

Rapport från studiebesök (forskarutbyte) vid medicinska institutioner i Leningrad, Moskva och Novosibirsk.

Nils E Eriksson, Lung- och allergimottagningen, Länssjukhuset, Halmstad

Innehåll

- 1 The All-Union Research Institute of Pulmonology of the Ministry of Health of the USSR.
 - Angående läkarnas förhållanden:
 - Besök på olika avdelningar
 - Angående preparatval
 - Patientfall
 - Vårdavdelning
- 2 Immunologiska institutet, 6, Kashirskoye Shosse, Moskva.
 - Besök på olika enheter
 - Stort upptagningsområde
 - Astmaavdelning
 - Besök hos en patient:
 - Olika forskningsprojekt
 - Patientbesök:
 - Fortsatt besök på avdelningen
 - Allmänt om sjukvården
 - Läkarnas villkor
- 3 Andra medicinska institutet i Moskva (med centralt lungmedicinskt institut för ryska rådsrepubliken under ledning av professor Chuchalin).
 - Läkemedel
 - Laboratoriet
 - Veckomöte
 - Intensivvård
 - Allmänna terapiavdelningen för astma.
 - Speciell behandlingsmetod: kallt vatten!
4. Institutet för klinisk immunologi, Novosibirsk (chef: professor V P Lozovoy).
 - Allergigruppen
 - Okonventionella diagnostiska metoder.
 - Astma och allergi.
 - Icke traditionella behandlingar
 - Allergigruppen
 - Besök på laboratorierna:
5. Institutet för klinisk- och experimentell medicin, Novosibirsk
 - Avdelningen för rehabilitering av astmapatienter
 - Rundvandring på institutet
6. Mina kommentarer och rekommendationer med anledning av besöket vid de olika ryska institutionerna.
7. Fortsatt samarbete
8. Några skrifter jag fått med mig

Kungliga vetenskapsakademien har ett samarbete med vetenskapsakademien i Sovjetunionen det innebär att Svenska forskare under en tid kan besöka instruktioner i Sovjetunionen och sovjetiska forskare

besöka svenska institutioner. För den enskilda forskaren innebär utbytet att de sovjetiska världarna står för kostnader inom Sovjetunionen och att den svenska vetenskapsakademien ger ett bidrag för resan från Sverige till Sovjetunionen.

Jag fick förmånen att under en treveckors period november 1990 som ett led i detta utbyte besöka institutioner i Leningrad, Moskva och Novosibirsk.



I Leningrad

1 The All-Union Research Institute of Pulmonology of the Ministry of Health of the USSR.

Institutet etablerades 1967 och innehåller 7 olika kliniker och två oberoendesektioner

- kliniken för medikosociala studier av ospecifika lungsjukdomar
- två vetenskaplig poliklinisk avdelning
- poliklinisk avdelning
- klinik för klinisk fysiologi
- klinik för experimentell- och klinisk patologi
- klinik för anesthesiologi och intensivvård
- klinik för röntgenologi och bronkologi
- klinik för biokemi och mikrobiologi inklusive immunologi
- kliniskt-vetenskaplig enhet med sektion för behandling av ospecifika lungsjukdomar, sektion för differentialdiagnos, sektion för lungkirurgi och sektion för pediatrik
- vetenskaplig-teknisk avdelning

Vid institutet har under en 20-års period 22 doktorsavhandlingar och 86 kandidatavhandlingar försvarats. Över 20 000 patienter har vårdats på kliniken och över 100 000 patienter har besökt polikliniken.

Jag besökte detta institut 12:e - 15:e november. Institutets kontaktperson för internationella relationer, Ljuba?, hämtade mig på Hotel Leningrad och vi åkte med spårvagn nr 13 till institutet beläget i ? distriktet med adress Rentgenagatan 12, 197089 Leningrad (närmaste metrostation: ?) Institutets direktör, professor Putov, thorax-kirurg gav en översikt över verksamheten. Institutet är den första riktiga lungklinik som skapats i Sovjetunionen. Astmapatienterna som finns på institutet är huvudsakligen icke-allergiska. Bristen på farmaka gör att många patienter behöver komma för sjukhusvård istället för att klara sig i öppen vård. Man har 150 bäddar för vuxna och 50 för barn (vid ett angränsande sjukhus). Institutet utgör ett centrum för forskning kring cystisk fibros. Prevalenssiffror som man vid institutet funnit för astma är oerhört mycket lägre än det vi är vana vid (se senare resonemang). Dödligheten i kronisk lungsjukdom i städerna 36/100 000 invånare, varav 80 % kronisk obstruktiv lungsjukdom. Man har länge varit rädd för steroider men nu har man börjat använda mera, inklusive inhalationssteroider, och menar sig ha lägre dödlighet. De flesta patienter vid institutet kommer inte från Leningrad. Man har hela unionen som upptagningsområde. Lång kö. Rökning förbjuden i hela sjukhuset.

Vid en rundvandring första dagen träffade jag därefter dr Marry Petrova som arbetar vid professor Federsens avdelning för allergisk astma. Man har ungefär 60 bäddar på denna avdelning. Arbetet man bedriver är huvudsakligen med inneliggande patienter, man har också en del återbesök. I Lenigrad finns dessutom polikliniker med 1-dagsbehandling av astmatiker. Detta är ett ganska nytt projekt. Beträffande astmabehandlingen har man nu tillgång till Becotide. Man använder i stor utsträckning Kromoglikat, ibland som ensamt preparat.

Chef för kliniken för behandling av ospecifika lungsjukdomar är professor Alexei N Kokosow en överläkare vid kliniken är medicinedoktor Tatiana E Gembitzkaya vars specialintresse är cystisk fibros. Hon önskar kontakt med svenska kolleger som sysslar med denna sjukdom.

Angående läkarnas förhållanden:

En ordinär läkarlön ligger mellan 140- och 200 rubel. Tatiana E Gembitzkaya har en lön på 500 rubel. En lägenhet på 2-3 rum och kök kostar 9-10 rubel/månad. Planerar att köpa ny privat lägenhet för 20 000 rubel, 2 rum och kök.



Besök på olika avdelningar

Jag besökte radiologiska avdelningen där man gör lungartärkateteriseringar, studerar fysiologiska förlopp, undersöker effekten av olika farmaka. Ett speciellt problem som studerats är höger-vänster shunt. Man behandlar lungembolier med trombolys på röntgenavdelningen, man lägger in kavafilter som profylax, inplanterar spiraler i aneurysm i arteria pulmonalis och man behandlar lungblödningar med embolisering med en spongiös gel. Vid institutet har man 25 % dödlighet vid massiv lungembolism. Avdelningen demonstreras av dr Osipov Alexander Min.

Jag besökte därefter intensivvårdsavdelningen som leds av professor Vadim Schelkunov. Avdelningen demonstreras av dr Baris A Gukov. Man har under en 15-års period kanske haft 200 astmapatienter på intensivvårdsavdelningen. Vid behandling använder man Xantinderivat, Glukokosteroider (oftast Prednisolon i infusion) men oftast inte Beta-2 stimulerare, då man menade att det ibland förelåg resistens. Vid behov mekanisk ventilation. De flesta patienter kommer utifrån, några kommer från sjukhusets egen terapiavdelning. Färre patienter nu än för några år sedan. Kanske 20-25 i behov av ventilation/år. En ambulans finns knuten till kliniken. Mekanisk ventilation vanligen 1-2 dagar, enstaka gånger 4-5 dagar. Intubering, inte trakeostomi vid dessa korta behandlingar. Man har en patient som sköter sig själv i hemmet med ventilator via trakeostomi, utan hjälp av sjukvårdspersonal. Komplikationer som pneumothorax i samband med mekanisk ventilation kan man bara erinra sig 5-6 fall. Man har en egen röntgenapparat för lungröntgen i ett plan. I andra fall får man kontakta röntgenavdelningen. Man ger ingen inhalationsbehandling, däremot en

intrabronkiell perkussionsbehandling med speciell apparat.
intensivvårdsavdelningen har tre sektioner, där tjänstgör 3 sjuksköterskor och 3-4 läkare. 1-2 läkare går jour. Man har dessutom hjälppersonal för mat och städning. Det finns 15 platser på avdelningen. Man är mest intresserad av kol med andningsmuskelsvaghet.



Angående preparatval

Det finns ett sovjetiskt teofyllinpreparat som heter Theolog (?) för intravenöst bruk har man Eofyllin. En tid använder man ett franskt preparat Vectorion för hypoxi. Av cortisonpreparat använder man det som för tillfället råkar vara tillgängligt. Sjukgymnast har man inte på intensivvårdsavdelningen utan på speciell sjukgymnastavdelning.

Schelkunov: vi har haft 15 pneumothorax på 200 ventilerade. I några fall bilateral pneumothorax. Ibland behandling med bara nål akut. Några dödsfall, dels p.g.a. pneumothorax, dels några som inte gått att ventilerat tillräckligt. Dödligheten

(i astma?) bland Leningrads drygt 4 milj. innevånare har de senaste 15 åren varit ungefär 80/år. Tidigare flera på sjukhus och färre utanför sjukhus, nu tvärtom.

En patient på avdelningen: 2-års svår lungsjukdom. Atelektas på två lobar i höger lunga. Utfört skopi, sekret och fibrin finns men inte tumör. Vårdad flera veckor på intensivvårdsavdelningen i respirator. Nu respirator endast nattetid.



