

© КЛЯЧКИН Л.М., 1996

УДК 616.24 (063)

Л.М.Клячкин

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ 6-го НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ)

Москва

Ежегодный созыв национальных конгрессов по болезням органов дыхания Всероссийского научного общества пульмонологов (президент — академик РАМН А.Г.Чучалин) совместно с Европейским респираторным обществом прочно вошел в традицию отечественной пульмонологии. Последний из них — шестой — проходил в Новосибирске с 1 по 4 июля 1996 г. Президентом конгресса была академик РАМН Л.Д.Сидорова, представляющая Сибирское отделение РАМН. Содействие и помощь в проведении конгресса оказала администрация Новосибирской области. Успеху конгресса в немалой степени содействовала деятельность генерального спонсора — фирмы "Берингер Ингельхайм".

Несмотря на географическую отдаленность от центров конгресс собрал весьма представительную аудиторию не только из Сибири, но из центральной России, из стран ближнего зарубежья, а также из стран Западной Европы (Франция, Англия, Германия, Польша), явившись по существу международным конгрессом.

Конгресс отразил уровень развития мировой и отечественной пульмонологии, задачи и перспективы их развития. На нем были заслушаны доклады и лекции ведущих отечественных и зарубежных пульмонологов, проведены 80 симпозиумов, на которых выступали не только пульмонологи, но и фтизиатры, биохимики, генетики, патофизиологи, физиотерапевты и представители других смежных специальностей. На 11 спутных симпозиумах, проводимых зарубежными фирмами, обсуждены результаты и перспективы использования различных лекарственных препаратов, применяемых при заболеваниях органов дыхания. На конгрессе работала медицинская выставка, на которой зарубежными и отечественными фирмами были представлены оборудование и лекарственные препараты, используемые в пульмонологии. На конгрессе были проведены клинические разборы, представленные ведущими пульмонологическими клиниками, ассамблеи по проблемам хронического бронхита, бронхиальной астмы, организации пульмонологической службы. Конгресс был завершён актовой лекцией академика РАМН Л.Д.Сидоровой. Поступившие материалы опубликованы в сборнике, включающем резюме 2216 докладов.

Охватить все содержание конгресса в рамках одного отчета не представляется возможным. Поэтому приходится ограничиться лишь кратким изложением основных проблем, представленных к обсуждению.

Конгресс был начат лекцией академика А.Г.Чучалина о радионуклидных поражениях легких. Десятилетие памятной аварии на Чернобыльской АЭС явилось предпосылкой к подведению некоторых итогов, анализа патологии у ликвидаторов ее последствий. У них отмечена большая частота бронхолегочных заболеваний, завершающихся развитием фиброза и обуславливающих опасность опухолевого роста. А.Г.Чучалиным и его сотрудниками исследованы морфологические и молекулярно-биологические особенности предраковых состояний на фоне воспалительных процессов, сопровождающих радионуклидные пневмопатии. Установлен факт многолетней персистенции в легочной ткани элементов "чернобыльской пыли" и функциональной перестройки защитных систем. Анализ результатов длительного мониторингирования ликвидаторов аварии свидетельствует о высокой эффективности комплексного лечения, основой которого является программный бронхоальвеолярный лаваж.

Продолжалось изучение легочной патологии и в других очагах экологического загрязнения, в частности в зоне радиационного и химического воздействия Сибирского химического комбината (Андреев И.Г., Стрелис А.К., Томск).

При всей своей значимости радиационная патология не исчерпывает многообразных влияний внешней среды — экологической патологии. О влиянии факторов экологического неблагополучия сообщили Ю.А.Мизерничский и др., (Москва), А.А.Буганов (Оренбург), Л.Б.Худзик и др., (Саратов) и многие другие. Экологическая патология связана с воздействием профессиональных факторов: органической пыли (Васильева О.С., Москва) вибрационной болезни (Сухаревская Т.М., Новосибирск), влиянием хлорированных углеводородов — диоксинов (Косарев В.В., Самара). Продолжается изучение силикоза и его последствий, в том числе связи с ним туберкулеза (Алексеев Р.С. и др., Челябинск; Горбатовский Я.А. и др., Новокузнецк; Бобков В.А., Иваново и многие другие). На патогенетическое значение экологических факторов указывают эпидемиологические исследования о распространенности и особенностях легочной патологии в различных регионах страны и связи ее с климатогеографическими и техногенными особенностями этих регионов, в частности, в условиях Крайнего Севера (Степанов Ю.М. и др., Норильск), у населения большого промышленного города (Горбач В.Ф., Рязань), индустриального центра Западной Сибири (Рождественский М.Е. и др., Омск), о связи с различными видами антропогенного заражения (Цыбалов Л.М. и др., Санкт-Петербург), о влиянии химических загрязнений. Последний вопрос был поднят в лекции профессора Ф.Вуазена (Франция), который указал на роль двуокиси серы (кислотное загрязнение) и двуокиси азота (оксидантное загрязнение). Они повышают способность людей к аллергизации, а у сенситилизированных снижают порог чувствительности к аллергенам. Еще раз подтверждена роль табакокурения и необходимость борьбы с ним.

