

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ БРОНХИТАМИ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТОВ СТАЦИОНАРОВ**И.Я.СУЛТАНОВ, Ю.Г. КАЛАШНИКОВ**

Больница № 53. 109432 Москва, ул. Трофимова, д. 26.

На основании изучения 1537 историй болезни или выписок из них, полученных из различных муниципальных учреждений здравоохранения г. Москвы, проанализирована полнота обследования больных с обострением хронических бронхитов.

На сегодняшний день бронхиты занимают ведущее место в структуре заболеваний нижних дыхательных путей, являясь одной из основных проблем практической пульмонологии. Академик АМН Н.Р. Палеев чётко указывает, что, "хронический бронхит представляет важнейшую социально-медицинскую проблему и по праву считается болезнью века (наряду с ишемической болезнью сердца) в связи с высокой распространённостью, неуклонным ростом заболеваемости и смертности и колоссальным экономическим ущербом, наносимым обществу"[1].

Между тем, врачами бронхиты часто воспринимаются как нечто банальное, обычное, не требующее углублённых обследований, тщательной дифференциации. Это серьёзное заблуждение, следствием которого является рост числа больных со стойким прогрессирующим дыхательной недостаточности, развитием легочного сердца и хронической сердечной недостаточности. В условиях же неблагоприятной экологической ситуации, массового распространения курения, недостаточного соблюдения техники безопасности на ряде производств, климатических факторов - недооценка данной патологии практическими врачами особенно недопустима [2].

В данной работе не ставилось целью углубляться в клинические аспекты проблемы. Они общеизвестны. Однако для ясности иллюстрации анализируемой ситуации приведём современную рубрификацию форм хронических бронхитов. Выделяют:

- хронический простой (катаральный, необструктивный) хронический бронхит.
- хронический слизисто-гнойный (гнойный, необструктивный) хронический бронхит.
- хронический обструктивный бронхит (протекающий либо с выделением слизистой, либо гнойной мокроты, но в обоих случаях со стойкими обструктивными нарушениями вентиляции).

Кроме того, выделяют также периоды течения заболевания (обострение, ремиссия) и те или иные осложнения (экспираторный стеноз трахеи; бронхоэктазии; кровохарканье; обструктивную эмфизему лёгких; лёгочное сердце - компенсированное, декомпенсированное; степень дыхательной недостаточности).

По рекомендации Европейского респираторного союза (1995 г.) целесообразно оценивать тяжесть хронического обструктивного бронхита на основании значений объёма форсированного выдоха в 1 секунду [3].

Из приведённой классификации следует, что для того, чтобы более точно диагностировать ту или иную форму хронического бронхита и его осложнений недостаточно только внешних признаков. Необходимы целенаправленные исследования, особенно в случаях хронического обструктивного бронхита.

В 1995 и 1997 годах были разработаны Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения, в которых имеется перечень обязательных и дополнительных лабораторно - инструментальных процедур для подавляющего числа нозологических форм. В отношении хронических бронхитов предлагается следующий ряд обязательных исследований:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- общий белок, его фракции, фибриноген, серомукоид, С-реактивный белок, креатинин, мочевины;
- общий анализ мокроты и на ВК;
- посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам;

- рентгенография грудной клетки;
- исследование функции внешнего дыхания и проба с бронхолитиком при спирографии;

- ЭКГ;

- консультация физиотерапевта и ЛОР.

Из дополнительных обследований рекомендовано:

- серологическое определение возбудителя;

- лечебно - диагностическая бронхоскопия.

В случае осложнённых хронических бронхитов к обязательным методам добавляются:

- исследование иммуноглобулинов А, С, М;

- рентгенография грудной клетки в двух проекциях.

К дополнительным:

- электролиты крови, КЩС, газы артериальной крови, суточная протеинурия, хлориды пота, цитологическое исследование мокроты;

- томография лёгких;

- компьютерная томография лёгких;

- бодиплетизмография;

- консультация торакального хирурга.

В то же время в изданной в 1997 году Комитетом здравоохранения г. Москвы программе обследования больных хроническими бронхитами предлагается в условиях терапевтических отделений следующий план лабораторного и инструментального обследования этой группы больных [3]. В амбулаториях и поликлиниках:

- общий анализ крови;

- общий анализ мокроты, включая определение содержания эозинофилов;

- исследование функции внешнего дыхания - пневмотахометрия и спирометрия, запись кривой поток - объём, а также проведение фармакологической пробы с беродуалом;

- рентгенография лёгких и придаточных пазух носа;

- ЭКГ;

- осмотр ЛОР - специалиста;

В условиях терапевтического (пульмонологического) отделения больницы (дополнительно к перечисленному) :

- при исследовании функции внешнего дыхания проведение фармакологической пробы с атровентом и беротеком (сальбутамолом);

- определение белковых фракций крови, а при хроническом обструктивном бронхите - альфа-1-антитрипсина (при возможности);

- бактериологическое исследование мокроты (при гнойном бронхите);

- определение парциального давления кислорода и углекислого газа в капиллярной крови при хроническом обструктивном бронхите;

- исследование иммунологического статуса при хроническом гнойном бронхите;

- проведение бронхоскопии, а при хроническом гнойном бронхите по показаниям - бронхографии;

- исследование давления в лёгочной артерии (яремная флебография, плетизмография, ЭХО-кардиография при хроническом обструктивном бронхите;

- определение бодиплетизмографии, диффузной способности лёгких.