Patientfall

Följande dag var jag med om en patientdemonstration på terapiavdelningens läkarexpedition. De två underläkarna Alexander K Fridland och Andrey V Shepelev gjorde en redovisning på engelska för första gången i sitt liv:

1 Galina, 58 år. Varit sjuk sedan 1968, flera gånger sjukhusvårdad. Känslig för lukter, viss mat, husdamm. Så småningom ansträngningsutlöst astma. Sista året progress. Har i 33 år arbetat på fabrik med vissa risker för luftvägarna, troligen en gummifabrik. Hade vid inkomsten vilodyspné, ronki, torrhosta. Vitalkapacitet 44 % och FEV 30 % av förväntat värde. Röntgen visade fibros och lokala äldre infiltrat. Behandlad med intravenös Trintal och effekten har man följt med bl. a kateterisering. Efter intravenös behandling (20 minuter) har man fortsatt med peroralt Trintal som enda behandling som nu avslutas. Patienten är förbättrad, har minskad dyspné, kan gå de sex trapporna upp till vårdavdelningen (som f ö all personal alltid måste gå). Trintal påverkar mikrocirkulationen, man menar att astman har en vaskulär komponent. Ordinerar nu fortsatt Trintal i 3 veckor och beräknas kunna återgå i arbetet därefter. Eventuellt kommer man att ge kalciumantagonist. Jag tillfrågades om jag ville undersöka patienten. Gjorde en reversibilitetstest med medförd PEF-mätare och Bricanyl turbu-

haler. PEF ökade från 170-200 l/min. Man har inte tillgång till PEF-mätare på kliniken och var mycket glada att få några. För patientregistrering av obstruktion använder man mätning av hur lång tid patienten kan hålla andan vid inspiration respektive expiration.

2 Ludmilla, guide från Leningrad. Astma sedan något år. Varit på hälsohem i Ukraina. Akupunktur med god effekt. Senare svårare dyspné. Fått massor av antibiotika. I blodet 34 % eosinofiler. Fått steroider intravenöst, Teofyllin m m. Försämring-, Ketotifen och Teofyllin utan effekt. Nu inlagd för fastebehandling. Har nu fastat i 11 dagar, bara mineralvatten eller vanligt

vatten samt lavemang med 1.5 l x 2. Man noterar syrakris med svaghet m m och aceton i urinen, vanligen under dag 5-10. Man har i regel högst 10 kilo viktreduktion. Denna patient var adipös och mådde säkert väl av viktreduktion. Under fastan hade hon inte haft några astmaattacker. Eosinofila hade minskat från 18-9 %. Vid utskrivningen kommer hon att ordinerats Intal 2 ggr om dagen. Fastebehandling kan komma att upprepas

2 ggr/år. För information om fastebehandlingen, se skrift av professor Kokosow.

3 Ludmilla, 36-årig musiklärare från Usbekistan. Har sedan 10-års ålder haft envisa infektioner, produktiv hosta, andnöd. Tidigare bl.a. behandlad med antibiotika kortikosteroider och någon form av desensibilisering. Nu 1 månad här på sjukhuset. I inkomststatus: påverkad, grova och fina rassel och ronki på lungorna. Vänsterförskjuten diff. Förhöjd SR. Acidosis. Låg vitalkapacitet. Vid spirometri purulent bronkit och bronkiektasier. Pseudomonas aeruginosa i odling. Behandlad med expektorantia, antibiotika, steroider, gammaglobulin intravenöst, detoxikationsbehandling och hemabsorption. Är förbättrad och har inte längre vilodyspné men andnöd vid ansträngning. Kommer snart att utskrivas. Prognosen oviss. Någon specifik behandlingsbar orsak har inte kunnat påvisas.



Man undrade om jag hade några råd att ge. Tyvärr inte. Jag lyssnade på lungorna och hörde rikligt med rassel och ronki bilateralt.

Vårdavdelning

Rundvandring på vårdavdelningen: de flesta rummen innehåller fyra bäddar som står ganska trångt, några sängar i vinkel. Ett par enkelrum finns. Vid varje säng uttag för radiolyssning. Ett rum för akupunktur, ett rum för

skopi, ett rum för sjukgymnastik. Sex trappor utan hiss. Telefon i trappuppgången. Läkarna skriver journaler och allt annat för hand.

Följande dag besökte jag immunologiska avdelningen, gajdad av avdelningschef dr Pokhodzei. Man utför vid laboratoriet en hel del immunologiska undersökningar, celler och humoral immunitet, definierar subgrupper, gör blasttransformationstest, studerar alveolarmakrofager i bronkialekret, sekretorisk IgA, precipiterande antikroppar bl. a mot kyckling (vid allergisk alveolit hos bönder). Man studerade det immunologiska mönstret i olika stadier av bronkiter och fann olika mönster vid olika bronkobstruktiva tillstånd. Hon menade att en del av det som kallas astma är virusbronkiter och bör behandlas med interferon och gammaglobulin. Om man behandlar dessa patienter som astma så utvecklar de så småningom astma. Immunologisk diagnostik används här för att ge underlag för riktig behandling. I en del fall vaccination, i en del fall thymusextrakt.

När det gäller atopisk allergi bestämde man total-IgE och höll på att arbeta med en metod för specifik IgE men hade problem med allergenen. De inhemska var av dålig kvalitet. Ville gärna ha kontakt med Pharmacia och ALK för eventuellt samarbete. Är intresserad av att åstadkomma samarbete med Pharmacias serumbank. Hon har samarbete med andra kliniker vid Leningrad för allergologisk diagnostik.

Jag besökte därefter den kliniskt fysiologiska avdelningen som leds av dr Kuznetsova. Man har huvudsakligen patienter med kronisk bronkit, lungfibroser och astma. Man gör spirometrier med flöde-volymkurvor, kroppspletysmografi, diffusionskapacitet, blodgas. Studerar effekten av Trintal och följer en del patienter även efter det de utskrivits. Vid Trintalbehandling ger man 20 minuters intravenösbehandling och följer därvid ett stort antal lungfunktionsparametrar och därefter ytterligare 2 veckors kontroller. Man har hypotesen att förändringar i cirkulationen har betydelse vid astma. Med Trintal påverkar man blodflödet. Man har några förvånande resultat som inte ännu är färdiganalyserade. 30 patienter ingår i en studie. Hos några har man en snabb reaktion av luftvägsmotståndet men efteråt återgår det tidigare värde. Patienter vill ofta gärna ha denna terapi, menar att de slipper astmaattackerna. Man har inget kontrollmaterial.

Vid spirometrier gör man i regel inte undersökning före och efter tillförsel av bronkdilaterare, istället upprepade undersökningar vid olika tillfällen.

Man håller på med en studie av formeterol. Har brist på PEF-mätare (p g a perestrojkan är allting värre nu).

På laboratoriet såg jag en pneumoscreen II Jager samt en rysk apparat. En patient som vid mitt besök satt i bodyboxen fick ökat luftvägsmotstånd efter Trintal.

Vid avdelningen för epidemiologi gav dr Iv Lesjukovitz siffror från sina epidemiologiska undersökningar. Han hade en mycket kritisk syn på vår definition av astma och menade att om man sätter etiketten astma på alla som får luftvägsobstruktiva symptom vid viss exposition blir det orimliga resultat. I norra Alaska t ex skulle 100 % av människorna ha astma... Han menade att det måste vara fel på definitionen om man får så höga siffror som vi rapporterat i väst. Han menade att prevalensen för astma i hela unionen bara skulle vara drygt 2 0/00 (sick). Av dessa menade han att 20 % hade svåra kontinuerliga besvär, drygt 1 % dog av astma, 50 % hade lindriga eller periodiska symptom och resten hade inga symptom f n men hade t ex som barn haft astma. Man har i en stor unik studie följt 1 milj personer från födelsen till döden under 5-års tid och bl a regelbundet undersökt 2.500 barn. Han menade att de högre siffror som t ex professor Shuchalin i Moskva anger är räknekonstruktioner medan siffrorna i Leningrad bygger på verkliga patienter, d v s patienter som haft läkarkontakt för astma. Jag undrade om de låga prevalenssiffrorna för astma kunde bero på att en del av det vi i Sverige kallar astma klassas av kronisk bronkit hos honom. Nej, det kunde inte vara förklaringen: han hade en 1-års prevalens för kronisk bronkit på 13 0/00 för stadsbefolkning och 20 0/00 för landsbygdsbefolkning. Dr Lesjukovitz hade ett omfattande siffermaterial och en del finns redovisat i skriften "epidemiologia ospecifik ...", Leningrad 1988 (redaktion: Putov, Fedeecev m fl).

När jag nämnde något om dessa siffror för en kollega i Moskva sa denne, "de där byråkraterna i Leningrad vet inte vad de snackar om" (ungefär).



Sista dagen på institutet i Leningrad höll jag ett föredrag om hur vi i Sverige ser på astma och astmabehandling. Det var kolleger såväl från institutet som från andra kliniker i Leningrad. Man visade mycket stort intresse för mini-PEF-mätarna.

Vi samtalade en stund med professor Schelkunov som hade många västeuropeiska kontakter men betonade det stora problemet: bristen på västvaluta. För att kunna delta i en kongress måste man i praktiken ha en inbjudan från någon IVS som står för kostnaderna. Om man skickar in en sammanfattning till en kongress blir den inte antagen förrän man betalt kongressavgift i västvaluta, som man ju inte har tillgång till. Dessutom problem med den dåliga postgången mellan väst och Sovjetunionen. Det kan ta upp till 1 månad att få fram ett brev. Vi lovade ta med några brev att posta i Sverige för snabbare postgång.