Проблема бронхиальной астмы (БА), ее этиопатогенеза, клиники, лечения находится в центре внимания пульмонологической общности. В программных и лекционных докладах на конгрессе были освещены вопросы о роли биологических дефектов и ее возникновении и развитии (Федосеев Г.Б., Санкт-Петербург), клеточные и молекулярные основы ее патогенеза как аллергического заболевания (Гущин И.С., Москва). На тематической ассамблее был обсужден комплекс вопросов об ее определении, патогенезе, в частности о роли воспаления и гиперчувствительности бронхов, ее классификации, о ступенчатом принципе ее терапии — все в связи с глобальной стратегией ВОЗ, *Global Initiative for Asthma* (GINA), опубликованной специальным приложением к журналу "Пульмонология" в 1996 г. А.Г.Чучалин обосновал необходимость принятия данной системы в качестве основы национальной программы борьбы с БА в России.

Отдельные вопросы проблемы БА рассмотрены на 23 (!) симпозиумах, что само по себе говорит о внимании, которое конгресс уделил этой проблеме. При обсуждении патогенеза БА, наряду со ставшими каноническими постулатами системы GINA, указывалось на роль нарушений липидного спектра крови и гемостаза (Тувев А.В., Пермь), биологических аминов (Федосеев Г.Б., Санкт-Петербург), протеазно-ингибиторной системы (Сизых Т.П., Иркутск), нарушений глюкокортикоидного гомеостаза (Трофимов В.И., Санкт-Петербург). Оригина-

нальные взгляды высказывали Б.А. Волков и др. (Томск), указав на роль нарушений пуринового обмена, как на стресс, связанный с задержкой метаболизма пуринов, своего рода метаболическую концепцию, сближающую БА с подагрой. Е.В.Путинцев (Иваново) рассматривает БА как диэнцефально-респираторное заболевание.

В диагностике БА предлагается, наряду с клинической оценкой тяжести и частоты приступов, показателей скорости выдоха, учитывать хемилюминесценцию лейкоцитов (фирма "Медланд Системз"; Дидковский Н.А., Москва). П.Д.Синицкий (Челябинск) рекомендует по показаниям применять бронхобиопсию.

Много докладов было посвящено лечению БА. Принципы ступенчатой терапии системы GINA были приняты за основу. Акад. А.Г.Чучалин выступил с обоснованием фармакологической коррекции бронхиальной обструкции, противовоспалительной и бронхолитической терапии, коррекции гиперреактивности слизистой бронхов и гладкомышечных клеток легких, определил основные направления в разработке новых лекарственных средств. Ряд авторов останавливались на стратегии и тактике кортикостероидной терапии (фирма "Берингер Ингельхайм", Овчаренко С.И., Москва; Ардаматский Н.А., Саратов и др.). Приводились данные о клинических испытаниях новых бронходилататоров: серевента (фирма "Глаксо Веллком"), вентокса (Цой А.Н., Москва), бенакорта, сальдекса (Трубинов Г.В., Барнаул), сальгема (Петругова Н.П. и др., Москва), сальтоса (Павлов В.М. и др., Москва), пролонгированных препаратов теофиллина и сальбутамола (Кукес В.Г., Москва), биастена (Порядин Г.В. и др., Москва). Фирма "Акта Медика" предложила новые препараты аллергодил и контраспамин.

В числе средств и методов немедикаментозной терапии, серьезно дополняющих международный консенсус, ограничивающийся фармакотерапией БА, рассматривались методы квантовой терапии — фотомодификация крови лазерным облучением (Федорова Т.А. и др., Москва; Саперов В.Н. и др., Чебоксары; Хадарцев А.А. и др., Тула), лазерное облучение кожных зон и биологически активных точек, применение лазера в поликлинических условиях (Барт Б.Я. и др., Москва), а также ультрафиолетовое облучение крови (Голубова Л.В. и др., Ижевск). Всеми авторами отмечено положительное действие лазера как на основную патологический процесс в легких, так и на течение сопутствующей патологии, установлено положительное влияние на перекисное окисление липидов и стимуляцию антиоксидантной защиты, иммунологическую реактивность, бактериологический спектр. Большое внимание привлекли методы электротерапии (Малявин А.Г., Москва), разгрузочно-диетической терапии (Поташов Д.А., Омск), акупунктуры (Александров А.Р., Санкт-Петербург), галотерапии (Страшнова О.В., Санкт-Петербург). Предложен новый вид спелеотерапии в сильвинитовых камерах на основе ингаляций аэроионов калия (Файнбург Г.З., Пермь). Все шире применяются методы респираторной терапии, в частности комплексной с использованием вспомогательной вентиляции, длительной кислородной терапии, электростимуляции диафрагмы (Лихачева Р.Я., Москва; Юревич В.М., Москва), гипоксические тренировки (Гепле Н.А. и др., Москва). В числе немедикаментозных методов обсуждалось также горно-климатическое лечение БА (Якушенко М.Н. и др., Нальчик).