Нами был проведен анализ реального положения дел в практике врачей стационаров в отношении качества диагностики форм хронических бронхитов, глубины обследования больных с этой патологией в свете вышеизложенных современных требований к объёму необходимых исследований для более точной верификации и формулирования диагноза.

Проанализировав 1537 историй болезни или выписок из них (1993 - 1998г.г.) из различных муниципальных медицинских учреждений г. Москвы, мы столкнулись с тем парадоксальным фактом, что врачи чаще всего определяют форму хронического бронхита по чисто внешним клиническим признакам - "на глазок".

Да, практически всем больным этой нозологической группы делаются общие анализы крови и мочи, электрокардиография, рентгенография или рентгеноскопия лёгких, а в 18% случаях - общий анализ мокроты с определением содержания эозинофилов. Но в подавляющем числе этим обследование и ограничивалось.

Газовый состав крови и кислотно-щелочное состояние крови для диагностики артериальной гипоксемии, дыхательного ацидоза проводилось лишь в 6% случаев и то практически тогда, когда больной попадал в реанимационное отделение. Но ведь без этих данных невозможно регулировать правильное применение салуретиков, гидрокарбоната натрия, контролировать уровень обменных процессов.

Определение функции внешнего дыхания проводилось только в 8% случаев. (Крайне редко проводилась пневмотахометрия и спирометрия, запись кривой поток-объем, проведение фармакологической пробы с атровентом и беротеком.) В большинстве случаев вопрос о наличии или отсутствии у больного нарушения бронхиальной проходимости, соответствии функциональной характеристики обструктивного синдрома в клинической картине заболевания решался весьма приблизительно. Чаще же всего вообще трудно было понять, на основании каких инструментальных или лабораторных исследований врач дифференцировал обструктивную и необструктивную формы хронического бронхита. Хотя известно, что необструктивный бронхит с обструкцией периферических путей можно рассматривать как доклиническую стадию хронического обструктивного бронхита.

Бронхоскопическое исследование проводилось в 9% случаев. Да, как отмечает Н.Р. Палеев, бронхоскопия не является обязательным методом исследования при хроническом бронхите, но имеет большое значение при дифференциации с другими бронхолёгочными заболеваниями, позволяет выявить и оценить локализацию и степень выраженности гипотонической трахеобронхиальной дискинезии, определить степень воспалительных изменений слизистой оболочки бронхов и характер секрета, получить аспират или промывные воды для микробиологического и цитологического исследования.

Оценка комплекса биохимических показателей проводилась в 7% случаев, хотя диагностика стёртых, малосимптомных обострений заболевания существенно дополняется исследованием активности щелочной фосфатазы, а определение активности воспалительного процесса - исследованием уровня сиаловой кислоты, серомукоида, С - реактивного белка, гаптоглобина, белковых фракций крови.

Несколько чаще (в 10%) проводилось микробиологическое исследование мокроты, причём как для выявления возбудителя, так и для определения чувствительности возбудителя к антибиотикам. Крайне редко имелась информация о проведении экспресс-диагностики определения чувствительности к антибиотикам. Врачи в основном проводят лечение эмпирически, в зависимости от эффекта действия назначенных препаратов в первые дни, меняя их затем при необходимости, но не зная, с каким возбудителем в данном конкретном случае они имеют дело (пневмококки, микоплазма, хламидия, моракселла, клебсиелла, гемофильная палочка и т.д.).

Исследования же иммунологического статуса, давления в лёгочной артерии (яремная флебография, плетизмография, ЭХО-кардиография: с целью ранней верификации развития лёгочного сердца и формирующейся гипертензии в системе лёгочной артерии), определение бодиплетизмографии, диффузной способности лёгких, рентгенография придаточных пазух носа, определение альфа-1-антитрипсина - не проводилось вовсе (видимо, чаще всего из-за невозможности), хотя, как следует из всего изложенного, современная программа лабораторного и инструментального обследования больных хроническими бронхитами включает в себя все эти требования.

О чём, в целом, свидетельствуют эти данные? Если исключить объективные моменты, то в остальном имеет место архаичная постановка дела, с одной стороны, а с другой, - факт отсутствия у многих врачей должной настороженности в отношении хронических бронхитов, непонимание необходимости как можно более раннего полного обследо-

ния этих больных (даже тогда, когда для этого есть все или частичные возможности). Не проводя тщательной диагностики формы и тяжести поражения дыхательных путей врачи, как следствие, недостаточно активно и адекватно, этиологически точно проводят лечение, а это, в свою очередь, прямой путь к росту хронизирующихся процессов.

Литература

1. Болезни органов дыхания / Под ред. Палеева Н.Р. Т. 3. М.: Медицина, 1990. 384 С.
2. Новиков Ю.К. Принципы лечения хронического бронхита //Русский мед. журнал. - 1998. - Т.6. - №4. - С. 208-212.
3. Алексеев В.Г., Яковлев В.Н. Хронический бронхит (диагностика и лечение).М. // Московский мед. журнал. - 1997. - Приложение.

SOME PROBLEMS OF EXAMINATION AND DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC BRONCHITIS IN GENERAL PRACTICE IN THE HOSPITALS

I.Ya. SULTANOV, Yu.G. KALACHNIKOV

Municipal Hospital N 53. 109432 Moscow, Trofimova st., 26

1537 patients histories and discharge summaries from different Moscow municipal hospitals were analyzed on the subject of pull examination of patients with chronic bronchitis.