2 Immunologiska institutet, 6, Kashirskoye Shosse, Moskva.

Institutet grundades 1979 och består av en experimentell och klinisk sektor. Kliniska delen inkluderar ett kliniskt immunologiskt laboratorium, ett kliniskt diagnostiskt laboratorium, kliniska vårdavdelningar med 200 sängar och en poliklinisk forskningsavdelning. Experimentella sektorn inkluderar laboratorier för genetik, histokompatibilitet, genetisk kontroll av immunsvår, regulation av immunogenes, subpopulationer av immunokompetenta celler och deras samverkan, immunologi vid allergiska reaktioner, molekylär immunologi m m .



Överläkaren Natalja Ivanovana Ilina berättade att man har tre experimentella laboratorier som sysslar med allergi: immunologiska mekanismer, molekylära mekanismer och cellulära mekanismer. Man har två kliniska avdelningar, en för allmän allergi, en för astma, dessutom en poliklinik.

Besök på olika enheter

Vid laboratoriet för klinisk immunologi utför man bl a RAST. Man gör hudtest, bronkiella provokationer med allergen, histamin och metakolin. Man använder en del traditionell läkebehandling och ger även injektionsbehandling med bakteriella antigen. En speciell egenbehandling för modifiering av celler, mononukleära celler från en patients perifera blod behandlas invitro med immunmodulerande medel och injiceras därefter i patienten. Kallas extrakorporeal immunoterapi. Menar att terapeutiska effekten bättre än med injektion av läkemedel. Behandlar bl a atopisk dermatit och astma, speciellt kortisonresistent. Man har en del modifierade allergen för hyposensibiliseringsbehandling. Genom att kombinera immunmodulerande behandling och hyposensibilisera hyposensibilisering får man ökad produktion av blockerande antikroppar.

Natalja tjänstgör normalt på intensivvårdsavdelningen där det f n inte fanns någon patient. Till kliniken kommer patienter från hela unionen. Patienter med svåra diagnoser remitteras. Många utan allergi kommer. Många kommer med psykiska faktorer och tror att det handlar om allergi. Man har speciella utredningsgångar och behandling av Steven Jonsons syndrom.

Professor Igor Guskchin är chef för en forskningsavdelning.

Jag lovar sända information om vår astmaskola



Jag frågade om det som kallas bakteriell allergi och hyposensibilisering med bakterier. Det är tydligt att behandlingen är något kontroversiell, kollegerna log ibland lite generat och sade att "behandlingen fungerar i våra händer men hos andra fungerar det inte". I en del fall kan det röra sig om IgE-förmedlad allergi men oftast är det inte allergi i denna bemärkelse. Man har en del bevis med provokationer.

"Immunotopeffekt" får man genom kombination av vaccination och desensibilisering. Före och efter behandling gör man intracutantest och läser av fördröjd reaktion efter 24 timmar. Korrelation med intracutantest och bronkiell reaktion. En del av dessa patienter, som har positiv hud- och provokationstest får god effekt av immunoterapi. Man har ibland positiv lejt reaktion och ibland positiv fördröjd.

Natalja är vice chef för klinikerna.

Kontaktperson för internationella kontakter, Gynther Zina.

Besök på avdelningen för allmän allergi. Chefen heter Olga Polsachova. Använder extrakorporeal immunofarmakologisk terapi hos atopiska patienter med immundefekt, hos astmatiker som fordrar steroider, vid atopisk dermatit med pyodermi, vid läkemedelsallergi, akuta atoxiskt allergiska reaktioner.

Man använder immunomodulatorer (diotzifen) m fl. Man gör allergen för snabbhyposensibilisering vid bi- och getingallergi, såväl gift- som helkroppsextrakt. Man utvecklar speciella allergenextrakt för behandling vid polinos. Man prövar peroral behandling med droppar istället för injektion vid polinos.

Hyposensibilisering ofta med snabbmetod: 3 injektioner/dag, totalt 10-11 dagar. Behandling med pollen och husdamm (man har inte rena kvalsterextrakt). Inga pälsdjursbehandlingar annat än hos några forskare med allergi för laboratedjur. Man har några nya testmetoder och har gjort en sammanställning av utredningsgång vid läkemedelsallergi (se särtryck). Leukocytmigrationstest med antibiotika, lokalanestetika, sulfapreparat, acetylsalicylsyra. Provokation vid läkemedelsallergi först sublinguallt, därefter injektioner eller peroralt. Speciellt testbatteri vid Steven Jonssons syndrom.

På avdelningen har man ett speciellt rum med filter för den inkommande luften (Moskvaluften är mycket smutsig) för att man skulle kunna ha patienten i en ren miljö när man ger hyposensibiliseringsbehandling t ex.

Symptomatisk behandling, Intal för astma, Lomudal nasal och Lomudal ögondroppar för rinokonjunktivit. Antihistaminpreparat, inte tillgång till några icke-sederande. Teofyllin i depotpreparat för astma. Hyposensibiliseringsstudier med depotpreparat och oral behandling har utförts.



Jag besökte teststationen där man gjorde pricktest med nål, 40-50 olika allergen. Tre patienter sitter samtidigt i testrummet.

I "luftrenarrummet" fanns stora slangformade filter i taket där den inkommande luften kom. Utsug genom hål i dörren. I rummet en kvinna med atopisk allergisk astma som fick hyposensibilisering, en kvinna med "bakteriell astma" och en med atopisk dermatit + respiratorisk allergi. Patienterna kom från olika delar av unionen.

Stort upptagningsområde

Polikliniska avdelningen leds av dr Ludmila V Luss. Man har ett stort antal patienter från hela unionen. Specialitet är allergi och immunologi, immundefekter. Många patienter har pseudoallergiska läkemedelsreaktioner. Vid hyposensibilisering som om möjligt startas på hösten ger man två injektioner/vecka i början och så småningom en injektion/vecka. Björk anses vara viktigaste allergenet. Ibland även bok och hassel. Gräs framför allt timotej. Pollenräkning utföres vid speciella botaniska institutioner. Daglig information ges till läkare, däremot ej till allmänheten. I södra delen av unionen finns ragvid, i Kaukasus. Annars ungefär samma pollen som hos oss. Klimatterapi kan genomföras, man kan lägga semestern under värsta pollensäsongen till en del av landet där motsvarande pollen inte finns,

eftersom landet är så stort. Det finns semesterhem där man kan vistas. På grund av de nationella konflikterna är det emellertid nu svårare att resa.



Man menade att "allergofobi" är ett stort problem. Neuroser, hysteri, lukt-pseudoallergi och annat är vanligt och att patienterna kommer hit för att de tror de är allergiska. Man har provat hyposensibilisering med ASA utan framgång men professor Alexander Chuchalin (se nedan) har haft större framgång. Perorala provokationer inte alltid nödvändigt.

Konjunktivala och nasala provokationer utförs på polikliniken. Bronkiella provokationer med allergen ibland på inneliggande. Metakolinprovokationer dagligen. Intracutantest med bakteriella extrakt avläses efter 24- och 48 timmar. Man har spanska bakterieallergen även för pricktest. Man avläser snabbreaktion men den är sällan positiv. Candida, stafylokocker. Ibland vid negativt pricktest, vidare med intracutantest. Hyposensibiliseringsinjektionerna ges oftast av sjuksköterskan. Under start av hyposensibilisering kontrolleras blodeosinofili 1-2 ggr/månad. Vid ökning av eosinofiler reduceras dosen. Vid biverkningar ger man ibland antihistamin före injektion. Vid astma mätes PEF. Man har sällan haft några allvarliga biverkningar vid hyposensibiliseringarna. Vid underhållssprutor tar patienten blodprov dagen före injektion för kontroll av eosinofila. Stannar 1 timme på mottagningen efter sprutan. Ungefär 85 % blir förbättrade vid ren polinos. Man har även placebokontrollerade studier. Vid husdamms allergisk astma sämre resultat. Kanske andra mekanismer, inte bara IgE.

I Moskva finns 8-10 distriktsallergologer. Ibland kan remisser komma från dessa till institutet. Emellertid kan hela unionens 280 milj innevånare komma hit utan remiss vilket kollegerna uppfattar som stort problem. Man behöver inte ens beställa tid, bara infinna sig och ställa sig i kö på samma sätt som i affärerna. Man anmäler sig och får tid inom ett par dagar. Många medborgare tror att det bara är i Moskva det finns bra specialister och därför vill man söka här. Men ofta kan distriktsspecialisten klara det lika bra. Besöket är gratis. Det är endast denna allergimottagning i hela unionen som har hela landet som "upptagningsområde". Hälsovårdsdepartementet har bestämt detta och kollegerna ogillar det. Största problemet alla de som tror sig ha allergi men inte har det. Patienterna får träffa en jourhavande läkare för en preliminär bedömning. Om det visar sig vara misstanke på allergi remitteras patienten vidare för ytterligare testning. I andra fall remiss till annan lämplig klinik. En grupp specialister cirkulerar på jourtjänsten så det blir ungefär 1 dag/vecka man har jourarbetet.

Detta institut har en specialfunktion. Annars finns det i hela unionen distriktsallergologer på mottagningar med 1-5 specialister samt sjuksköterska. Det ska vara enligt hälsovårdsmyndigheterna en allergolog/200 000 innevånare (för vuxna). På dessa allergienheter använder man pricktest, nasala- och konjunktivala provokationer men för mer avancerad diagnostik remitteras patienter till detta institut. Vid distriktsspecialistmottagningarna fordras ej remiss för distriktets innevånare.

Institutet ordnar i februari 1991 en internationell immunologisk kongress.