Большое внимание привлекли сообщения о методах экстракорпоральной терапии (Татарский А.Р., Москва; Файзулина Р.И. и др., Уфа). Рассматривались также вопросы, связанные с неотложной терапией бронхоастматического статуса (Костина В.В. и др., Москва), с клиникой и лечением постреанимационной болезни (Селиванова Г.В., Новосибирск).

Необходимым компонентом современного лечения БА является обучение больных, которое делает их равноправными и деятельными участниками лечебного процесса. Оно проводится в астма-школах или астма-клубах. Его методам был посвящен специальный симпозиум (Белевский А.С. и др., Москва; Гавалов С.М. и др., Новосибирск).

Особенности клиники и лечения БА у детей рассматривались в обстоятельном докладе С.Ю.Каганова и др. (Москва). Было уделено внимание особенностям тяжелого течения БА с летальным исходом (Абелевич М.М. и др., Нижний Новгород; Швеца А.Ф. и др., Красноярск). Гериатрические аспекты проблемы БА содержались в докладах Л.И.Дворецкого (Москва), А.С.Логвиненко (Новосибирск), Н.Н.Прибыловой (Курск), С.Я.Ботаговой (Санкт-Петербург) и др.

Завершением обсуждения проблемы БА явился симпозиум по организации борьбы с ней, на котором были заслушаны доклады о системе аллергопульмонологической помощи детям (Гавалов С.М. и др., Новосибирск), о работе респираторно-восстановительного центра в поликлинике (Пашкова О.А. и др., Москва), об организации пульмонологической помощи в Рязанской (Романов В.И.) и Свердловской областях (Бельтюков Е.К. и др.), об эколого-гигиеничес-

ких аспектах формирования гипоаллергенного жилища (Чучалин А.Г., Алейников С.О. и др., Москва).

Центральной проблемой конгресса являлся и хронический бронхит. Обсуждению этой проблемы была предпослана лекция чл.-корр. РАМН Н.В. Путова, который изложил современные представления о хронической обструктивной болезни легких, объединяющей хронический обструктивный бронхит (ХОБ) и эмфизему легких — его неизбежный спутник. Весь комплекс вопросов этиологии, клиники и лечения ХОБ был предметом тематической ассамблеи и последующих 6 симпозиумов. А.Н.Кокосов (Санкт-Петербург) представил современное состояние проблемы и открыл дискуссию. Н.В.Путов (Санкт-Петербург) разъяснил различия между ХОБ и необструктивным бронхитом, нозологические границы которого остаются неопределенными. А.Г.Чучалин (Москва) подчеркнул, что основная черта ХОБ — снижение максимальной скорости выдоха. По ее величине классифицируются степени тяжести заболевания. Прогрессирование заболевания ведет к развитию дыхательной недостаточности, при которой больные становятся "розовыми" или "синими" в зависимости от типа дыхательных нарушений. В механизме обструкции следует различать обратимые факторы (спазм бронхиол, отек слизистой бронхов, окклюзия их слизи) и необратимые — эмфизему легких. С.И.Овчаренко (Москва) остановилась на клинике ХОБ.

Затем на ассамблее были рассмотрены принципы лечения ХОБ. Н.Г.Хмелькова (Москва) изложила схему этого лечения, которая включает обучение больных, бронхолитическую терапию, муко-регуляторные средства, противомикробную терапию во время обострения, коррекцию дыхательной недостаточности, наконец, реабилитационную терапию. В каждом случае надо выявлять и устранять факторы риска.

Е.И.Шмелев (Москва), подводя итоги обсуждения терапии ХОБ, отметил, что целью лечения является устранение или смягчение симптомов, улучшение функции дыхательных мышц, замедление прогрессирования болезни. Ступенчатое лечение должно включать сначала ипратропий как основной бронходилататор, при его недостаточности — бета-2-агонисты, наконец — теофиллин. Применение кортикостероидов следует начинать с пробной терапии в течение трех недель и продолжать ее при положительном эффекте.

