

**ПРОФИЛАКТИКА
ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ**
Методические рекомендации

ЛЕНИНГРАД
1987

Методические рекомендации рассмотрены и одобрены
Ученым Советом ВНИИ пульмонологии МЗ СССР.

Методические рекомендации подготовили: П.П. Горбенко,
Л.А. Зимина, А.В. Дубинская, Н.Г. Степанова, А.Н. Александров.

Редактор – директор ВНИИП МЗ СССР член-корр.
АМН СССР профессор В.Н. Путов.

Заболевания органов дыхания являются наиболее распространенным видом патологии, они составляют около 70% всех случаев заболеваемости и около 30% дней нетрудоспособности. Значительную долю среди них составляют хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), чаще всего это хронический бронхит (ХБ) и бронхиальная астма (БА). В настоящее время в промышленно развитых странах ХНЗЛ прочно заняли 3–4 место как причина заболеваемости, болезненности, инвалидизации и смертности населения. Число больных ХНЗЛ в этих странах составляет от 5 до 20% по отношению ко всему взрослому населению. Для ХБ и БА характерно поражение в наиболее трудоспособном возрасте, как правило, прогрессирующее течение и ранняя инвалидизация. Увеличение распространенности хронических неспецифических заболеваний легких на протяжении последующих десятилетий связано с бурным развитием производственно-хозяйственной деятельности человека, несвоевременным проведением необходимых профилактических мероприятий. Этому способствует и позднее выявление ранних этапов развития ХНЗЛ, обусловленное недостаточными знаниями практических врачей особенностей ранних этапов ХНЗЛ и факторов, способствующих их развитию, а также недостаточным знакомством с арсеналом методов и средств, имеющихся в профилактической пульмонологии. Все это делает решение вопроса профилактики ХНЗЛ важной социальной и экономической проблемой.

Этапы формирования, факторы риска,
характеристика ранних этапов ХНЗЛ

Переход от здоровья к болезни не является внезапным. Между этими состояниями организма имеется ряд переходных этапов, каждый из которых имеет свои особенности.

В развитии ХНЗЛ в настоящее время выделяют четыре этапа:

- 1) состояние угрозы развития хронических заболеваний легких;
- 2) состояние предболезни;
- 3) болезнь;
- 4) болезнь с осложнениями.

В диагностике ранних этапов формирования легочной патологии большое значение имеет выявление факторов риска. Их разделяют на экзо- и эндогенные.

Экзогенные факторы риска – это условия окружающей среды, которые прямо или косвенно оказывают неблагоприятное действие на органы дыхания. Их можно разделить на три группы:

1-я – факторы преимущественно снижающие защиту органов дыхания (активное и пассивное курение, загрязнение воздуха газообразными веществами, токсическими и раздражающими аэрозолями и аллергенами, термические нагрузки на органы дыхания);

2-я – факторы преимущественно снижающие общую защиту организма (профессиональные вредности, кроме загрязнения вдыхаемого воздуха; физическое и психическое перенапряжение, неправильное и недостаточное питание, переохлаждение и перегревание, проживание в экстремальных условиях, злоупотребление алкоголем, гиподинамия и др.);

3-я – факторы биологического воздействия (вирусы, микроорганизмы, грибки).

Эндогенные факторы риска – это характеристики организма, которые отражают нарушения врожденного или приобретенного характера в системе местной и общей защиты или создают условия для их развития. Их также можно разделить на три группы:

1-я – факторы, свидетельствующие о нарушении защиты органов дыхания (латентная измененная реактивность дыхательных путей, функциональная недостаточность мукоцилиарного транспорта, нарушение местной иммунологической и ферментативной защиты, нарушение метаболизма липидов в легких, недостаточность кондиционирующей функции дыхательных путей). Клиническими признаками, отражающими недостаточность местной защиты, являются повторные острые бронхолегочные заболевания, особенно с затяжным течением, частые (три и более раз в году) острые респираторные инфекции, патология верхних дыхательных путей с нарушением дыхания через нос и хроническими очагами инфекции, кашель курильщика, кашель вследствие раздражения дыхательных путей, частые бронхолегочные заболевания в детском возрасте, перенесенный туберкулез органов дыхания.

2-я – факторы, свидетельствующие о нарушении общей реактивности организма: сенсибилизация аллергенами, клиническими проявлениями которой могут быть внелегочные аллергические заболевания; нарушение общей иммунологической защиты, функциональные изменения центральной и вегетативной нервной системы, гормональные расстройства.