Astmaavdelning

Följande besökte jag allmänna astmaavdelningen som leds av dr Tamara Chervinskaya. Avdelningen har 45 platser och vårdar såväl "infektionsastma" som "icke-infektiös astma". Man studerar bronkiell hyperreaktivitet och reaktivitet i hud, inflytandet av specifika och ospecifika agens, olika läkemedelseffekter. Patienterna kommer från hela landet, inte i akut stadium. Hyposensibiliseringsbehandlingar görs. Man testar med traditionella inhalationsallergen och dessutom bakteriella allergen. Undersöker mikrofloran i bronkerna. Av de testningar med bakteriella allergen som utförs hinner man, bland dem som har positiv reaktion:

1/3 snabb reaktion

2/3 sen och fördröjd

1/3 fördröjd (jag förstår inte uträkningen)

Neisseria är den bakterie som ger mest positiva reaktionen. Hudreaktion och allmän reaktion kan vara 3-5 dagar. Om det inte blir någon allmänreaktion går man vidare med bronkiell provokation som också kan ge snabb, sen eller fördröjd positiv reaktion. Om man då får positiv reaktion genomför man hyposensibilisering. Först en injektion/1-3 dagar och om det fungerar bra fortsätter man polikliniskt. Eventuell snabbhyposensibilisering med 2-3 injektioner/dag. Behandlingen fortsättes med 1 injektion/vecka under 2-3 månader. Placebokontrollerade studier har visat förbättring, inklusive minskad BHR, minskad reaktion vid ansträngning och ändrade hudreaktioner. Preparatet Pespat från Tyskland har inte visat effekt jämfört med klinikens egen metod. Resultat skall publiceras.

Av läkemedel använder man ett depotteofyllinpreparat som heter Teopec (inhemskt preparat). Effekten bättre än vanliga Teofyllinpreparat. Produceras i Moskva och i Tallin. Man använder Berotec aerosol, depotpreparat med salbutamol (Volmex) och Atroventpulver. Man använder ett Jugoslaviskt oralt bakteriellt vaccin som heter Bronkomunal (innehåller streptococcus pneumoniae, haemophilus, klebsiella, staphylococcus aureus, streptococcus viridans, streptococcus pyogenis, branhamella catarrhalis). Vid avdelningen användes ej akupunktur men på speciella institut används det, bl a för polinos. Psykoterapi ges inte här. Extrakorporeal behandling har prövats på 30 patienter men utan någon långvarig förbättring. Andra kliniker (se nedan) har bättre resultat. Behandlingen användes först för psoriasis, så småningom för andra sjukdomar inklusive astma.

Besök hos en patient:

På rum 527 finns 36-årig Valeri från Sibirien, 8-timmars flyg-resa från Moskva. Har astma, tidigare steroidkurer, har nu Becotide inhalation 20 doser/dag med styrka 50 mikrogram/dos och kombinationspreparat Intal + Berotec, 8 inhalationer/dag. Han har visat positiv test efter 24 timmar med neisseria (astmatisk reaktion). Negativ med andra bakterier. Får nu injektion med 2 doser/dag och kommer att fortsätta så 1-2 veckor på institutet.

Provokationsrum: en apparat som heter "Grönland" kan provocera luft med temperaturen -20 C. Man använder detta för provokation av köldutlöst astma. 15-20 % reduktion av spirometrvärden betraktas som positiv. Man provocerar även med karbakolin, allergen och bakterier. Man har en bronkoscreen spirometer. För provokation av ansträngningsutlöst astma sändes patienten till lungfunktionsavdelningen.

Olika forskningsprojekt

Underläkaren Sergey Sharapof på denna avdelning studerar sputums egenskaper. Han finner att viskositet, surfactant, adhessivitet och elasticitet har samband med varandra och korrelerar till kliniskt förlopp. Han studerar en ny fas av acetylcystein.

Med en speciell apparat fryser man utandningsluften och studerar den sedan på olika sätt.

Dr Natalja Prasolova studerar steroidberoende astma och jämför med icke-steroidberoende. Orsaker, immunstatus, steroidreceptorer. Cellulär immuniteten nedsatt hos steroidbehandlade patienter. Efter utsättning av steroiderna inträder normalisering. Minskat IgG i steroidbehandlade gruppen jämfört med icke steroidbehandlade. IgE högt i båda grupperna. Glykokortikoidreceptorer oförändrade efter utsättning av steroider.

Dr Sergey Polner gör jämförande studier mellan bronker och övre luftvägar.

En kvinnlig kollega studerar förändringen av bronkreaktivitet m m vid immunoterapi med husdammsallergen. 60 patienter ingår i studien och man har sett goda resultat. Ingen kontrollgrupp.

Patientbesök:

Alexander, 19-årig musikstuderande med astma sedan 3-års ålder. Flera gånger sjukhusvårdad som barn. Haft astmaattacker framför allt på morgonen. Fått hyposensibilisering med husdamm första gången 1988 med förbättring. Nu förnyad behandling. Behöver inte längre mediciner och har inte morgonastma, däremot nästäppa på morgonen. Kommer att rekommenderas fortsätta Intal eller Zaditen första veckan efter hemkomsten, därefter utsättning. Vid behov salbutamolinalation.

Fortsatt besök på avdelningen

Rum för intravenösa injektioner m m. Eufyllin, hjärtlykocider. Intravenösa dropp med steroider och Eufyllin användes. Ibland ges Heparin 10 000 enheter x 2-3 för att påverka mikrocirkulationen. Man menar sig ha sett effekt. Annan klinik har gjort studier på terapieffekten.

I matsalen sitter patienterna och äter vid bord för 4 patienter vid varje bord. Blommiga dukar.

Sergey studerar histamin, karbakolin, seretonin, husdamm och pollen vid bronkiell provokation, studerar inflytandet av nasala provokationer på dessa parametrar. Spirometri och rinomanometri. Mäter lungfunktion efter nasal provokation. Har tre patientgrupper:

- 1 kontrollgrupp med placebo
- 2 en patientgrupp med allergisk rinit, pollenhyposensibilisering
- 3 en grupp med allergisk rinit + astma med husdammsallergi.

Finner korrelation mellan sensibilisering i näsa och bronker. Eosinofila i nässekret ökar efter provokation med allergen men ej efter acetylkolin. Mäter temperaturen i näsan och finner ökning efter provokation med allergen, ej efter placebo.

Studerar effekten i näsan av olika preparat och hyposensibilisering.

Man visar en luftrenare som tar bort allergen, gaser och bakterier. Innehåller såväl biokemiska filter som elektrostatiskt och mekaniskt filter. En indikator anger hur ren luften som strömmar igenom är. Dock inte en ren partikelmätare vad jag kan förstå. Kostar 2 000 dollar och är alltså inte något som den enskilde patienten kan ha hemma.

Dr Galina Bondareva använder leukocytmigrationstest för diagnos av läkemedelsöverkänslighet. Se särskilt särtryck för metoden. Metoden utarbetad av henne (avhandling). Användes för läkemedel, husdamm, pollen, bakterier och myggor. Man har rapporterat om man lider mot myggor från ett område i Sibirien (se särtryck). Myggan man använde var aedes agypti.

Följande dag, onsdagen den 21:e november besökte jag polikliniken som leddes av dr Ludmila Luss. Man har på denna mottagning mest astma, pollinos, andra allergiska rinit, urtikaria, födoämnes- och läkemedelsöverkänslighet. Bland astmapatienter såväl allergisk som infektiös, den senare svår att behandla polikliniskt. Man tar anamnes, gör hudtest, konjunktival- och nasal provokation. Sublingual test på ett litet antal födoämnesallergiker. Sällan RAST, framför allt om det inte går att göra hudtest. På mottagningen finns fyra allergologer, två immunologer, en otolog, en oftalmolog, en stomatolog (tandläkare), en endokrinolog och en psykiater.

Man kan lägga in patienter på kliniken om så erfordras. Man har mellan 60- och 150 patienter/dag.

Sublingual test: medikamenter eller födoämnen droppas under tungan. Inspekteras efter 15 minuter. Om ingen reaktion på kontrollösning fortsätter man med allergen. Avläser lokal reaktion i munnen och eventuell allmänreaktion.

Vanligaste allergen är som hos oss björk och gräs. Man har även Ambrosia från vissa delar av landet.

Vid testning med atopiska allergen avläser man bara efter 15 minuter reaktionen. Vid testning med infektiös allergen avläser man efter 2 timmar och 24 timmar.

Man undersöker effekten av Tiladeinhalationer (nedocromil). Man använder bronkomunol, cromoglykatkapslar för födoämnesallergi, Lomudal ögondroppar. F n testar man ett terfenadinpreparat vid allergisk rinit med positiv hudtest och nasal provokationstest.

En del svåra akuta fall behandlas med extrakorporeal behandling.

Urtikaria behandlas ungefär som hos oss med antihistamin och steroider. På senare år har man en speciell utredningsgång med indelning av urtikaria i atopisk, infektiös, kollenerg och icke-immunologisk och ger olika behandling beroende på diagnostyp.

Angioödem sammanhänger ofta med infektion. Komplexa mekanismer. Immundefekter som ger kronisering av infektion, multipla organ. Antibiotikabehandling kan ge överkänslighet. Fargocytossystemet defekt och förvärring av steroider.

Behandling med immunostimulering för fagocytossystemet. Behandlingen innebär att man gör bakterierna känsligare för antibiotika.

Positiv hudtest med bakteriella allergen: förutom lokala reaktioner efter 24 timmar får man även minisymptom av den ursprungliga sjukdomen: feber, artralgi, myalgi, urtikaria. 13 % av urtikariafallen har infektion som bakgrund. En del invalidiserade patienter har blivit bra med denna behandling.

Vid pseudoallergiska reaktioner (konserveringsmedel m m) har man dietråd.