Обсуждение на симпозиумах клиники и лечения ХОБ содержало вопросы о значении исследования трахеобронхиального клиренса (Провоторов В.М., Воронеж), о генетической детерминированности ХОБ (Кокосов А.Н., Санкт-Петербург), о состоянии кишечной микрофлоры (Поташов Д.А., Омск) и другие. Рассматривались вопросы фармакотерапии ХОБ с применением новых препаратов флемоксина, зинната, рулида, цедекса, рибомунила. Обсуждено место антибактериальной терапии (Александрова Н.И., Санкт-Петербург), применения повторных бронхоскопических санаций (Поташов Д.А., Омск). Современные рекомендации по лечению ХОБ и концепция базисной терапии обсуждены на сателлитном симпозиуме фирмы "Берингер Ингельхайм".

Среди методов немедикаментозной терапии ХОБ конгресс рассмотрел лечебную физкультуру, высоко- и сверхвысокочастотную электро-терапию, нормобарическую гипоксию, аэроионотерапию, пелоидотерапию. А.Н.Кокосов и др. (Санкт-Петербург) обобщили немедикаментозные методы лечения: основные показания к ним, группировку и рациональные сочетания методов, перспективы и проблемы развития.

Дыхательная недостаточность, осложняющая течение ХОБ по мере развития эмфиземы легких, связана с нарушением транспорта кислорода. Каскад PO_2 отражает состоятельность вентиляции и циркуляции в обеспечении адекватности доставки кислорода, его запросам в тканях (Неклюдова К.В. и др., Москва). В связи с этим требуются целенаправленные терапевтические действия, в частности кислородная терапия. Длительная (24-часовая) кислородная терапия — единственное средство при декомпенсированной эмфиземе легких. Показания к ее началу — выраженная гипоксемия. Наиболее удобный и информативный способ ее контроля — пульс-оксиметрия (Вюртембергер, Германия). Длительная кислородная терапия была темой специального симпозиума (Медников Б.Л., Самара). Ж.К.Науменко и др. (Москва) показали, что 50 % концентрации O_2 снижает гипоксию и нетоксична, потому предпочтительнее более высоких концентраций. По данным Д.Р.Ракиты и др. (Рязань), малопоточная длительная оксигенотерапия дает эффект, который хотя и наступает медленно, но более устойчив, чем при ГБО. Экстракорпоральные методы оксигенотерапии изучали О.В.Демикова и др. (Москва), Н.А.Крайнова и др. (Ростов-на-Дону). Положительным опытом длительной оксигенотерапии в поликлинических и домашних условиях поделились Л.К.Зеленкова и др. (Москва).

Методы респираторной терапии дыхательной недостаточности получают в отечественной пульмонологической практике все боль-

шее распространение. О первом опыте комплексной респираторно-восстановительной терапии в условиях поликлиники сообщили Р.Я.Лихачева и ее сотрудники (Москва). Все большей популярностью в лечении ХОБ пользуется метод гипоксических тренировок (Ахматова Б.Х. и др. Уфа; Башкатова В.Н. и др., Тула) и др.

Внимание пульмологов все больше привлекает синдром сонного апноэ — переходящие эпизоды остановок дыхания во сне. Профессор Вюртембергер (Германия) подробно описал клинику и тяжелые последствия этого синдрома и обосновал методику его респираторной терапии с помощью интраназальной вспомогательной вентиляции с постоянным положительным давлением (CPAP-терапия). Профессор П.Леви (Франция) посвятил свой доклад эпидемиологии и диагностике синдрома сонного апноэ, дифференциальной диагностике его центральной и обструктивной форм, методам и технике сомнологического исследования, которое увязывает данный синдром со структурой сна. По данным П.Леви, при частоте эпизодов апноэ до 10 в 1 час достаточны психотерапия и гигиена сна, при частоте их 10—20 в 1 час необходимо применение теofilлина, 20—30 в 1 час создают показания для CPAP-терапии, в более тяжелых случаях необходимо хирургическое лечение — пластика мягкого неба.

Пневмонии и борьба с ними сохраняют свое значение и высокую актуальность для здравоохранения. Профессор Ж.Юшон (Франция) подчеркнул, что сохраняется высокая смертность от пневмонии даже в развитых странах (в Европе — до 7%, в США — 19%, а по некоторым данным даже до 30%). Сохраняются трудности дифференциальной диагностики с острыми вирусными заболеваниями, с чем связана как гипер-, так и гиподиагностика пневмонии. Госпитализации подлежат больные с тяжелыми и осложненными формами. При сохранении роли пневмококка как основного возбудителя растет значение и других возбудителей, необходима их бактериологическая идентификация.

