

тельных клеточных субпопуляций наряду с изучением цитокинового профиля у пациентов с ХОБЛ.

Заключение. Обострения ХОБЛ у пациентов с легкой и средней степенью тяжести характеризуются усилением фагоцитарной активности на фоне снижения числа самих фагоцитов. Также наблюдается активация Т- и В-клеток на фоне повышенного уровня Т-НК-клеток, что свидетельствует о наличии хронического воспаления у пациентов уже с легкой степенью тяжести. У пациентов со средней степенью тяжести наблюдается истощение НК-клеток, что характеризует ослабление противовирусного и противоопухолевого иммунитета. У пациентов обеих групп наблюдается достоверное снижение количества Т-регуляторных и повышение числа Т-НК-клеток. Полученные данные свидетельствуют о том, что общепринятая терапия ХОБЛ существенно не влияет на системный воспалительный процесс. Следовательно, необходима разработка новых иммунопатогенетически обоснованных подходов в терапии системного воспалительного ответа при ХОБЛ начиная уже с ранних стадий данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авдеев, С.Н.* Хроническая обструктивная болезнь легких: карманное руководство для практических врачей / С.Н. Авдеев. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Издат. холдинг «Атмосфера», 2010. — С.17.
2. Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С.31.
3. *Кост, Е.А.* Советский грамицидин и его применение в клинической практике / Е.А. Кост, М.И. Стенко // Научные труды клинической больницы им. С.П. Боткина. — М., 1947. — С.253—256.
4. *Лещенко, И.В.* Основные направления лечения хронической обструктивной болезни легких / И.В. Лещенко // Терапевт. архив. — 2007. — № 8. — С.75—84.
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Закон Российской Федерации от 19.08.1993 (ред. от 28.09.10) // Ведомости СНД и ВС РФ. — 1993. — № 33. — Ст.1318.
6. *Чучалин, А.Г.* Хронические обструктивные болезни легких / А.Г. Чучалин. — М.: Атмосфера, 1998. — С.11—26.
7. *Шубич, М.Г.* NBT-тест у детей в норме и при гнойно-бактериальных инфекциях / М.Г. Шубич, В.Г. Медников // Лабораторное дело. — 1978. — № 9. — С.515—518.
8. *Agustí, A.G.N.* Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease // Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Pathogenesis to Treatment / A.G.N. Agustí, D. Chadwick, J.A. Goode. — Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 2001. — P.242—254.
9. *Agustí, A.G.* Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease / A.G. Agustí, A. Noguera, J. Sauleda [et al.] // Eur. Respir. J. — 2003. — № 21(2). — P.347—60.
10. *Feileib, M.* Trends in COPD morbidity and mortality in the United States / M. Feileib, H.M. Rosenberg, J.H. Collins [et al.] // Amer. Rev. Respir. Dis. — 1989. — Vol. 140. — P.9—18.
11. *Gan, W.Q.* Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis / W.Q. Gan, S.F. Man, A. Senthilselvan [et al.] // Thorax. — 2004. — Vol. 59(7). — P.574—580.
12. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010.
13. *Kim, E.Y.* Persistent activation of an innate immune response translates respiratory viral infection into chronic lung disease / E.Y. Kim, J.T. Battaile, A.C. Patel // Nat. Med.— 2008. — Vol. 14(6). — P.633—640.
14. *Leung, B.* NKT cells in sepsis / B. Leung, H.W. Harris // Clin. Dev. Immunol. — 2010. — Vol. 8. — P.414—650.
15. *Petty, T.L.* A new national strategy for COPD / T.L. Petty // J. Respir. Dis. — 1997. — Vol. 18. — P.365—369.
16. *Similowski, T.* The potential impact of anaemia of chronic disease in COPD / T. Similowski, A. Agustí, W. MacNee [et al.] // Eur. Respir. J. — 2006. — Vol. 27(2). — P.390—396.
17. *Tkacova, R.* Systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease: may adipose tissue play a role? Review of the literature and future perspectives / R. Tkacova // Mediators Inflamm. — 2010. — Vol. 4. — P.585—989.
18. *Wouters, E.F.* Systemic effects in COPD / E.F. Wouters, E.C. Creutzberg, A.M. Schols // Chest. — 2002. — Vol. 121, suppl. 5. — P.127—130.