Ett patientfall: en ung man från Asien. Symptom som föranledde behandling med analgetika, det uppträdde allergiska hudsymptom, så småningom spinala abscesser där man tömde 600 ml pus. Fick penicillin och fick symptom tydande på allergi, värre och värre utslag och mera pus. Så

småningom diagnos TBC, behandlades med Streptomycin. Remitterad hit. Inga tecken på läkemedelsallergi. Orsak: dysbakterios i tarmen.

Många patienter som kommer hit har ingen allergi. De kan remitteras till annan specialist. Icke-allergisk astma som är svår remitteras till lungläkare.

Hyposensibilisering utföres endast hos specialister. Endast i enstaka fall om det är mycket svårt att genomföra hos specialist kan det handläggas hos annan läkare.

Man använder året-runt hyposensibilisering eller behandling endast före säsong beroende på patientens egna önskemål. Om man har kombination pollen och husdamm fortsätter man husdammsbehandlingen året runt. Om man inte ser effekt inom 3-4 säsonger fortsätter man inte behandlingen utan gör ny utredning och försöker klarlägga varför ingen effekt erhållits. Jag frågar om man sett "säsongbunden icke-allergisk rinit". Man har nog sett en del. Tror att några kan vara mögelallergi. Man använder vattenextrakt men skall nu producera speciella hyposensibiliseringsextrakt.

Oral hyposensibilisering speciellt för barn. Utföres inte i hemmet. Man har egen tillverkade extrakt. Goda resultat. Menar att oral hyposensibilisering är att föredra för barn med hänsyn till deras spruträdsla.

Ludmila är själv pediater men arbetar mest med vuxna nu. Hennes avhandling handlade om födoämnesallergi hos barn.

Allmänt om sjukvården

Jag avslutar besöket på immunologiska institutet med att samtala med Natalja Ilina om allmänna hälsovårdsproblem. Institutet har (liksom som alla andra) ekonomiska problem. Importerade mediciner är inte alltid tillgängliga. Vid astmapatienten få medicinen gratis men betalar ibland till apoteket. Becotide finns. Situationen är idag helt annan än för 2 år sedan. Allt har blivit sämre under Perestrojkan.

Gratis medicin har man vid diabetes, cancer, astma, barnsjukdomar upp till 3-års ålder, systemsjukdomar som reumatoid artrit, gynekologiska sjukdomar, tuberkulos. Hyposensibilisering är gratis.

Vissa allergicentra kan ha 2 000 hyposensibiliseringspatienter. Troligen minskar hyposensibiliseringarna nu med anledning av att folk är rädda för att de skall få aids via sprutorna (man har ej möjlighet att använda engångssprutor vad jag förstår).

Nästan alla astmapreparat är importerade. Inhemsk preparat sinar av olika skäl: en del fabriker stängs av miljöskäl, nationella problem gör att man

inte alltid kan få fram råvaror till fabriker o s v. Man producerar Eofyllin och Theopec.

Läkarnas villkor

En vanlig sjukhusläkare har 160 rubel, forskningsläkare 250. Sköterska som arbetar mera än 40 timmar kan nå 300 rubel. Här arbetar en hel del 1 dygn och är sedan lediga 3 dygn och tjänar då 160-170 rubel/månad. De flesta arbetar här 1 dygn och är ledig 2 dygn och tjänar 300 rubel. På polikliniken arbetar man kl 9.00-18.00 fem dagar i veckan och tjänar 200 rubel.

Högst betalda är ministrar, akademiledamöter, höga officerare och numera "profitörer", d v s de privata företagen som kallas kooperativ, chaufförer kan tjäna 500 rubel. Taxichaufförer tjänar mycket utländsk valuta. Taxin är f n ren anarki. "Försök inte förstå vår ekonomi, du får ont i huvudet" säger Natalja med ett skratt.

3 Andra medicinska institutet i Moskva (med centralt lungmedicinskt institut för ryska rådsrepubliken under ledning av professor Chuchalin).

Till kliniska immunologiska institutet åkte man med gröna linjen söderut till metrostation Kashirskirskaja. Till Chuchalins institut åker man med blåa linjen åt nord-ost, förbi Ismailovskij parken till metrostation Pervomajskaja och hittar sjukhuset vid ? Parkgatan.



Professor Chuchalins institut fungerar sedan 1 år tillbaka som ett helryskt institut. Man har klinik för utbildning och forskning. Man gör läkemedelsforskning, studerar immunabsorption mot IgE, alfa- och Betareceptorer på lymfocyter, kollenerga receptorer m m.

Läkemedel

Vid en välgjord utställning utanför föreläsningssalen presenterades en del av institutets arbete:

Preparatet Theopec, depotTeofyllin, 6-års erfarenheter.
Ett nytt preparat med antikolenerga egenskaper, trobentol. Skall tillverkas i Finland i kombinationspreparat salbutamol + trobentol.
Långverkande beta-2-stimulerare.
Buduzenid.
Calcitrin (calcitoninpreparat) i inhalation mot steroidkomplikationer.
Calciumantagonister vid EIA
Extrakorporeal behandling.

Sjukhuset heter också allmänna sjukhuset nr 57.

Laboratoriet

Jag guidas av laboratoriets chef Yuri Lebedin.



På laboratoriet träffar jag Svetlana som håller på med studier av insektsgiftsallergi.

På sjukhuset finns två enheter för allergiska sjukdomar:

en allmän avdelning med lungsjukdomar, kronisk bronkit m m, en mera ren allergiavdelning. Man fungerar som centralt institut för hela ryska republiken när det gäller lungsjukdomar. Man har ansvar för 1/3 av Moskvas allergivård, d v s 3 milj innevånare. Urtikaria, angioödem, astma.

Vid laboratoriet bestämmer man specifik IgE och total-IgE, T-cells subpopulationer, komplement, autoantikroppar. Ungefär 100 cera/vecka. Man studerar cancermarkörer. Har ett samarbete med Hoffman La Roche. För specifik IgE använder man RAST. Man har 50 olika Pharmaciaallergen. Saknar egna renade allergen. För hudtest användes ritstest. Man hoppas få installera en apparat för caprast från Pharmacia.

Total-IgE finner man förhöjd vid atopi, vid paracytos och hos ett antal patienter som inte har några av dessa sjukdomar. Man försöker finna varför. Menar att förhöjd IgE bör betyda någon sjukdom.

Man har service även för ett barnsjukhus i närheten.

Tidigare har man kunnat köpa importerad utrustning men nu är det problem med valutan. Laboratoriet har bra monoclonala anti-IgE antikroppar att ge i utbyte vid ett samarbete.

Hos barn med husdammsallergisk astma finner man i drygt 50 % av fallen positiv RAST med DP, ungefär lika många positiv djur (speciellt katt) och hos 20 % positiv kackerlacka. Pollenallergenen är som hos oss.

Beträffande hironomider: en tysk studie har visat att de åstadkommer mycket kraftig IgE-produktion.

Angående allergi- och astmaprevalens enligt siffror från Leningrad: håller inte alls med.

Dr Damilya Nugmanova från Alma-Ata håller på med disputationsarbete om effekten av specifik hyposensibilisering. Pollen- och husdammsallergi. Professor Chuchalin vill att hon skall jämföra effekten med bakterievaccin. Uuri Lebedin tror inte på "bakteriell allergi". Det finns något ospecifikt i hyposensibiliseringsbehandlingen. Jämför anti-IgE som ju alla atopiker reagerar på.



Se särtryck beträffande extrakorporeal IgE och trombocytanheresis.

Trombocytassocierad IgE minskas något i början, sedan mera påtagligt och hos några kvarstår det lågt.

Leukocytassocierat IgE påverkas kraftigt av enkel anheresis. Även leukocytassocierad IgG liknande. Teori: plasmaferes vid astma bara om man har förhöjd leukocytassocierad IgE. Utarbetar dataprogram för prognos.

Kliniska effekten av IgE-plasmaferes inte korrelerad till borttagandet av IgE. Man har väsentligen oförändrad IgE fränsett de första två dagarna då det kan vara påtagligt sänkt. I en del fall har man t o m högre IgE efter än före behandlingen. När man jämför med placebo finner man inte så övertygande effekt, men det är ett bra system för studium av IgE-systemet. Man planerar en placebokontrollerad studie med 10 patienter. Det är inte försvarbart att använda denna avancerade metod på enkel pollinos. Man provar på svår astma. Åtminstone en patient kunde helt sluta med steroider.

Någon annan mekanism påverkas. Gammainterferon ökar.

Mjältabsorption.

Användes först vid svår sepsis, nu vid astma, reumatiska sjukdomar som SLE.

Veckomöte

Fredagen den 23/11 medverkade jag i institutets ordinarie veckomöte. Första föredraget handlade om BAL. Det andra var en läkare från Vladivostock som redovisade obstruktiva lungsymptom hos 15 % av arbetarna vid ett mejeri. Högt total-IgE, positiva i specifik IgE mot vissa mögel. Specifik IgE ökar de första 3 åren och minskar sedan. Föredragshållaren kallade sjukdomen kronisk bronkit men i diskussionen menade professor Chuchalin att man nog bör kalla detta astma.

Intensivvård

Jag besökte ett rum på intensivvårdsavdelningen där man ger extrakorporeal behandling. Man har dels plasmaferesapparat, dels vanlig pump för helblodsperfusion. En astmapatient låg för sin andra behandling i rummet. Har 2-års anamnes på astma. Injektionsbehandling med kortikosteroider och Berotec samt antibiotika. Patientens blod går upp till en dagsfärsk svinmjälte som ligger i en liten balja och därifrån tillbaka till patienten. Behandlingen tar 40 minuter. Man ger 2 behandlingar/vecka. Klarar 2-3 patienter/dag. Man har behandlat ett 50-tal astmapatienter på detta sätt. Läkaren som sköter denna behandling kommer från transplantationsinstitutet och heter Ludmila Deternikova. Hon anger att

astma och reumatoid artrit är de bästa indikationerna, behandlar även SLE, sepsis, psoriasis, vaskuliter.