3-я – конституциональные особенности: пол, возраст, наследственная предрасположенность к легочным и аллергическим заболеваниям, врожденная и приобретенная деформация грудной клетки и позвоночника, наследственно обусловленный дефицит α 1-антитрипсина.

Среди экзогенных факторов риска наибольшее значение для развития ХНЗЛ имеют факторы преимущественно снижающие местную защиту и биологические факторы, среди эндогенных – факторы, свидетельствующие о нарушении защитных механизмов органов дыхания, а также особенности конституции.

Наличие эндо- и экзогенных факторов риска с признаками недостаточности защиты органов дыхания характеризует состояние угрозы развития ХЗЛ. На этапе угрозы не представляется возможным определить путь, по которому в дальнейшем может пойти формирование патологии легких. Это можно сделать на следующем этапе – предболезни (состояние предастмы, предбронхита). Под предболезнью понимают качественно новое состояние организма, при котором появляются ранние слабовыраженные клинические симптомы заболевания, но еще отсутствует развернутая клиническая картина болезни.

Изложенные представления определяют систему мер по профилактике заболеваний органов дыхания, в особенности ХНЗЛ, в основу которой должно быть положено повышение адаптационно-защитных возможностей системы дыхания и организма в целом и устранение экзогенных факторов.

Общая характеристика системы профилактики

Реализация общегосударственных мероприятий, сформулированных в материалах XXVII съезда КПСС, Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» предполагает введение всеобщей диспансеризации населения, высокое качество диспансерного обслуживания, внедрение в практику новых организационно-методических форм оздоровления трудящихся, ранее начало, планомерность и индивидуальность лечебно-оздоровительных мероприятий.

Существующая в настоящее время система диспансеризации больных ХНЗЛ, основанная на обращаемости населения за медицинской помощью, приводит к позднему выявлению ХНЗЛ, на этапах развернутой клинической картины или осложнений. В этих случаях даже при использовании самых современных лечебных мероприятий зачастую невозможно добиться стабилизации процесса, а тем более его обратной динамики. Единственным путем снижения уровня заболеваемости и болезненности ХНЗЛ является повсеместное внедрение и проведение в жизнь комплексной системы профилактики на ранних этапах формирования заболевания.

Схема профилактики хронических неспецифических Заболеваний легких

ЗДОРОВЫЕ	ЗДОРОВЫЕ С ФАКТОРАМИ РИСКА	ЛИЦА В СОСТОЯНИИ УГРОЗЫ РАЗВИТИЯ ХЗЛ И ПРЕДБОЛЕЗНИ	БОЛЬНЫЕ ХНЗЛ	ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
				Медицинские мероприятия ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА Санитарно-гигиенические мероприятия
				ОБЩЕ-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Рис.1

В системе профилактики ХНЗЛ следует выделить: общепрофилактические мероприятия (формирование здорового образа жизни, охрана и оздоровление окружающей среды), которые направлены на сохранение и приумножение общего здоровья населения и мероприятия, направленные собственно на профилактику ХНЗЛ (рис. 1).

Профилактика хронических неспецифических заболеваний легких.

Профилактика ХНЗЛ – сложный многофакторный процесс, эффективный только в условиях содружественной, целенаправленной работы пульмонологической службы и многих специалистов медиков, административно-управленческого персонала предприятий и учреждений при активном участии самого населения.

Мероприятия по профилактике ХНЗЛ должны проводиться у лиц с факторами риска, на всех этапах развития болезни. Наиболее эффективное применение профилактических мероприятий, которые направлены на предупреждение возникновения и развития заболевания, возможно именно на ранних, доклинических этапах болезни.

На этапе развернутой клинической картины болезни проводится вторичная профилактика, предупреждающая обострения и прогрессирование патологического процесса.

Первичная профилактика ХНЗЛ – это комплексная система санитарно-гигиенических, воспитательных и медицинских мер направленных на повышение устойчивости организма к воздействию факторов окружающей среды, способных вызвать развитие заболеваний, а также на устранение причин и условий возникновения ХНЗЛ. В комплексной системе первичной профилактики следует выделить две основные группы мероприятий:

1. Санитарно-гигиенические (улучшение условий труда в различных сферах промышленного производства и сельского хозяйства, соблюдение личной и коллективной гигиены органов дыхания).
2. Медицинские мероприятия (выявление лиц с преморбидными состояниями ХНЗЛ, диспансерное наблюдение, профессиональная ориентация и профессиональный отбор, санитарная пропаганда, повышение адаптационно-защитных сил организма, рациональное и диетическое питание, физиопрофилактика, медикаментозная профилактика, иммунопрофилактика, психопрофилактика).