В клиниках Новосибирска, как показала Л.Д.Сидорова, летальность при пневмониях составляет 2% (у лиц старше 60 лет — 20%). В структуре причин смерти от болезней органов дыхания на долю пневмонии приходится в среднем 45%. Летальные исходы наблюдались при деструктивных полисегментарных формах, осложнении пиопневмотораксом, инфекционно-токсическим шоком, респираторным дистресс-синдромом взрослых, легочным кровотечением. По данным А.И.Синопольникова и др. (Москва) наиболее частыми возбудителями являются пневмококк, зеленящий или пиогенный стрептококк, гемофильная палочка. Часто наблюдается сочетанная пневмопневмония и инфекция.

Высокая гипердиагностика сохраняется даже в таком центре, как Санкт-Петербург (Коровина О.В.), при поступлении в клинику диагноз был подтвержден лишь у 43% больных, направленных по поводу пневмонии. Под маской этого диагноза скрывались опухоли, туберкулез, обострения ХОБ, ОРВИ и другие формы легочной патологии, что указывает на серьезное неблагополучие в поликлиническом звене.

Формирование затяжного течения пневмонии, по данным С.Ю.Ландышева (Благовещенск), связано с повышением перекисного окисления липидов и недостаточностью антиоксидантной защиты. Поэтому в патогенетической терапии пневмонии большое значение имеет антиоксидантная терапия (Новоженков В.Г. и др., Москва).

Антибактериальная терапия пневмоний включает новые перспективные препараты. Приводились данные о клинических испытаниях рулида (Лещенко И.В. и др., Екатеринбург), цефипрома (Апулянина И.Д. и др., Москва).

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) до сих пор недостаточно знакомы практическим врачам. Закономерности патогенеза и морфогенеза позволяют рассматривать их как группу болезней с единым патогенезом, характеризующимся нарушением межклеточных взаимодействий в легких, функций альвеолярных макрофагов, фибробластов и гранулоцитов. Нарушаются механизмы регенерации, что приводит к общему для всей группы признаку — развитию альвеолита и фиброза (Пауков В.С., Москва). Токсический фиброзирующий альвеолит — одна из наиболее частых форм ИЗЛ характеризуется инспираторной одышкой, рестриктивным синдромом, развивающимся вследствие фиброзирования легких (Орлов Г.П. и др., Санкт-Петербург). Для лечения фиброзирующих альвеолитов рекомендуются плазмаферез (Илькович М.М., Санкт-Петербург), целестон (Шмелев Е.И., Москва).

Саркоидоз как одна из частых форм ИЗЛ по многим признакам сближается с туберкулезом. А.Г.Хоменко и др. (Москва) показали, что измененные — зернистые — формы микобактерий туберкулеза являются возбудителем саркоидоза. Большой опыт в диагностике и лечении саркоидоза позволил М.В.Теряевой и др. (Екатеринбург) прийти к выводу, что систематический контроль и лечение больных саркоидозом должны сосредотачиваться в руках фтизиатров. В ряде докладов были освещены некоторые стороны патогенеза и клиники

саркоидоза: изменения ангиотензинпревращающего фермента, кардиальные нарушения, развитие бронхообструктивного синдрома. А.В.Лебедева и др. (Москва) показали значение бронхофиброскопии в диагностике саркоидоза легких.

Несмотря на определенные успехи в борьбе с туберкулезом легких (ТБЛ), заболеваемость им в последние годы не только не снижается, но во многих странах даже наблюдается тенденция к ее росту и утяжелению течения, что угрожает возникновением новой эпидемической волны. Необходимость раннего распознавания туберкулеза требует от практических врачей, в том числе и пульмологов, повышения осведомленности об его проявлениях и течении. На конгрессе в связи с этим была запланирована лекция академика РАМН А.Г.Хоменко о современных проблемах туберкулеза легких и был проведен ряд симпозиумов. Современное выявление микобактерий туберкулеза при их обнаружении обычными методами требует применения люминесцентной бактериоскопии и культуральных исследований крови (Чуканов В.И. и др., Москва). Установлено, что течение инфильтративного ТБЛ имеет возрастные особенности (Корецкая Н.М., Красноярск), которые надо учитывать при распознавании его (различная частота распада, осложнения плевритом и др.). Диагностика туберкулезного серозного плеврита (Савельев А.В. и др., Екатеринбург) должна проводиться на основании разработанного авторами алгоритма с учетом клинико-лабораторных тестов и биопсии плевры в ранние сроки заболевания. Современное течение ТБЛ нередко принимает формы тотальной милиарной диссеминации с множественным распадом, очагами казеозной пневмонии, с внегочечными поражениями (Конonenko В.Г., Новосибирск). Клиническая структура ТБЛ у впервые выявленных больных характеризуется преобладанием инфильтративных, диссеминированных, очаговых форм и плеврита. При этом характерна поздняя диагностика из-за отсутствия профосмотра и должной настороженности у врачей.