Allmänna terapiavdelningen för astma.

Dr Nina A ? berättade att man har 60-70 patienter på avdelningen. Ungefär 80 % har astma. Inneliggande patienter kommer senare på återbesök på mottagningen. Speciellt om man startar hyposensibilisering som man fortsätter på mottagningen. Ofta patienter med svår astma. Såväl allergisk- som "prostaglandinastma" (ASA) och infektionsastma. Man använder som ospecifik behandling bl a Paspat. Vid aspirinastma ger man "hyposensibiliseringsbehandling" med stigande doser från 5 mg till 500 mg. Har erfarenhet från ungefär 100 patienter. Man har jämfört hög- och lågdosbehandling och finner bättre behandling vid hög dos. Man använder extrakorporeal behandling för att påverka bronkiell hyperreaktivitet. Idag har man behandlat en ung kvinna med nyligen debuterade aspirinastma och snabb progress.

Man visar en patient med livslång astma, har bott i en by med mycket fukt, försämrad på senare år, husdammsallergi, specifik hyposensibilisering utan effekt. Utvecklat en livshotande astma. Visar nu mögelallergi med mycket höga IgE-värden, positiv RAST för asbergillus och har asbergillus i sputum. Positiv precebetintest. Behandlas nu med anfotericin B-inhalation.

Man ger behandling med inhalation av saltlösning från speciella gruvor. Icke-atopisk astma anses må bra av denna behandling.

Bakterievaccin Paspat och Bronkovaxom och extrakt från stafylokocker användes. Uppger att man har placebokontrollerade studier.

Rehabilitering: fysikaliska metoder med allmän övning.

Speciell behandlingsmetod: kallt vatten!

Man duschar med kranvattnet som i mars har temperaturen 4 grader och så småningom blir något varmare. Duschar några sekunder, börjar med 1 gång om dagen, ökar till 6 ggr/dag. Man får bronkdilatation. Durationen av bronkdilatationen kan först vara kortvarig, ibland bara minuter men ibland vara hel dag. I svåra fall behandlar man varannan timme.

En del fortsätter simma under ledning i grupp i utomhusbassängen som finns i parken i närheten. En del steroidberoende patienter har kunnat utsätta steroiderna efter behandling med kallvatten. En del simmar hela året men de flesta under tiden maj-september.

Psykolog ger hjälp till en del patienter, dels individuellt, dels (och framför allt) i grupp. Man har 10 patienter i vardera gruppen, 5 grupper. De träffas 1 timme/vecka. Detta ingår i "astmaklubben" vilket motsvarar vår astmaskola i kombination med vår allergiförening. Man går på teater, föredrag, lyssnar på musik, ägnar sig åt litteratur. Gruppen håller på 2 år.

Akupunktur har förr skett på speciella institut men inte nu längre. En del läkare på kliniken ger akupunktur. Är inte någon rutinbehandling.

"Elektrosömn" med signaler via elektroder används ibland. Oftare för nervösa sjukdomar.

Inhalationsbehandling ges med bronkdilaterare och amfotericin B.

Man prövar Terfenadin och Zyrtec f n. En speciell gräsblandning används som mucolyticum. Man har även Bromhexin.

Gradering av hudtester: 5 mm = 1+, 10 mm = 2+, 15 mm = 3+ och 20 mm = 4+. Man använder prick och rits.

Det finns 65 patienter på avdelningen, 3 läkare utöver överläkare och kandidater. Sköterskor finns 5-6 på dagen och 2 på natten.

Dr Galina Koslova är chef för allergiavdelningen.

Dr Galina Osirova är chef för öppenvårdsavdelningen.

Vid rond på avdelningen träffar vi Boris som har asbergilos. Har fått behandling med anfotericininhalationer.

Vi träffar även Tanja som just har fått behandling med "mjältabsorption" och har feber i efterförloppet.

Man har ett preparat som heter Vilosenum, ett thymusextrakt för intranasal behandling vid rinit. Kommer från Kiev. 60 % av patienterna förbättras. Även en del med husdammallergi behandlas. Man har vaccin med klebsiella, stafylococcus aureus och proteus för behandling vid astma och kronisk bronkit.

På mottagningen testar man ungefär 20 patienter om dagen med 10-25 allergen/patient. 2 läkare och 2 sjuksköterskor. 400 patienter har "allergipass".

Dr Nadeshda Pavlona står för behandlingen med kallt vatten.

Läkarna vid institutet arbetar 6 timmar/dag, 5 dagar i veckan. Dessutom 2 nätter/månad utan extra ersättning. De som har undervisning och forskning arbetar 6 dagar i veckan, på lördag inte med patienter utan med annat.

Damilya Nugmanova från Alma-Ata arbetar på institutet i Moskva med lön från sin klinik i Alma-Ata. Hon vill ha litteratur om immunoterapi om vi kan skicka.



Mannen från Vladivostock hade 10-timmars flygtid till Moskva.

4. Institutet för klinisk immunologi, Novosibirsk (chef: professor V P Lozovoy).

Institutet grundades 1981, är centralt institut för allmän och tillämpad immunologi i Sibirien och fjärran östern.

Man studerar vid institutet patogenetiska mekanismer

Adress: 14 Yadrintsevskajagatan, 630091 NOVOSIBIRSK

Institutet grundades 1981, är centralt institut för allmän och tillämpad immunologi i Sibirien och fjärran östern. Man studerar vid institutet patogenetiska mekanismer, diagnostiska metoder, prevention och behandling av sjukdomar relaterade till funktionella störningar i immunsystemet. Man har identifierat en ny typ av regleringen av Klonfunktionen i antikroppsproducerande celler beroende på ökad intensitet i erythrocytopoesen.

Institutet är beläget i en gammal byggnad men man håller på med nybygge.

I entrén ligger ett lager med stora pappersrullar: i institutets källare finns ett tryckeri där man trycker bl. a tidskriften Bulletin för Sibiriska avdelningen av den medicinska vetenskapsakademien.

Vid en utfärd sista dagen i Novosibirsk fick jag se ett stort tuberkulossjukhus under uppförande norr om Novosibirsk. Bredvid detta skall ett nytt kliniskt immunologiskt institut uppföras och man kommer där att i samarbete med ett finskt företag arbeta med immunomodulatorer. Man kommer att så småningom inbjuda västerländska patienter för okonventionell terapi. Önskar samarbete med svenska forskare. Nästa sommar har man 10-års jubileum av institutets grundande och kommer att sammanställa en publikation som sändes till mig.

Internationell kontaktperson och tolk vid professor Lazavojs institution är Larisa Alexenko.



Med operan i Novosibirsk som bakgrund

Allergigruppen

Första dagen träffade jag allergigruppen tillsammans med professor Lazovoy. Han berättade: Institutet har ett 80-tal forskare. Man studerar fysiologiska och patologiska problem i immunsystemet. Autoimmuna sjukdomar, lymfocytömatoser, immundefekter, HIV-virus, allergologi. Man håller på att bygga två kliniker, öppnar en nästa år. Professor Lasovoj speciellt engagerad i reumatologi. Man planerar benmärgstransplantationer. Stamcellsstudier. Rekonstruera immunsystemet. Planerar att studera nya läkemedel, thymuspreparat m m. Studera preparat från benmärg, stamcellsproliferation och inhibition. Interleukiner, rekombinant.

Okonventionella diagnostiska metoder.

DNA-prober. Bestämning av lymfocytmembranegenskaper, lymfocytsubpopulationer, yt-IgE på celler. Använder immunmodulatorer för att förhindra recidiv av astma. Försöker finna genetiska markörer vid infantil atopisk dermatit. Quinckeödem: en genetisk defekt i komplementsystemet. Kanske även vid astma? HLA-typning. Råttor kan lukta för att finna partner som passar enligt HLA-systemet påpekar Lozovoy. Man har undersökt samband mellan cancer och allergi och inte funnit någon korrelation.

Astma och allergi.

Allergi i luftvägar och hud liksom läkemedelsallergier studeras. Vuxna patienter vid öppenvårdsavdelning. På laboratoriet användes RAST för specifik IgE, man har även immunenzymmetod, man studerar T- och B-lymfocyter. Angående allergiprevalens: omkring 20 % av befolkningen i ett område och i vissa områden ända upp till 40 %. I Novosibirsk 9 %. Inte så mycket astma i Novosibirsk.

Snabbhyposensibilisering med uppnådd slutdos efter 2-3 veckor och sedan underhållsdos varje månad. Dåliga resultat med bakteriella allergen. I Irkutsk pågår oral hyposensibilisering. Extrakorporal behandling ges men inte immunspezifisk. Luftföroreningar ett stort problem.

Icke traditionella behandlingar

: saltgruva (skratt) i Kaukasus, Ukraina. Radon + hyposensibilisering. Man badar i radonhaltigt vatten och inhalerar. Akupunktur, hypnos.

Man betjänar ett distrikt på 3 milj innevånare. Har haft kontakt med Pharmacia, köpt utrustning.