Во вторичной профилактике выделяют диспансеризацию, плановое лечение, реабилитацию больных ХНЗЛ и их рациональное трудоустройство.

Санитарно-гигиенические мероприятия.

Загрязнения воздуха на рабочих местах как в промышленности, так и в сельском хозяйстве являются важнейшими факторами риска развития ХНЗЛ, а также ряда профессиональных заболеваний. Нередко концентрация вредных для органов дыхания веществ в ряде отраслей промышленности превышает предельно допустимые нормы. В современном индустриализованном сельском хозяйстве концентрации органической пыли, ферментов, антибиотиков, дезинфицирующих средств, инсектицидов, гербицидов, микроорганизмов и т.д. также зачастую превышают допустимые нормы. Существенным фактором развития ХНЗЛ являются также значительные термические нагрузки на органы дыхания, особенно сочетающиеся с переохлаждением или перегревом всего организма.

Таким образом, в основе профилактики ХНЗЛ, обусловленных различными загрязнениями воздушной среды, должны лежать инженерно-технические мероприятия по осуществлению комплексной механизации и автоматизации производства, по созданию технологий, направленных на снижение уровня запыленности и загазованности. Широкое использование кондиционирования воздуха и средств индивидуальной защиты является сложным и дорогостоящим делом, однако, без этого трудно серьезно говорить о профилактике ХНЗЛ у рабочих многих отраслей промышленности и сельского хозяйства.

Также одним из наиболее значимых экзогенных факторов риска развития заболеваний органов дыхания, в том числе ХНЗЛ, является курение табака. Это подтверждено большим количеством исследований, проведенных у нас в стране и за рубежом.

Сочетание курения и загрязнения воздуха на рабочих местах в несколько раз увеличивают риск развития ХНЗЛ. Ясно, что борьба с курением является перспективным звеном профилактики ХНЗЛ. Антиникотиновое воспитание должно начинаться уже в школьном возрасте как в семье, так и в школе. Максимальные усилия должны прилагаться к тому, чтобы отучить от курения уже привыкших к нему людей. Совершенно недопустимо курение на рабочих местах, в учреждениях и квартирах, где есть дети или некурящие люди.

Важным элементом профилактики ХНЗЛ, особенно у лиц, подвергающихся выраженному экзогенному воздействию, являются меры личной и коллективной гигиены, обеспечивающие как защиту, так и очищение органов дыхания от аэрогенных поллютантов. После пребывания в загрязненном воздухе необходимо промывать нос теплой водой или 1 – 2% растворами хлорида или гидрокарбоната натрия. Этими же растворами или теплым влажным воздухом, отварами различных трав, эфирными маслами и другими веществами, обладающими дезинфицирующими и стимулирующими функцию мерцательного эпителия свойствами, рекомендуется проводить курсы ингаляций в ингаляториях предприятий или на дому (не реже 2 – 3 раз в год).

Большие перспективы имеет применение групповых ингаляций. Они должны проводиться в специально оборудованных комнатах, где с помощью коллективных ингаляторов «ГЭГ-2», «USI» или бытовых увлажнителей воздуха «Комфорт», «Бриз», «Ион» создается высокодисперсный аэрозоль хлорида натрия, гидрокарбоната натрия, минеральной или морской воды. Возможно также создание ингаляториев «коридорного» типа, когда бытовые увлажнители воздуха, другие устройства для получения аэрозоля устанавливаются в коридорах от гардероба до цеха или в других местах движения потока рабочих.

Одной из эффективных форм коллективной гигиены органов дыхания является проведение сочетанных ингаляций теплым влажным воздухом и аэрозолем в душевых предприятий. С этой целью в душевых должны быть установлены бытовые увлажнители из расчета один увлажнитель на 30 – 50 м². В них заливается 2 – 10% раствор хлорида или гидрокарбоната натрия и могут добавляться отвары трав, эвкалипта, эфирные масла и другие ароматизирующие и дезинфицирующие вещества.

Очищению бронхов и восстановлению функции слизистой оболочки способствует интенсивная вентиляция легких во время занятий физкультурой и спортом (подвижные игры, бег, плавание и др.). Занятия можно проводить в выходные дни в группах «Здоровья» на базах лечебно-профилактических комплексов и профилакториев.

Медицинские мероприятия.