© А.К. Ланков, М.Б. Петров, 2011

УДК 616-002.5-072.1-08+615.838

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО САНАТОРИЯ

АЛЕКСАНДР КОНСТАНТИНОВИЧ ЛАНКОВ, врач-эндоскопист ФГУ «Санаторий «Лесное» Министерства здравоохранения и социального развития РФ», приемно-диагностическое отделение, Тольятти
МИХАИЛ БОРИСОВИЧ ПЕТРОВ, главный врач, врач-эндоскопист ФГУ «Санаторий «Лесное» Министерства здравоохранения и социального развития РФ», Тольятти

Реферат. Представлен анализ работы кабинета диагностической и лечебной бронхоскопии противотуберкулезного санатория. Приведен клинический пример.

Ключевые слова: санаторий, туберкулез, бронхоскопия.

ANALYSIS OF WORK OF DIAGNOSTIC MEDICAL BRONCHOSCOPY ROOM IN ANTITUBERCULOSIS SANATORIUM

A.K. LANKOV, M.B. PETROV

Abstract. The analysis of work diagnostic medical bronchoscopy room of antituberculosis sanatorium and case report is presented.

Key words: sanatorium, tuberculosis, bronchoscopy.

Основой данной работы является обоснование целесообразности введения в структуру противотуберкулезного санатория, специализирующегося на лечении больных туберкулезом органов дыхания (ТОД), адекватной эндоскопической службы, включающей, в первую очередь, кабинет диагностической и лечебной бронхоскопии.

ФГУ «Санаторий «Лесное» оказывает помощь больным туберкулезом органов дыхания и внелегочным туберкулезом различной локализации, а до 1 июля 2011 г. принимал на лечение также и больных саркоидозом. Больные, поступающие на лечение, проходят диагностическое обследование в кабинете бронхоскопии приемно-диагностического отделения. Обследование и лечебные манипуляции больным проводились при помощи эндоскопических аппаратов фирмы «Pentax» (Япония): фибробронхоскопами FB-15P и FB-18BS, видеокамерой «Pentax» PSV 4000 и аппаратом отечественного производства СКСВП/НО-01 «Плазон» (скальпель-коагулятор-стимулятор воздушно-плазменный).

При 11-летнем опыте работы кабинета диагностической и лечебной бронхоскопии в санатории в данной статье приводится материал только за 6 мес 2011 г.

Нами проанализированы 574 диагностических фибробронхоскопий и 396 лечебных фибробронхоскопий. Все больные, прошедшие диагностическую ФБС, разделены по группам клинического учета (I и II группы объединены) и по возрасту. Данные представлены в табл. 1.

В каждой группе учета больных ТОД мужчин было почти в 1,5 раза больше, чем женщин. Также необходимо отметить значительное преобладание больных ТОД репродуктивного и трудоспособного возраста.

Выявленная патология у больных представлена в табл. 2.

Проценты рассчитаны относительно количества наблюдений в каждой группе учета.

Больные I и II групп учета ТОД, получающие специфическую терапию, в полтора раза реже болеют сопутствующим бронхитом, чем больные III группы. В то же время больные I и II групп в два с лишним раза чаще имеют эндоскопические признаки локального поражения бронхов, схожие с картиной инфильтративного туберкулеза бронха.

В III группе учета больных ТОД рубцовые изменения бронхов как без деформации, так и с деформацией и стенозами наблюдаются чаще, чем в I и II группах.

Особо необходимо отметить случаи диагностики бронходулярных свищей. В каждой группе имеется по два таких наблюдения. Выявление бронходулярных свищей на санаторном этапе свидетельствует о недостаточном объеме обследования больных на предыдущих этапах обследования и лечения.

Лечебные бронхоскопии проводились больным с катаральными эндобронхитами с обструкцией, гнойными бронхитами, подозрением на инфильтративный туберкулез бронха и бронходулярными свищами. Всего выполнено 396 лечебных манипуляций 47 больным.