Организация выявления и качественного лечения ТБЛ в последние годы, как показали И.Г.Урсов и др. (Новосибирск) ухудшаются и требуют чрезвычайных мер по их улучшению, перехода на бактерицидные схемы химиотерапии, в том числе внутривенные, применения раннего пневмоторакса и хирургических вмешательств. А.Г.Хоменко и В.И.Чуканов (Москва) считают химиотерапию бациллярных больных приоритетным направлением современной фтизиатрии. А.А.Приймак и др. (Москва) обосновывают закономерность амбулаторного лечения впервые выявленных больных ТБЛ и необходимость расширения показаний к нему.

Вместе с этим растет интерес к немедикаментозным методам в комплексном лечении ТБЛ. А.Г.Хоменко и его сотрудники В.Г.Добкин, В.И.Чуканов и др. (Москва) сообщили об успешном применении магнитолазера при деструктивных формах ТБЛ. Лазер использовался для наложения, акупунктурного, внутривенного, внутрибронхиального, внутриволостного действия. В лечении активных распространенных форм ТБЛ применялись и другие методы физиотерапии: индуктотермия, ДМВ-терапия, синусоидально-модулированные токи, переменное магнитное поле. Они применялись также при сочетаниях ТБЛ с неспецифическими заболеваниями легких. О позитивном действии физических методов лечения активного ТБЛ докладывали также З.В.Лавор и др. (Минск), А.С.Абалмасова и др. (Иваново), А.Н.Новицкий и А.К.Стрелис (Томск) и многие другие. Приведенными данными опровергается традиционное мнение о ТБЛ как огульном противопоказании к применению физиотерапии. Более того, ТБЛ должен рассматриваться как самостоятельное показание к применению физиотерапии в его комплексном патогенетическом лечении. Тем более он не должен считаться противопоказанием к применению любых методов физиотерапии для лечения сопутствующих ему заболеваний.

На конгрессе с достаточной полнотой была представлена проблема муковисцидоза (МВ). Фактическая его распространенность значительно больше предполагаемой, а успехи в его лечении и реабилитации позволяют значительно продлить жизнь больных. Теперь доживают до взрослых лет не только гетерозиготные, но и гомозиготные больные МВ. Однако разрыв между научными достижениями и практическими успехами в изучении этого тяжелейшего вида патологии еще очень велик, что требует повышения уровня знаний практических пульмологов, совершенствования помощи больным, в частности организации центров их реабилитации. Надо шире внедрять потовый тест, простой, доступный и в то же время высокоинформативный, ставить его всем детям и молодым людям часто болеющим, особенно гнойным бронхитом и бронхоэктатической болезнью.

Патогенетические особенности воспалительного процесса в легких у больных МВ изучены Т.Е.Гембицкой (Санкт-Петербург). Выявлен значительный дисбаланс в системе протеиназы — ингибиторы. Активный хемотаксис нейтрофилов с последующим их разруше-

нием и освобождением протеиназ приводит к дополнительному дисбалансу в этой системе и, вероятно, к разрушению альвеолярных макрофагов. По данным Н.И.Капранова и др. (Москва), для пренатальной диагностики МВ необходим анализ сцепления гена МВ с полиморфными локусами, расположенными рядом или непосредственно в гене.

Изучение особенностей эпидемиологии и клиники МВ у детей раннего возраста показало, что более половины больных составили дети первого года жизни, с преобладанием девочек. С большой частотой выявлялась сопутствующая патология: рахит, гипотрофия, энцефалопатия. Начальные симптомы поражения легких развились у большинства больных на первом году жизни, но у части больных заболевание дебютировало кишечным синдромом (Гусаров С.А. и др., Челябинск). Повышение выживаемости больных МВ требует форсированного изучения особенностей его патологии и лечения у взрослых (Чучалин А.Г., Москва).

По проблемам хирургии легких с лекцией выступил академик РАМН М.И.Перельман (Москва). Он сосредоточил внимание главным образом на проблеме рака легких, подчеркнул роль курения в его этиологии, опасное распространение курения в нашей стране. При подозрении на рак легких необходима компьютерная томография, цитологическое исследование мокроты. При центральном расположении опухоли основное диагностическое значение принадлежит бронхоскопии с биопсией, при периферическом — катетеризации бронха или трансторакальной пункции. Оперируемость больных остается недостаточной из-за поздней диагностики, отказов больных. Больным все еще отказывают от операции по возрасту. Между тем ожидаемая средняя продолжительность жизни у 70—80-летних лиц требует шире оперировать пожилых больных. Пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении составляет 51,2%, что укладывается в среднюю продолжительность предстоящей жизни этих людей, тогда как при радиационном лечении переживают этот срок 15,1%, а при химиотерапии — 3%.