Методологической основой профилактики ХНЗЛ является система раннего активного выявления лиц с преморбидными состояниями ХНЗЛ (см. рис.2). В этой системе выделяют три основных последовательных этапа:

1 – выявление контингентов, нуждающихся в профилактических мероприятиях;

2 - постановка диагноза, определение группы диспансеризации, разработка индивидуального плана необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения;

Схема раннего выявления хронических заболеваний легких.

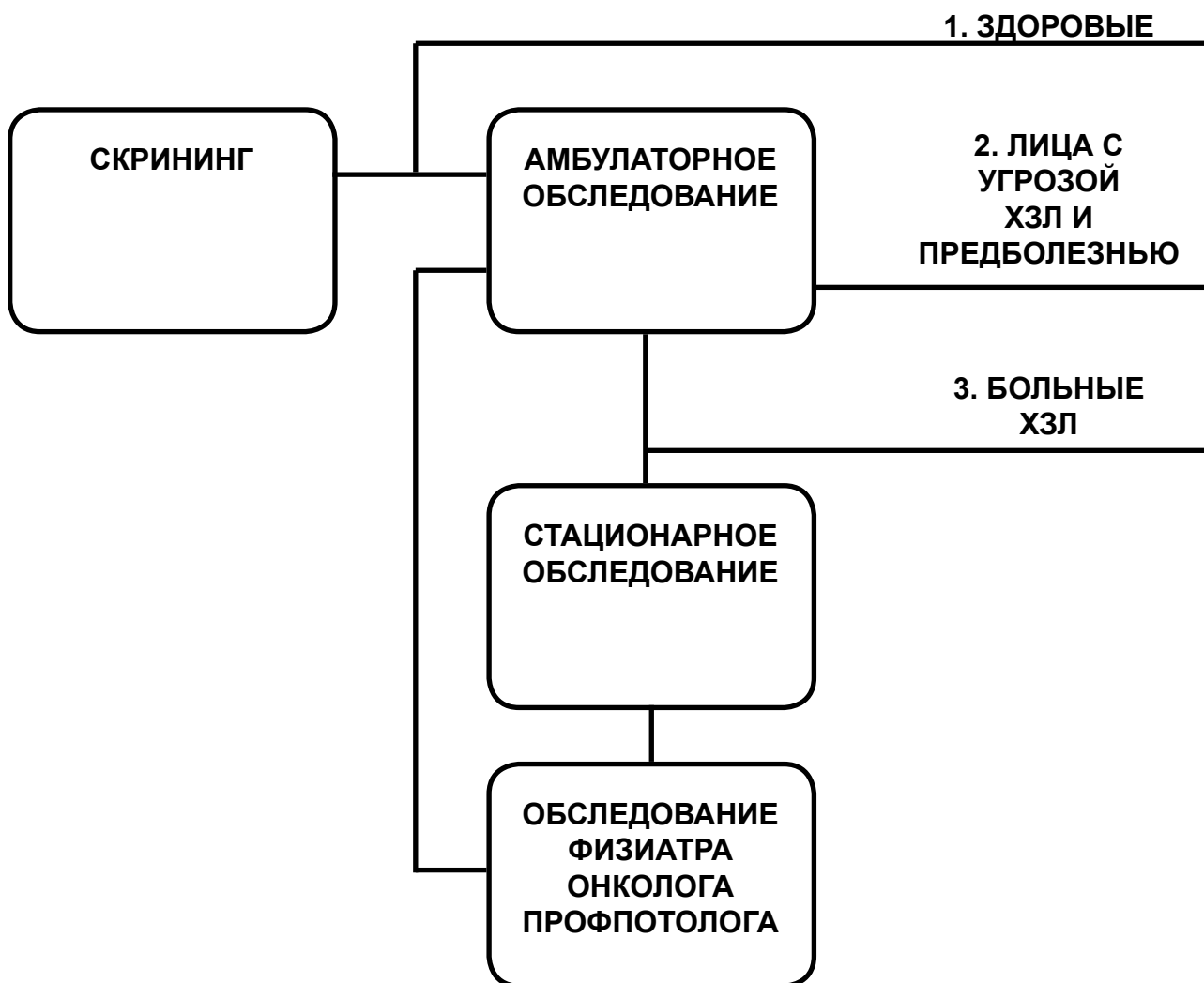


Рис.2

3 – проведение профилактических мероприятий, динамическое наблюдение за здоровьем диспансеризируемых и оценка эффективности профилактики.