Allergigruppen

består av Eleonora Michailovna Tananko (kliniker, chef), Vera Nepomniastich (kliniker), Olga Krugleeva och Irina Ivanova (lab.arbete), Sergej Milakin (biolog och teoretiker, talar god engelska) samt Sergej Y Sherkashin (lab.arb.). Dessutom Ludmilla Leonidovna Lazarenko som är chef för en vårdavdelning för rehabilitering vid sjukhuset för klinisk och experimentell medicin. Hon studerar icke-farmakologisk behandling av astma.

Olga Krugleeva studerar funktionella egenskaper hos monocytter i perifera blod hos pollinospatienter. Irina Ivanova studerar polymorfkärniga leukocyter i perifera blodet och ser på funktionella egenskaper hos dessa celler vid pollinos. Vera Nepomniastich studerar immunoterapi och immunokorrektion hos patienter med pollinos liksom specifik

allergidiagnostik. Sergej Milakin och Sergej Sherkashin undersöker fysiologiska egenskaper hos lymfocytmembran och dess samband med immunologiska och allergiska reaktioner. De utvecklar nya metoder vid allergisk- och immunologisk diagnostik baserad på fluorescentprobing. Eleonora Tananko studerar immunologiska regleringsmekanismer vid allergi, icke konventionella behandlingsmetoder, bioenergi.



Besök på laboratorerna:

Man studerar T- och B-lymfocyter, kronisk lymfatisk leukemi, autoimmuna sjukdomar, aktiverade B-celler, utvecklar testsystem för autoantikroppar.

Vid rundvandring på laboratoriet (20 forskare i denna byggnad) träffade vi Helena Shernyn som undersökte lymfom, Sergej Nicolaj som studerar lymfocytmembran och har flera patent på metoder. Kan separera tre olika sorters astma. Studerar inflytande av allergen på lymfocyterna.

På genetiska avdelningen Vladimir och doktorand Marina. HLA-komplex och dess funktioner, autoimmunitet. Jämför rheumapatienter och friska. Laboratoriet för immunogenetik: M L Sartakova.

Man gör en immunologisk-epidemiologisk undersökning i olika populationer. 500 olika frågor behandlas i ett speciellt dataprogram. Programmet presenterar differentialdiagnoser, grafiskt och med textutskrift. Differentierar immundefekt, autoimmun sjukdom, allergi, neoplasm, hematologisk sjukdom.. Tysk dator.



5. Institutet för klinisk- och experimentell medicin, Novosibirsk

Institutet är beläget söder om själva Novosibirsk. Det grundades 1970 och är huvudinstitut för studium av människans adaptation till nordliga miljöförhållanden. Man studerar fysiologiska, biokemiska och immunologiska förändringar i organismen i samband med adaptationsprocesser, utvecklar system för profylax och behandling av akuta och kroniska sjukdomar och utvecklar system för automatisering av biologiska studier.

Detta institut besökte jag följande dag, onsdagen den 28/11 då det var 20 grader kallt.

Avdelningen för rehabilitering av astmapatienter

visades av överläkaren Ludmilla Lazarenko. (Klinikchef är Kaznacheev Sorge). Ludmilla har arbetat här sedan 1984. Hon hör till allergigruppen vid immunologiska institutet.

Denna avdelning använder inte våra vanliga läkemedel utan andra typer av behandling: örter, autoträning, psykologiska metoder, social rehabilitering, akupunktur. Man har till mål att hjälpa patienten bli frisk utan läkemedel. Musik, estetik, skratt. Påverka miljöfaktorer.

Man förenar behandlingen med 5-10 dagars fasta och oljelavemang. Rehabiliteringsperiod, frukt, grönsaker, mineralvatten. Man har läkeväxter (Myrten?) som växer i patientrummen vid lindrig astma och bronkit. Steroidberoende astmapatienter är för svåra att behandlas på denna avdelning.

Varmvatten eller elvärme på levern.

Speciella psykologer ger individuell behandling. Promenader i skogen. Diagnostik med en ny metod, grönt ljus. Musikterapi via kassett skötes av

psykiater. örter hämtas från Tibet och Mongoliet vid expeditioner som utgår från kliniken och experimentella laboratorier. Användes för framställning av t.ex. Pulsdiagnostik enligt tibetansk tradition (23 olika pulstyper, 3 olika punkter). Man har samarbete med kinesiska forskare.

Avdelningens patienter. På avdelning 20 patienter varav kanske hälften har lindrig astma eller kronisk bronkit och resten urtikaria, atopisk dermatit och hjärtsjukdomar. 2 kliniska läkare, 4 forskare, 5 sjuksköterskor. Patienten stannar 3 veckor på denna rehabiliteringsavdelning. 2ker skidor, fiskar.

Arbetsgivaren betalar en del av kostnaden numera. Det handlar om livsideologi som skall påverkas. Mobilisera inre krafter, psykiska och fysiska. Vid anamnesupptagandet försöker man gradera patientens psykiska- och fysiska reserver, ösprinterkraft ö och ökronisk kraftö



Rundvandring på institutet

Psykologrummet: musik, TV (video), enstaka och grupper.

Lab: standardlab., monoklonala antikroppar, nitrobluetest, makrofagfunktion. Immunologen ger en immunologisk diagnos och ordinerar en immunologisk terapi, bl a olika thymuspreparat. Man använder RAST men behöver mer utrustning och önskar kontakt med Pharmacia.

Man har testextrakt för intrakutantester. Drömmer om Phazet.

Magnetterapi. Mäter först på fingertopp, handled och i pannan, ställer magnetdiagnos, ger magnet-akupunktur. Behandlar med detta hypertoni, nervsjukdomar, sjukdomar i rörelseapparaten och lungsjukdomar.

Magnetterapin är inte beroende av astmastatus utan av magnetstatus.

Metoden används även på en del andra kliniker. Man kan mäta i biologiskt aktiva punkter och se förändringar i blodtrycket.

Fysioterapiavdelningen besågs.

Dataavdelningen. Patenterad metod för analys av frågeformulär. En rysk och en utländsk PC. Diagnostiserar 10 olika syndrom. Försöker finna orsaken till de olika syndromen och rekommendera olika åtgärder för behandling och profylax.

Mörkt rum för ljusdiagnos. En apparat sänder grönt ljus mot huden på 34 olika punkter och registrerar något. Anser att man projicerar från olika inre organ. Höga siffror i apparaten anger patologisk process. Bygger på dels kinesisk tradition, dels egen forskning. Man mäter reflexen. (Jag satte mätapparaturen mot väggen i rummet och fick ungefär samma värde som på patient).

Professor Dmitri N Mayanski (Adress: Ul. Timakov 2, 630117 Novosibirsk, tel 323174) är chef för patofysiologiska laboratoriet. Har just återkommit från en tids forskningsarbete i Holland. Forskar på makrofager. Ibland är makrofager mycket känsliga för olika stimuli. Mediatorer som PAF sensibiliserar målcellerna för klassiska mediatorer som histamin osv. Pseudoallergiska reaktioner kan bero på ökad känslighet för endotoxin. Betonar att immunologi är inte bara lymfocyterö. Kanske kan alla sorters celler ösensibiliseras. Skall just förbereda ett föredrag om Makrofager i allergin som han skall hålla i Moskva. Önskar gärna komma i kontakt med makrofagforskare i Sverige. Har publicerat studier på kronisk inflammation i levern och om lungmakrofager vid steroidbehandling.

Besök på fysiologiskt laboratorium. Mäter lungkapillärt tryck, hjärtfunktion av olika slag. Ekokamera visades på en adipös patient.

Feed-back vid hypertoni. Dator med speciellt program från USA. Använder detta bl a för att öva diafragmaandning.

Ludmillas make arb. på inst. Han har konstruerat syrgasmätare för mätning av utandningsluften.

Extracorporal behandling skötes av dr Azdel D.I. på Intensivvårdsavdelningen. Hemosorbentbehandling har man med egen produktion. Apparat för 2 patienter. Han ger även intravenös laserbehandling. Stimulerar immunsystemet. Steroidbehandlade astmapatienter kan minska doserna. Goda resultat hos 70 %. 6 behandlingar. Laserbehandlingen har antiinflammatorisk effekt. Syrgastensionen ökar. Behandlar 20 patienter/dag. En rödglänsande kateter sticks 8 cm in i venen via en venflon. Användes ursprungligen för ischemisk hjärtsjukdom. Förbättrar viskositeten. Uppger att laserbehandling används mycket i Ryssland. Har även apparat för intravenös ultraviolet behandling: 1-2 ml blod per kg kroppsvikt behandlas i apparaten. God antiinflammatorisk effekt. Användes även vid sepsis.

Vid astmabehandling använder man hemabsorption för att minska steroidberoende och laser eller ultraviolett mot inflammation.

Ludmilla vill gärna ha kontakt med Pharmacia för samarbete. Eleonora vill gärna ha kontakt med företag för läkemedelsprövning.



6. Mina kommentarer och rekommendationer med anledning av besöket vid de olika ryska institutionerna.

Besöket gav mig en intressant inblick i sovjetisk sjukvård och dess olika problem, kontakt med en del diagnostiska metoder och behandlingsmetoder som inte används i vår sjukvård och en del ytliga kontakter med basal immunologisk forskning (som jag inte hade tillräckligt med förkunskaper för att kunna förstå). De personliga kontakterna med sovjetiska kolleger anser jag vara det viktigaste resultatet av resan. Kollegerna var mycket glada över besöket och uttryckte starka önskemål om fortsatt kontakt med såväl kolleger som företag i vårt land.

