА. Кроме того, обследуются клинически здоровые родственники

больных БА с целью выявления у них факторов риска заболевания.

Подобные исследования, проведенные у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), выявили у них преобладание генотипа медленного ацетилирования NAT₂-гена, особенно в группе лиц старше 50 лет.

Продолжается изучение роли нарушений клеточного и гуморального иммунитета, других защитных систем (антиоксидантной, антипротеазной) при различных заболеваниях бронхов и легких. На основании полученных результатов создаются и используются в клинической практике лекарственные препараты некоторых цитокинов, синтезированных искусственно: бета-лейкин (IL-1 β), ронколейкин (IL-1). Сурфактант успешно применяется в лечении острых легочных ситуаций (отек легких, дистресс-синдром), а также некоторых хронических заболеваний.

В различных регионах России проведены исследования качества жизни больных БА по единым опросникам. Работа проводилась при спонсорской поддержке фармацевтической фирмы "GlaxoSmithKline". Результаты сопоставлялись с данными оценки качест-