Первый и второй этапы являются основой для проведения всего профилактического комплекса.

Система раннего активного выявления состоит из двух этапов:

I – скрининг (от английского слова «screening» - просеивание);

II – этап амбулаторного обследования.

Скрининг – массовое обследование населения или отдельных коллективов с помощью легковыполнимых, высокоинформативных и необременительных для испытуемого тестов и методик. Целью пульмонологического скрининга является выявление контингентов, подверженных экзогенным влияниям (факторов внешней среды) и имеющих отклонения в бронхолегочной системе по исследуемым параметрам. В задачу скрининга не входит постановка точного диагноза. Поступление обследуемых на скрининг происходит двумя потоками:

1) – активный скрининг – запланированные и вызванные в отделение (кабинеты) профилактики или обследуемые на производстве;

2) – пассивный скрининг – обратившиеся к участковому врачу или к пульмонологу.

Скрининговое обследование включает:

1. Анкетирование с использованием опросника ВНИИ пульмонологии Минздрава СССР по раннему выявлению ХНЗЛ.

Задачей анкетного опроса является выявление у обследуемых основных клинических симптомов, признаков недостаточности защиты органов дыхания и факторов риска.

2. Исследование вентиляционной способности легких (ВСЛ) при помощи отечественного спирографа типа «Метатест» или автоматизированных микропроцессорных аппаратов типа «ПА-5», «ПУЛМА-81», «Пневмоскрин».

3. Флюорографическое исследование в двух проекциях (прямая и правая боковая).

4. Осмотр терапевта, который проводит клиническое обследование, оценивает результаты проведенных исследований и дает комплексное заключение по скринингу.

Проведенное обследование позволяет выделить две группы лиц:

Группа с отрицательными результатами скрининга (скрининг « - »), которые не нуждаются в дальнейшем пульмонологическом обследовании. Эту группу можно разделить на две подгруппы: здоровые, не имеющие факторов риска и здоровые с факторами риска развития ХНЗЛ.

Группа лиц с положительными результатами скрининга (скрининг « + »). Эту группу формируют обследованные с преморбидными состояниями и больные ХНЗЛ.

Скрининг осуществляется врачом отделения профилактики или участковым (цеховым) терапевтом и средними медицинскими работниками на базе поликлиник, непосредственно в учреждениях, на предприятиях и сельскохозяйственных комплексах. Лица с положительными результатами скрининга в плановом порядке направляются на амбулаторный (диагностический) этап обследования, который включает детальный опрос, исследование вентиляционной способности легких, проведение провокационной ингаляционной пробы с ацетилхолином (при наличии клинических признаков измененной реактивности бронхов), рентгенологическое исследование, клинический анализ крови, биохимические исследования (показатели активности воспалительного процесса, определение протеолитической и антитриптической активности сыворотки крови и др.), осмотр оториноларинголога, осмотр и заключение терапевта (пульмонолога).

В случаях, когда объем амбулаторного обследования не позволяет установить окончательный диагноз, следует провести дополнительные исследования (бронхоскопия, бронхография и др.) и консультации специалистов (аллерголог, эндокринолог и др.), а при необходимости направить в специализированное пульмонологическое отделение.

Лица с подозрением на туберкулез, опухоль или профессиональное заболевание направляются на обследование к фтизиатру, онкологу или профпатологу.

В результате проведенных исследований формируются следующие диспансерные группы:

- | | | |
|------------|---|--|
| I группа | ┌ | А – здоровые;
Б – здоровые с факторами риска; |
| II группа | ┌ | А – лица с угрозой развития ХНЗЛ;
Б – лица в состоянии предболезни; |
| III группа | — | больные ХНЗЛ. |

В первую группу включаются здоровые в отношении хронических заболеваний легких люди, в подгруппу «Б» входят здоровые люди, подвергающиеся воздействию специфических экзогенных факторов риска (курение, загрязнение вдыхаемого воздуха и др.), или имеющие единичные эндогенные факторы риска. Во II группу включаются люди с угрозой развития ХНЗЛ, а также находящиеся в состоянии предболезни. Третью группу составляют больные ХНЗЛ.

При наличии посттуберкулезных изменений в легких или во внутригрудных лимфатических узлах необходимо наблюдение в противотуберкулезном диспансере по VII группе учета. Проведение мероприятий, предупреждающих развитие ХНЗЛ должно проводиться в соответствии с этапом формирования ХНЗЛ (состояние угрозы, предболезни).

