

Н. А. Вологин (Чебоксары). Опыт работы отделения функциональной диагностики в больнице скорой медицинской помощи

В больнице скорой медицинской помощи г. Чебоксары работает отделение функциональной диагностики, в состав которого входят 6 кабинетов: электрокардиографии, фонокардиографии, исследования функции внешнего дыхания, центральной нервной системы, периферической гемодинамики и велоэргометрии. Создание отделения функциональной диагностики позволило рационально использовать сложное дорогостоящее оборудование и обеспечить круглосуточное безотказное обслуживание функциональными методами диагностики всех нуждающихся, улучшить качество обследования и сократить его сроки. Значительно расширился объем функциональных методов обследования, что является весьма важным и при переходе к диспансеризации всего населения, поскольку не требует дополнительных штатов. Достигнуто существенное (в 2 раза) повышение производительности труда медицинских работников при неизменном штате и увеличении (в 9 раз) количества специальных методов обследования по сравнению с данными показателями 1980 г.

Поскольку основой получения наилучших качественных и других показателей в работе отделения функциональной диагностики является систематическое повышение профессионального уровня, большое внимание было уделено теоретической и практической учебе персонала. Все врачи прошли специализацию и усовершенствование в ГИДУВах и на местных базах республиканской больницы и кардиодиспансера.

Постоянное повышение квалификации медицинских сестер и рационализация рабочих мест привели к увеличению пропускной способности кабинетов и нагрузки на аппарат, а также к ликвидации отказов. Кроме того, уменьшились временные затраты на вспомогательные операции при выполнении функциональных методов исследования, достигнута экономия электроэнергии, регистрирующей пленки, бумаги. Квалифицированная эксплуатация аппаратов, основанная на высоком профессиональном уровне медперсонала, позволила сократить расходы и на ремонт оборудования.

Создание отделения функциональной диагностики в крупных многопрофильных больницах экономически рационально и необходимо. Организация такого отделения благодаря расширению объема функциональных исследований, внедрению новых современных методов способствует улучшению качества лечебно-диагностической работы и экспертизы трудоспособности.

УДК 616.24—002.5:576.8.097.2

И. М. Абашев (Чебоксары). Микробная аллергия у больных хроническим деструктивным туберкулезом легких

Целью нашей работы было выявление микробной аллергии у больных хроническим деструктивным туберкулезом легких. Под наблюдением находилось 114 больных, из них в возрасте до 40 лет было 14,9%, от 41 до 50—24,5%, от 51 до 60—38,7%, старше 61 года — 21,9%. Длительность заболевания туберкулезом до 5 лет констатирована у 20,6% обследованных, от 5 до 10 — у 26,4%, от 10 до 20 — у 24,5% и более 21 года — у 28,5%.

Туберкулез у 45 (39,5%) больных сочетался с простым неосложненным бронхитом, у 47 (41,2%) — с гнойным хроническим бронхитом, у 11 (9,6%) — с тяжелым обструктивным бронхитом.

Микробную сенсibilизацию изучали с помощью внутрикожных проб с диагностическими аллергенами стафилококка, стрептококка, пневмококка и кишечной палочки, а также по тесту повреждения нейтрофилов (ПНН) с теми же аллергенами. В комплекс исследования были включены определение числа Т-лимфоцитов тестом спонтанного розеткообразования и В-лимфоцитов методом комплементарного розеткообразования; уровня иммуноглобулинов класса А, М, G по Манчине.

101 больному были поставлены кожные пробы, 107 проведен тест ПНН. Положительная реакция наблюдалась у 76 (66,7%) больных. Наиболее часто бактериальная сенсibilизация имела место к стафилококку (31,6%), пневмококку (22,8%), стрептококку (21,1%) и реже к кишечной палочке (7,8%).

Частота бактериальной сенсibilизации зависела от характера сопутствующей патологии. Так, при сочетании туберкулеза с неосложненным бронхитом бактериальная сенсibilизация составила $53,3 \pm 7,5\%$, у лиц с гнойным хроническим бронхитом — $78,7 \pm 6,0\%$ ($P < 0,01$). Особое внимание следует обращать на больных туберкулезом в сочетании с тяжелым обструктивным бронхитом. Бактериальная сенсibilизация была отмечена у 8 из 11 таких больных.

Иммунологические исследования показали более выраженные отклонения в иммунной системе у лиц с сенсibilизацией к бактериальным аллергенам, в частности уменьшение процентного и абсолютного числа Т-лимфоцитов при наличии сенсibilизации. У лиц с сенсibilизацией обнаружена тенденция к большей выработке всех 3 классов иммуноглобулинов, чем у больных без нее ($P < 0,05$). Такая закономерность

позволяет предположить, что сенсibilизация к неспецифической инфекции чаще возникает на фоне измененной реактивности, а это, в свою очередь, отягощает течение туберкулеза.