Больным с катаральным эндобронхитом с обструкцией проводились санации бронхиального дерева с последующим введением 10 мл 1% раствора диоксида.

Больным с гнойным эндобронхитом проводилась санация бронхов с последующим введением специфических противотуберкулезных препаратов в соответствии с предварительным лечением и учетом чувствительности микрофлоры. Длительность лечения и его эффективность определялись изменениями эндоскопической картины и клинико-лабораторными данными.

Больным с подозрением на инфильтративный туберкулез бронха проводилось эндоскопическое лечение — NO-терапия с применением скальпель-коагулятора-стимулятора воздушно-плазменного СКСВП/НО-01

Таблица 1

Возрастные группы	Клинические группы учета туберкулеза органов дыхания				Саркоидоз		Всего
	I и II группы		III группа		муж.	жен.	
	муж.	жен.	муж.	жен.			
18—35 лет	87	68	22	13	—	3	193
35—60/55 лет	105	35	45	24	7	25	241
60/55 лет и старше	33	38	23	23	—	23	140
Всего	225	141	90	60	7	51	574
Итого	366		150		58		574

Таблица 2

Выявленная патология	Клинические группы учета ТОД				Саркоидоз	
	I и II группы		III группа			
Катаральный трахеит	2		1		2	
Катаральный эндобронхит без обструкции	35	13,4%	25	20%	7	17,2%
Катаральный эндобронхит с обструкцией	8		3		2	
Гнойный эндобронхит	6		2		1	
Пылевой эндобронхит	5		2		5	
Подозрение на инфильтративный туберкулез бронха	17	4,6%	3	2%	—	—
Рубцовые изменения бронхов без деформации	25	6,8%	12	8%	7	12,1%
Рубцовые изменения бронхов с деформацией и стенозами	36	9,8%	18	12%	2	3,5%
Бронходулярные свищи	2	0,6%	2	1,3%	—	—
Перибронхиальные образования	7		—		2	
Оперированное легкое	31		11		—	
Прочие	81		31		12	
Без патологии бронхов	113	30,9%	41	27,3%	18	31%
Всего	366		150		58	

«Плазон» по методике, разработанной и предложенной проф. Н.Е. Черняховской и соавт. [3]. Также применялось сочетание NO-терапии с эндобронхиальным введением противотуберкулезных препаратов. Данные по лечебным ФБС представлены в табл. 3.

Т а б л и ц а 3

Показатель	Количество больных, прошедших лечебные ФБС			Всего
	4—6%	7—10%	> 10%	
Количество процедур	4—6%	7—10%	> 10%	—
ФБС санации диоксидином	10	5	3	18
ФБС санации с противотуб. препаратами	2	—	2	4
NO-терапия «Плазон»	7	9	3	19
NO-терапия + санации противотуб. препаратами	2	3	1	6
Всего	21	17	9	47

Практически у всех больных, прошедших эндоскопическое лечение, наблюдалась значительная положительная динамика, заключающаяся в уменьшении гиперемии и отека слизистой оболочки, уменьшении или прекращении выделения мокроты. У большинства больных (у 38 из 47) значительной положительной динамики удалось достичь в короткие и средние сроки лечения. И только 9 из них потребовалось продление лечения для достижения положительной клинико-рентгенологической, лабораторной, эндоскопической динамики.

Пример. Больной Ф., 34 года. Из анамнеза: болен туберкулезом легких с 04.2009 г., обострение процесса с 02.2011 г. Поступил в санаторий 28.02.2011 г. с диагнозом: инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада, обострение I-A. МБТ(+). При поступлении жалоб не предъявляет, из лабораторных данных обращает внимание ускоренная СОЭ — 55 мм/ч, при рентгенологическом исследовании — признаки инфильтративного туберкулеза нижней доли правого легкого с наличием полостей распада и очагов разной интенсивности.