Выделение указанных групп лежит в основе составления, проведения индивидуальных комплексов профилактических мероприятий, дает возможность оценить эффективность проведенных мероприятий и определить дальнейшую тактику диспансерного наблюдения.

Лицам первой группы в последующем один раз в году проводится обследование по скрининговой программе.

Вторая группа (лица с угрозой развития ХЗЛ и предболезнью) обследуются по амбулаторной программе один раз в год.

Больные ХНЗЛ – третья группа обследуются в зависимости от тяжести течения заболевания, наличия осложнений два и более раз в году.

Немедикаментозная профилактика.

Одним из главных направлений профилактической пульмонологии является повышение адаптационно-защитных сил организма и мобилизация его функциональных резервов путем использования немедикаментозных средств. Среди них особое внимание заслуживает рациональное и диетическое питание, методы физиопрофилактики, психопрофилактика.

Рациональное питание это, прежде всего, умеренность в употреблении пищи, т.е. поглощение с продуктами питания такого количества калорий, которое необходимо для нормальной жизнедеятельности организма с учетом пола, возраста, профессиональных энергетических затрат. Питание должно быть разнообразным и сбалансированным, т.е. должно быть выдержано правильное соотношение белков, жиров, углеводов и достаточное поступление в организм витаминов. Целесообразно осуществлять коррекцию питания с учетом сезонов года, а также особенностей климато-географической зоны проживания человека. Необходим учет сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, других систем и органов и применение в этой связи различных диет. Пациентам с предастмой следует рекомендовать индивидуально подобранную диету с учетом данных анамнеза и алергологического обследования.

Этим же лицам показано проведение разгрузочных или «голодных» дней, а иногда лечение одним из перспективных немедикаментозных методов – методом разгрузочно-диетической терапии. Лечение должно проводиться при строгом соблюдении разработанных по этому вопросу рекомендаций в условиях стационара.

Большим количеством разнообразных средств прямого и опосредованного воздействия (через другие системы и органы) на бронхи и легкие располагает физиопрофилактика. Врач, занимающийся профилактикой ХНЗЛ, должен знать, уметь и иметь возможность в соответствии с состоянием пациента, его индивидуальными особенностями, назначить комплекс лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики, дозированный бег, плавание, подобрать метод закаливания. Повышение адаптационной способности организма к воздействию холода, высокой температуры, ее перепадам имеет большое значение в профилактике ХНЗЛ. Существует множество различных методов закаливания. Следует помнить о закаливании холодным воздухом, холодной водой, о контрастном закаливании, которые хорошо себя зарекомендовали и могут использоваться при правильном применении. Издавна известно о благотворном влиянии на психическое и физическое здоровье человека русской бани и сауны. Действие русской бани и сауны на организм связано с влиянием теплого воздуха и контрастных температур. Улучшая терморегуляционную реактивность, сауна и русская баня способствуют закаливанию, вырабатывая адаптацию к среде с повышенной и пониженной температурой. Отмечено положительное действие теплого воздуха бани на слизистую оболочку дыхательных путей, на вентиляционную способность легких, на бронхиальную проходимость. Люди, регулярно посещающие русскую баню или сауну значительно реже болеют простудными заболеваниями, чем люди, не применяющие этот доступный метод закаливания.

Следует помнить и использовать с лечебно-профилактической целью такие методы как массаж, точечный массаж, иглорефлексотерапию.

Хороший лечебно-оздоровительный эффект отмечается при климатотерапии на морских курортах, лечении в условиях средне- и высокогорья, спелеотерапии. Разработаны и с успехом используются в практике лечение в барокамере, управляемый микроклимат «Галокамеры», где основными лечебными факторами являются высокодисперсный аэрозоль хлорида натрия, повышенная аэроионизация и безбактериальные условия.

Как уже указывалось, ингаляционный метод введения в дыхательные пути лекарственных веществ является одним из наиболее перспективных методов в профилактике ХНЗЛ. Известно о благотворном влиянии на органы дыхания различных целебных трав и растений, эфирных масел, теплого влажного воздуха и других веществ. Они стимулируют и восстанавливают функцию мерцательного эпителия и слизистой, положительно влияют на бронхиальную проходимость, обладают антибактериальными, противовирусными свойствами и пр. В виде аэрозолей с профилактическими целями могут использоваться и лекарственные препараты, имеющие такое же действие. Необходимым условием при назначении ингаляций является учет фармакологической совместимости компонентов, а также состояние верхних дыхательных путей и слизистой бронхов. Более предпочтительными являются ингаляции с помощью ультразвуковых электроаэрозольных ингаляторов, т.к. при их использовании достигается большая дисперсность аэрозоля и более глубокое его проникновение в бронхи. Проводить профилактические ингаляции следует не реже 2 – 3 раз в год, желательно в осенне-зимний период, когда повышается заболеваемость ОРЗ, гриппом и другими респираторными заболеваниями.