На симпозиуме по хирургическому лечению заболеваний легких были заслушаны доклады о хирургическом лечении буллезной эмфиземы легких (Вишневецкий А.А. и др., Москва; Варламов В.В. и др., Санкт-Петербург; Проханов В.А., Краснодар), по хирургическому лечению спонтанного пневмоторакса (Харькин А.А. и др., Москва; Коротков Н.И. и др., Иваново). Обсуждались доклады о видеоторакоскопических операциях — резекции легкого (Тавровский А.В., Новокузнецк), плевритов (Самохин А.Я., Москва). Рассматривались вопросы хирургического лечения запущенных форм двустороннего деструктивного ТБЛ (Андренко А.А., Новосибирск). М.И.Перельман и др. осветили принципы послеоперационного ухода в хирургии легких (адекватное восполнение кровопотери в режиме гемодилюции, пролонгированная искусственная вентиляция легких, поддержание трахеобронхиальной проходимости, превентивная антибиотикотерапия, строгая асептика, контролируемое ведение плевральной полости).

На симпозиуме по легочным нагноениям заслушивались доклады о лечении острых абсцессов и гангренов легких (Шойхет Я.Н. и др., Барнаул, Гиллер Б.М. и др., Челябинск, Нигматуллин М.С., Уфа), а также о лечении эмпием плевры (Цеймах Е.А. и др., Барнаул; Бисенков Л.Н. и др., Санкт-Петербург; Орнер М.И. и др., Челябинск; Прищепо М.И., Москва; Щербина В.И. и др., Москва).

По проблеме реабилитации бронхолегочных больных в материалах конгресса было опубликовано более 300 резюме, т.е. около 15% всех опубликованных материалов, что само по себе свидетельствует о большом интересе к данной проблеме. Ей были посвящены 4 симпозиума. Многие материалы были доложены на симпозиумах по отдельным видам легочной патологии, там они рассматриваются и в отчете. Учитывая, однако, известную самостоятельность проблемы медицинской реабилитации, целесообразно подвести суммарный итог, способствуя целостному восприятию этой проблемы.

Реабилитационные аспекты легочной патологии включают прежде всего применение различных физических факторов (квантовая терапия — лазерное и ультрафиолетовое облучение, электро-, ингаляционная, бальнео-, магнитотерапия и др.). Все они активно разрабатываются как в Российском научном центре реабилитации и физиоте-

рапии, так и в пульмонологических стационарах и поликлиниках в центрах и на периферии. Отмечен большой и растущий интерес к другим методам немедикаментозной терапии: кинези-, рефлекс-, диетотерапии. Все они в той или иной мере были представлены на конгрессе.

Следует отметить принципиально новую методику кинезите-рапии "Детензор", автор которой проф.К.Кинляйн (Германия) и сотрудники фирмы "Медарт Поликура" (Балакирева О.В. и др.) показали, что разгружающее влияние данного метода на позвоночник не только благоприятно влияет на его заболевания (остеохондроз и др.), но и способствует улучшению механики дыхания, что позволяет с успехом применять его в лечении обструктивных заболеваний легких.

При обсуждении итогов (Клячкин Л.М., Москва) поставлена задача преодоления разобщенности исследований, необходимость углубленного изучения механизмов лечебного действия физических факторов и их комплексов, повышения объективности оценки их лечебного эффекта и разработки его критериев, методологии оптимального выбора дифференцированной и индивидуализированной тактики их применения.

Помимо перечисленных в отчете проблем на конгрессе были также обсуждены: иммунодефицитные состояния, физиология и патология дыхания, вирусные заболевания, сурфактантная система, диагностические ошибки, региональная пульмонология (в Сибири, на Урале, в Беларуси).

Организации пульмонологической службы были посвящены асамблея и симпозиум, на которых был обсужден проект приказа МЗ РФ по организации пульмонологической службы. Активное обсуждение его позволило высказать ряд существенных и обоснованных предложений.

Конгресс был завершен актовой лекцией академика РАМН Л.Д.Сидоровой "Особенности пневмоний Западной Сибири", которая была заслушана участниками конгресса с большим вниманием. Итоги конгресса были подведены академиком А.Г.Чучалиным.

В интересах успешности проведения последующих конгрессов нужно отметить некоторые недостатки конгресса прошедшего.