При диагностической ФБС выявлен локальный (правый нижнедолевой бронх и устье В-6) эндобронхит I—II степени интенсивности воспаления, не исключается инфильтративный туберкулез данных бронхов. В санатории лечением врачом предложено лечение по II «Б» режиму — интенсивная фаза. Дополнительно к основному курсу (АБТ) больному предложено и проведено эндоскопическое лечение — 8 сеансов

NO-терапии «Плазон», далее санационные ФБС с введением в просвет бронхов (правый нижнедолевой бронх и В-6) противотуберкулезных препаратов (рифампицин и канамицин по схеме), всего 32 санационных ФБС. На фоне проводимого лечения больному выполнялись контрольные рентгенологические и лабораторные исследования. 01.08.2011 г. при контрольном рентгенологическом исследовании отмечается значительная положительная динамика в виде частичного рассасывания очагово-фокусных изменений справа с дальнейшим рубцеванием полостей, с уменьшением их размеров до 1 см (0,8×0,4 см и 1,1×0,6 см). В общем анализе крови — СОЭ 6 мм/ч, динамика эндоскопической картины положительная — исчезла гиперемия слизистой оболочки правого нижнедолевого бронха и устья В-6.

В трех случаях лечения бронходулярных свищей также отмечалась положительная динамика — наступило очищение от казеозных и гнойных масс, уменьшилось перифокальное воспаление. В одном случае больная с индивидуальной тяжелой переносимостью NO-терапии отказалась от продолжения лечения.

На основании приведенных данных можно сделать следующие **выводы**:

проведение диагностических и лечебных ФБС на санаторном этапе — абсолютно обоснованный и необходимый компонент в комплексной терапии как заболеваний органов дыхания в целом, так и туберкулеза органов дыхания в частности;

больные туберкулезом органов дыхания всех групп диспансерного учета (ГДУ) нуждаются в систематическом плановом эндоскопическом контроле;

лечебные ФБС как при специфическом поражении бронхов, так и при сопутствующих заболеваниях позволяют добиться значительного улучшения клинического состояния и эндоскопической картины за время лечения больного на санаторном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поддубный, Б.К. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей / Б.К. Поддубный, Н.В. Белоусов, Г.В. Унгиадзе. — М., 2006.
2. Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания / Н.Е. Чернеховская, Г.Г. Федченко, В.Г. Андреев, А.В. Поваляев. — М., 2007.
3. Чернеховская, Н.Е. Лечебная бронхоскопия в комплексной терапии заболеваний органов дыхания / Н.Е. Чернеховская, В.Г. Андреев, А.В. Поваляев. — М., 2008.

© И.В. Лещенко, А.В. Кривоногов, 2011

УДК 616.921.5-02+616.24-002.06

ПНЕВМОНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАНДЕМИЧЕСКОМ ГРИППЕ А/Н1N1/09

ИГОРЬ ВИКТОРОВИЧ ЛЕЩЕНКО, докт. мед. наук, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ», Екатеринбург, тел./факс (343) 246-44-75/(343) 246-44-75, e-mail: leshchenkoiv@mail.ru

АЛЕКСЕЙ ВИКТОРОВИЧ КРИВОНОГОВ, врач-пульмонолог медицинского объединения «Новая больница», Екатеринбург, тел./факс (343) 242-48-42/(343) 246-44-75, e-mail: angedonia35@mail.ru

Реферат. Изучали особенности течения и осложнения внебольничной пневмонии (ВП) при пандемическом гриппе А/Н1N1/09 на основании клинико-лабораторных и рентгенологических данных. В исследовании участвовало 250 больных — 4 группы: 1-я группа — 57 пациентов с неосложненной ВП, 2-я группа — 124 больных ВП и синдромом системной воспалительной реакции, 3-я группа — 53 пациента с ВП, осложненной тяжелым сепсисом, и 4-я группа — 16 больных ВП с септическим шоком. У 225 (90,0%) больных установлено двустороннее поражение легочной ткани. 193 (77,2%) пациента нуждались в кислородотерапии, 108 (56%) из них госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, 15,6% проводилась искусственная вентиляция легких. Общая летальность составила 10,4%, среди больных с ожирением — 30,0%.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, пандемический грипп А/Н1N1/09, клиника, осложнения, лечение.