УДК 616.248—053.2—07:576.8.077.3

С. В. Мальцев, Л. Р. Смирнова, Н. И. Кузнецова (Казань). Влияние сенсibilизации на характер иммунологических нарушений при бронхиальной астме и астматическом бронхите у детей

Целью работы было изучение состояния иммунологической реактивности при бронхиальной астме и астматическом бронхите у детей в зависимости от тяжести процесса и степени сенсibilизации к бактериальным аллергенам.

Под наблюдением находилось 111 детей в возрасте от 7 до 14 лет с инфекционно-аллергическими заболеваниями. У 36 из них была бронхиальная астма (у 5 — тяжелое течение, у 22 — средней тяжести, у 9 — легкое), у 75 — астматический бронхит (у 17 — тяжелое течение, у 32 — средней тяжести, у 26 — легкое). Длительность заболевания составляла от 1 до 8 лет. Для контроля обследованы 30 здоровых детей.

Для подтверждения инфекционно-аллергической природы заболевания учитывали тщательно собранный аллергологический анамнез и клиническую картину заболевания. Аллергологическое обследование включало постановку внутрикожных проб с очищенными бактериальными аллергенами (золотистым стафилококком, пиогенным стрептококком, кишечной палочкой) и теста ППН (показателя повреждения нейтрофилов) с бактериальными аллергенами.

Характер иммунных нарушений оценивали по показателям гуморального (иммуноглобулины класса G, A, M) и клеточного (реакция бласттрансформации лейкоцитов с фитогемагглютинином) иммунитета. Оценку нейтрофильного фагоцитоза проводили по спонтанной и индуцированной реакциям восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест).

При астматическом бронхите и бронхиальной астме сенсibilизацию в основном вызывают аллергены золотистого стафилококка и пиогенного стрептококка, в меньшей степени — аллерген кишечной палочки. В некоторых случаях отмечается сенсibilизация к двум и трем аллергенам: при бронхиальной астме — у 16,5%, при астматическом бронхите — у 33,3%. При бронхиальной астме высокий уровень сенсibilизации наблюдался у 13,9% больных, средний — у 47,2%, низкий — у 38,9%; при астматическом бронхите — соответственно у 24%, 46,7%, 29,3%. Тест ППН при бронхиальной астме был положительным у 75% детей, при астматическом бронхите — у 80,0%.

При изучении гуморального, клеточного иммунитета и системы нейтрофильного фагоцитоза у больных с астматическим бронхитом при высоком и среднем уровне сенсibilизации выявлено достоверное снижение уровня IgG, бласттрансформации лейкоцитов с фитогемагглютинином, индуцированного НСТ-теста. При слабой степени сенсibilизации отмечалось только достоверное снижение клеточного иммунитета. При изучении тех же показателей у больных бронхиальной астмой констатированы достоверное снижение только бласттрансформации лимфоцитов с фитогемагглютинином и тенденция к снижению нейтрофильного фагоцитоза при более выраженных кожных пробах. Эти изменения подтверждались также данными корреляционного анализа. При астматическом бронхите была выявлена достоверная корреляционная связь тяжести процесса и степени сенсibilизации ($r=+0,47$). В то же время чем тяжелее был процесс, тем больше угнетались клеточный иммунитет ($r=-0,38$), система фагоцитоза ($r=-0,39$), снижалось содержание IgG ($r=-0,37$).

При бронхиальной астме также выявлена прямая зависимость кожных проб от тяжести процесса ($r=+0,78$). Однако корреляции между тяжестью процесса и изменениями бласттрансформации лимфоцитов, уровнем иммуноглобулинов крови (A, M, G) и показателем фагоцитоза не обнаружено. Различия при данных заболеваниях можно объяснить тем, что бронхиальной астме не всегда предшествует астматический бронхит, механизмы их развития не являются идентичными, и патогенез бронхиальной астмы более сложный.

Таким образом, при бронхиальной астме и астматическом бронхите отмечается зависимость тяжести процесса от степени бактериальной сенсibilизации. При бронхиальной астме не установлено корреляции между тяжестью процесса и изменениями иммунологических показателей, хотя наблюдается снижение клеточного иммунитета, а также нейтрофильного фагоцитоза при высокой степени сенсibilизации. При астматическом бронхите установлено снижение уровня IgG, нейтрофильного фагоцитоза и клеточного иммунитета, которые коррелировали с тяжестью заболевания.