1. Лекционные (проблемные) доклады слишком коротки, что не соответствует важности проблем. Целесообразно увеличить их регламент.
2. Симпозиумы перегружены докладами. Выполнение намеченных программ не оставляет времени на вопросы — ответы и на дискуссию.
3. В симпозиумы включаются подчас доклады на мелкие темы. Следует ужесточить отбор материалов для включения в симпозиумы, стремясь при этом к тому, чтобы их совокупность отражала в целом проблему, обозначенную в названии симпозиума.
4. Слишком много докладчиков не прибыло на конгресс. Дело здесь вовсе не в географической отдаленности, так как среди неприехавших не мало жителей Сибири. Очевидно, что в этом проявляется дефицит научной ответственности, что, по-видимому, надо учитывать при формировании программы.
5. Нужно вернуться к стендовым докладам, которые на данном конгрессе не были использованы. Возможно, что вместо отдельных, подчас непропорционально мелких сообщений лучше было бы использовать форму обобщенных докладов, объединяющих близкие по тематике сообщения.
6. Проблема реабилитации оказалась крайне разобщенной и вследствие распыления докладов по симпозиумам, и вследствие отсутствия проблемного лекционного доклада (как и на предыдущих конгрессах).
7. На фоне всестороннего охвата проблем пульмонологии досадным упущением выглядит практически полное отсутствие материалов по курортотерапии. Едва ли надо доказывать значимость этого раздела пульмонологии. Не исключено, что его отсутствие отражает объективные недостатки курортотерапии пульмонологического контингента больных. Это тем более требует вынесения проблемы курортной пульмонологии на обсуждение.

Все эти замечания не могут поколебать оценки прошедшего конгресса как выдающегося события в отечественной пульмонологии.

ОТЧЕТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО НАУЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА ПУЛЬМОНОЛОГОВ ЗА ПЕРИОД С 1986 ПО 1995 гг.

Общество образовано на базе пульмонологической секции городского научно-практического общества терапевтов им.С.П.Боткина в феврале 1986 г. В состав правления вошли научные сотрудники и практические врачи из разных учреждений, имеющие личный опыт в области пульмонологии: проф.Д.М.Злыдников (ВНИИ гриппа), проф.А.Н.Кокосов (ВНИИ пульмонологии), главный пульмонолог ГУЗЛ проф.Т.Е.Гембицкая (ВНИИ пульмонологии), проф.О.В.Коровина (ЛенГИДУВ), проф.В.И.Трофимов (1 ЛМИ), проф. В.А.Яковлев (ВМА), Н.В.Михайлов (спец. поликлиника № 85). Председателем был избран Д.М. Злыдников, его заместителями — А.Н.Кокосов, О.В.Коровина, казначеем — Н.В.Михайлов. Заседания проводились в фиксированный день ("третья среда") с октября по май, на протяжении 1,5—2 часов. Количество присутствующих на заседаниях — от 18 до 150 чел. Основное место заседаний — ВНИИ пульмонологии, в отдельных случаях были выездные заседания, на базе ВМА. Содержание заседаний: доклады (72), демонстрации клинических наблюдений (52), информация о наиболее интересных форумах специалистов — в нашей стране и за рубежом, информация о новых лекарственных препаратах, полезных для пульмологов (14); совместные заседания с другими научно-практическими медицинскими обществами — фтизиатров (2), детских врачей (1), врачей по физиотерапии и лечебной физкультуре (2). По просьбе редакции журнала "Терапевтический архив" была проведена читательская конференция с обсуждением пульмонологической тематики на страницах этого журнала. Популярными оказались тематические заседания (22), когда доклад и клинические демонстрации были посвящены одной теме. До распада СССР на заседаниях регулярно выступали пульмонологи из союзных республик

(Азербайджан, Армения, Белоруссия, Туркмения) и городов России, в последние годы выступления "иногородних" пульмологов единичны. В январе 1996 г. наиболее активные члены общества из числа практических врачей по решению правления общества были отмечены вручением цветов и памятными сувенирами, в качестве таковых служили сборники клинических лекций по пульмонологии (вып.1), изданные ВНИИП, с дарственной надписью, визированной членами правления общества. В числе награжденных — А.К.Фридлянд (ординатор отделения терапии НЗЛ клиники СПб мед. университета), Г.П.Поспехова (консультант-пульмонолог МСЧ), Т.И.Чернуха (зав. пульмонологической ВТЭК СПб), И.Г.Рыжова (врач-пульмонолог поликлиники № 25). Работа правления общества была признана удовлетворительной. В новый состав правления были избраны проф.А.Н.Кокосов (ГНЦП), О.В.Коровина (СПб мед. академия последипломного образования), проф.М.М.Илькович (ГНЦП), главный пульмонолог мэрии СПб проф.Т.Е.Гембицкая (ГНЦП), проф. В.И.Трофимов (СПб мед. университет), проф.В.В.Вытришак (ВМА), Н.В.Михайлов (специализированная поликлиника, казначей).

В качестве пожеланий новому составу правления было предложено: увеличить число "выездных" заседаний общества, наметить план "мемориальных" заседаний, продолжить практику поощрения наиболее активных членов общества, в первую очередь из числа практических врачей.

Председатель Правления научного медицинского
общества пульмологов в Санкт-Петербурге
профессор А.Н.Кокосов, 13.05.96.