Медикаментозная профилактика.

Медикаментозная профилактика имеет в своем арсенале большое число препаратов. Широко должны использоваться биогенные стимуляторы и адаптогены (алоэ, плазмол, пантокрин, настойка элеутерококка, лимонника, заманихи, женьшеня и др.), препараты, регулирующие обмен веществ (оротат калия, метилурацил), антиоксиданты (витамины А, Е, С, липоевая кислота и др.). Проводить профилактические курсы адаптогенами, антиоксидантами, биогенными стимуляторами следует в периоды межсезонья, при переездах, сопровождающихся резкими изменениями климатических факторов, т.е. в периоды, когда происходит адаптация организма к новым условиям окружающей среды. Эти же препараты следует назначать после перенесенных острых заболеваний органов дыхания на протяжении трех – четырех недель. С целью стимуляции функции надпочечников применяется электрофорез аскорбиновой или никотиновой кислоты на область надпочечников до 10 – 12 процедур на курс. Хороший эффект отмечен при применении этимизола, который обладает противовоспалительными, антиаллергическими и бронхолитическими свойствами. Препарат назначается курсом в тридцать дней. При хорошей переносимости возможно более длительное его применение. С успехом используется глицирам. Препарат получают из корней солодки, его действие определяется стимуляцией функции коры надпочечников. Следует помнить, что для достижения эффекта требуется длительное применение лекарства (от двух до шести месяцев).

Иммунопрофилактика ХНЗЛ проводится с помощью средств регулирующих функциональную активность клеток иммунной системы (декарис, тималин, пирогенал, продигозан и др.) Необходимо иметь в виду, что назначение и подбор доз иммуномодуляторов проводится строго индивидуально и по показаниям. Лечение должно проводиться с обязательным иммунологическим контролем (количество и функциональная активность Т и В лимфоцитов, количество иммуноглобулинов, характеристики фагоцитоза и др.).

С целью профилактики острых респираторных заболеваний у лиц, подверженных частым респираторным инфекциям, а также при затяжном течении острых бронхолегочных заболеваний, в фазе реконвалесценции после тяжелых респираторных вирусных инфекций возможно введение иммуноглобулина человеческого нормального или противогриппозного в разовой дозе 0,15 – 0,2 мл на 1 кг веса, 3 – 4 раза с интервалом между инъекциями в 2 – 3 дня.

Следует заметить, что некоторые методы физиопрофилактики, а также адаптогены, биостимуляторы влияют на активность иммунной системы.

При определении состояния преаастмы показана неспецифическая гипосенсибилизация гистоглобулином, которая требует проведения повторных курсов. При определении этиологически значимого аллергена нужно проводить специфическую гипосенсибилизацию. Гипосенсибилизация должна проводиться в условиях аллергологического кабинета, под наблюдением врача аллерголога. В профилактике ХНЗЛ широко используются десенсибилизирующие средства (димедрол, фенкарол, супрастин, диазолин и др.) в обычных дозировках с учетом общих противопоказаний для этой группы лекарств. Оправдано применение бронхоспазмолитических препаратов в случаях, когда выявляются признаки нарушения бронхиальной проходимости (эуфиллин, астмопент, солутан, беротек и др.). Назначение их проводится в полном соответствии с инструкциями по применению этих средств.

С целью улучшения бронхиальной проходимости, при наличии вязкой мокроты используют самые разнообразные по механизму действия средства – препараты термопсиса, солодки, алтея, других трав, иодистый калий, ферменты (трипсин, химотрипсин и др. ацетилцистеин, бромгексин и пр.).

Рекомендуется, особенно в случаях, где ведущим является измененная реактивность бронхов, преобладает атопический механизм формирования БА, применение интала, бекломета (бекотида). Интал может назначаться в сочетании с другими методами лечения. Применение интала начинается с 3 – 4 капсул в сутки. После достижения улучшения количество ингаляций препарата постепенно уменьшают до полной его отмены. Индивидуально подобранная оптимальная поддерживающая доза интала может использоваться длительно до достижения стабильного терапевтического эффекта. Эффективным средством профилактики БА является задитен, который следует назначать по 1 таблетке два раза в день в течении нескольких месяцев. Ингаляционные кортикостероидные средства (бекломет, бекотид) следует назначать по инструкции к этим препаратам.

Важнейшим элементом профилактики ХНЗЛ является своевременное и правильное лечение гриппа, острых респираторных инфекций, острых бронхитов и пневмоний. В профилактике и лечении гриппа применяются известные средства (ремантадин, интерферон, оксалиновая мазь, вакцинация). При проведении профилактической вакцинации противогриппозными вакцинами необходимо учитывать, что при наличии признаков сенсibilизации вакцинация не должна проводиться. В периоды неблагоприятной эпидемиологической обстановки по гриппу целесообразно применение индивидуальных или групповых ингаляций различными фитонцидами (лук, чеснок и др.).

Особое внимание должно уделяться лечению затяжных форм острых заболеваний бронхов и легких. Лечебные и оздоровительные мероприятия следует проводить до полного восстановления функции бронхолегочной системы и организма в целом.

Необходимым звеном профилактики ХНЗЛ является санация хронических очагов инфекции. Хорошо известно, что патология ЛОР-органов (вазомоторный и аллергический ринит, хронический тонзиллит, хронический фарингит) сопутствует ХНЗЛ и в значительной части случаев предшествует их развитию.

Вазомоторный и в особенности аллергический ринит – частые предвестники ХНЗЛ, своевременное их лечение позволяет приостановить развитие хронических заболеваний легких. Болезни носа и придаточных пазух нуждаются в своевременном лечении, т.к. воспалительный процесс в них может послужить дополнительным толчком в развитии ХНЗЛ. По этой же причине важно своевременно санировать миндалины. При этом необходимо отдавать предпочтение консервативным способам лечения, т.к. хирургическое вмешательство, произведенное без должных показаний, может явиться провокационным моментом в развитии хронической бронхиальной патологии.

Составление и проведение индивидуальных профилактических комплексов должно проводиться с учетом факторов, способствующих формированию ХНЗЛ, характера и особенностей преморбидного состояния, сопутствующей патологии других систем и при полном психологическом контакте с пациентом.

Вторичная профилактика ХНЗЛ направлена на стабилизацию патологического процесса и предупреждение обострений болезни. План профилактических мероприятий у больных ХНЗЛ, так же как у лиц на этапе угрозы их развития и предболезни должен быть индивидуальным с учетом этиологических и патогенетических особенностей формирования и течения болезни у каждого больного.

Тактика лечебно-профилактических мероприятий определяется фазой заболевания (ремиссия, обострение), наличием функциональных расстройств со стороны бронхолегочной системы, осложнений со стороны других органов, состоянием организма в целом.

В период ремиссии следует проводить мероприятия, направленные на повышение адапционно-защитных возможностей организма с использованием немедикаментозных методов: диеты, разнообразных способов закаливания, физкультуры, массажа, иглорефлексотерапии, психотерапии, профилактических курсов баротерапии, микроклимата «Галокамеры», курсов физиотерапевтических процедур, санаторно-курортного лечения, климатотерапии и др. Из медикаментозных лечебно-профилактических методов используется ингаляционная терапия, физиотерапия, специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация, иммунокоррекция, санация хронических очагов инфекции в других органах, биостимуляция и терапия адаптогенами, симптоматическая терапия.

Назначать антибиотики и сульфаниламидные препараты больным ХНЗЛ следует только в период обострения воспалительного процесса, выраженного клинически и подтвержденного лабораторными показателями (клинический анализ крови, биохимические тесты и др.).

Обострения ХНЗЛ, как правило, связаны с активацией бактериальной флоры или вирусной инфекцией. При назначении терапии в этот период необходимо учитывать не только характер микрофлоры, чувствительность ее к антибиотикам, но и реакцию организма на введение антибиотиков, сульфаниламидных препаратов. Подбор доз и способ их введения осуществляется в соответствии со степенью выраженности воспалительного процесса, состоянием органов и систем, наличием сопутствующей патологии. В период обострений используются и уже перечисленные выше методы лечения, направленные на ликвидацию воспаления, улучшение дренажной функции бронхов, на уменьшение бронхиальной обструкции, восстановление проходимости бронхов.

Широкое внедрение комплекса мероприятий по профилактике ХНЗЛ позволит в значительной степени снизить заболеваемость, болезненность, инвалидизацию и преждевременную смертность по этим заболеваниям и по всему классу болезней органов дыхания.