Vad är vetenskap? En del metoder tedde sig tveksamma ur en svensk forskares synpunkt. En del påminner om sådant som används av alternativmedicinen i vårt land. Rör det sig om ovetenskaplighet? Det kan delvis vara på det sättet. Men det kan också vara så, att vi i Sverige använder kikarsikte i vår syn på sjukdomar och deras botande och är förblindade av vår tro att endast sådana behandlingsmetoder som enkelt låter sig studeras i dubbel-blind, placebo-kontrollerade försök kan användas. Vår forskning med inriktning på terapi styrs delvis av vårt ekonomiska system: läkemedelsprövningar betalas av och läggs upp av läkemedelsföretag. Självfallet blir det då farmakologiska metoder som prioriteras.

Vi läser den internationella vetenskapliga litteraturen och definierar vilka de medicinska problemen är. I självgod inskränkthet menar vi

med internationell den lilla del av världen som består av de gamla kolonialmakterna samt Nordamerika, Australien, Nya Zealand, Sydafrika, Israel. Japan och Skandinavien. Resten av världen - med majoriteten av världens befolkning - räknar vi inte med. Men även där bedriver man sjukvård. Dock med delvis andra metoder.

Slå hål i den nya järnridån! Den gamla järnridån är borta men en ny lika effektiv har kommit: dels fordras västvaluta för att sovjetiska kolleger ska kunna resa till väst (och t.ex. delta i en internationell kongress). dels ställer västländerna nu hårda krav för att bevilja inresevisum. Av dessa skäl är det angeläget att vi i väst tar initiativ för att etablera kontakt med kolleger i öst. Jag vill rekommendera mina kolleger: inbjud kolleger från Sovjetunionen att besöka er klinik.

Till följd av bristen på västvaluta har de medicinska institutionerna mycket begränsade möjligheter att prenumerera på västerländska medicinska tidskrifter. Forskarna rekvirerar därför ofta särtryck från författarna. Jag vill rekommendera mina kolleger som får rekvisitioner av särtryck: var generös med att sända särtryck. Sänd även sådana artiklar som inte rekvirerats, om du har några i samma ämnesområde.

Enda chansen för forskare i Sovjetunionen att delta i en internationell medicinsk kongress tycks f.n. vara att bli inbjuden som talare och få sina omkostnader betalda av de västliga arrangörerna. Jag vill rekommendera de kolleger som i något sammanhang är inblandade i att bestämma programmet för medicinska kongresser: inbjud sovjetiska forskare som förelösare.

Om forskare i öst och väst inte läser varandras artiklar finns det risk för att forskning i öst och väst går vid sidan av varandra. Av ekonomiska skäl har de sovjetiska forskarna begränsad möjlighet läsa västliga artiklar. Och vi läser ännu mindre ryskspråkiga artiklar. Och artiklar från sovjetiska medicinska tidskrifter refereras sällan i våra olika sammanfattnings-skrifter. Jag vill rekommendera de som sitter i redaktionen för medicinska tidskrifter:

- inbjud sovjetiska forskare att skriva i tidskriften (Ex: Chuchalin om Extracorporal behandling vid astma, Kokosov om Dietbehandling vid astma, Mayanski om Makrofager i allergin, Tatjana Gembitskaya om Cystisk fibros - adresslista kan jag sända till den som önskar)

- anlita någon sovjetisk forskare att sända sammanfattningar av intressanta artiklar från sovjetiska tidskrifter (på något västeuropeiskt språk) att publiceras i våra tidskrifter.

P g a den decentraliserade ekonomi som håller på att införas är institutionerna numera till stor del tvungna att själv skaffa den västvaluta de

behöver för att t.ex. inköpa apparater från väst. De är därför intresserade av samarbete med västliga företag, t.ex. för läkemedelsprövningar. Jag vill rekommendera våra läkemedelsföretag och företag som sysslar med diagnostiska metoder: ta kontakt med sovjetiska institutioner för samarbete. Ni kommer att mötas med öppna armar.

7. Fortsatt samarbete

Besöket har lett till dels besök i Sverige, dels samarbete med kolleger i Ryssland, Estland och Litauen kring några forskningsprojekt:

- Eriksson NE, Holmén A, Möller, C, Wihl JÅ. Sensitization according to skin prick testings in atopic patients with asthma or rhinitis at 24 allergy clinics in Northern Europe and Asia. *Allergology International* 1998;47:187-196
- Eriksson NE, Möller, C, Raudla, L, Wihl JÅ, Zolubas. M. Atopisku zmoniu, serganciu bronchine astma arba alerginiu rinitu sensibilizacija remiantis 24 kliniku Siaurės Europoje ir Azijoje duomenimis (Skin prick test and IgE determinations with shrimp, inhalant insect allergens and common inhalant allergens. Relationships to in-door environment. Concomitant sensitization to different allergens) *Vaiku pulmonologija ir alergologija*, 2000;3: 991-1004
- Eriksson, NE, Möller, C, Blaziene A, Dauksiene I, Dubakiene R, Zolubas M. Ar nepavojinga buciuotis alergiskiemis maistui? *Alergologija ir klinikine imunolgija*. 2002. Tomas 1, Nr 1-2: 47-51
- Eriksson, NE, Möller, C, Werner, S, Magnusson, J, Bengtsson U, Zolubas Z, Self-reported Food Hypersensitivity in Sweden, Denmark, Estonia, Lithuania and Russia. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunol.* 2004; 14 (1): 70-79

8. Några skrifter jag fått med mig

Sammanfattningar från Första nationella kongressen för lungsjukdomar, Kiev, 9-12/10 1990 (1.151 sammanfattningar).

Några huvudrubriker i boken:

Ansträngningsutlöst astma

Atopiska former av astma

Biologiska mekanismer vid bronkial obstruktion

Biokemiska mekanismer vid inflammatoriska och destruktiva processer i lungorna.

Pleurasyukdomar.

Astma och andra obstruktiva sjukdomar hos barn.

Bronkiell hyperreaktivitet och infektion.

Bronkoalveolart lavage.

Virusinfektioner i luftvägarna.

Svampsjukdomar i lungan.

Några föredrag under rubriken Atopisk astma:

Astma hos barn med sensibilisering för dermatophagoides.

Om hyperreaktivitet i bronkerna och dess ospecifika

hyposensibilisering vid astmas.

Särdrag vid pollinos hos barn i olika klimatiska regioner.

Effekten av specifik immunoterapi på bronkiella hyperreaktiviteten vid icke-infektiös allergisk astma. \square ndringar i lysozymapparaten hos leukocyter vid bronkial astma hos barn.

Från lunginstitutet i Leningrad:

Kokosov A N, Osinin, SG: Avmagringsdiet som terapi vid bronkialastma.

Medicsina 1984

Rubriker: Fysiologiska grunder för avmagringsdiet.

Metod för avmagringsdiet som behandling. Patofysiologiska förändringar i den sjuka organismen vid astma under avmagringsdiet. Fördelar och nackdelar med dietbehandlingen Särdrag för avmagring-dietbehandling. Betydelsen av dietbehandling vid rehabilitering av astma. Biverkningar vid dietbehandling och hur man skall åtgärda dem. Fysikalisk terapi i anslutning till dietbehandling. Psykoterapi och autogen träning hos astmasjuka vid dietbehandling. Förebyggande av recidiv av astma efter behandling med diet.

Lesjukovitj, I V, Tsiory, I, G (red): Epidemiologi för ospecifika lungsjukdomar och organisation av lungsjukvården. Leningrad, 1988.

Ur innehållet: Första kapitlet om hela befolkningen. Andra kapitlet om ungdomar, ett kapitel om lungfunktion vid massundersökningar, dynamiska störningar i ventilationsförmågan i lungorna vid upprepade undersökningar.

Pochodzei I V (red): Cellulär immunitet vid lungsjukdomar. Leningrad 1988.

Kokosov A N, Podasjevda: Aerosolbehandling vid lungsjukdomar
Klinitjeskaja Meditsina 1988; Nr 12: 108-113

Kokosov A N, Niklassow, J F, Matkowsky, S.K. & Alexandrow, A.L:
Besonderheiten der Entstehung und des Verlaufs der pulmonalen Hypertonie bei Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis. Z. Erkrank. Atm.org 173 (1989) 128-144.

Kokosov I V: Funktionell karaktäristik av alveolarmakrofager vid kronisk bronkit. Sovjetskaja Meditsina 1989; Nr 1: 66-68 (ISSN 0038.5077).

Kokosov A N: Bronkialastma. Sovjetskaja Meditsina 1988: nr 10: 42-45 (ISSN 0038-5077)

Från Immunologiska institutet, Moskva:

Chervinskaja, T.A & Polner, S.A: Inverkan av nasala provokationer på bronkreaktiviteten vid allergisk rinit och bronkialastma. Sovjetskaja Meditsina 1989: Nr 4: 77-80 (ISSN 0038-5077).

Bekenova Z.I, Chervinskaja T.A: Bronkialastma och fysikalisk belastning (engelsk sammanfattning) Klinitjeskaja Meditsina 1987: Nr 12:39-43 (ISSN 0023-2149).

Ado, A.D, Chervinskaya, T.A, Bondareva, G.P. & Shustova, V.I: Allergi mot myggor. Immunologia 1988 nr 6: 47-51 (engelsk sammanfattning) ISSN 0206-4952 Moskva Meditsina.

Resultat:

1. ju längre man vistas vid Bam ju mera uppträder tecken på överkänslighet för myggor.
2. de som atopibenägenhet visar reaktion.
3. fördröjd allergisk reaktion vid bett utlöses av IgE förmedlad överkänslighet.

Belousov, Y.B., Abazova, F.I., Kholodov, L.E., Chervinskaja, T.A., Sokolov, A.V., Bondareva, G.P., Sjustova, L.V. & Kozhanov A.M.: Farmakokinetik för Teopec. Ett nytt depotpreparat för Teofyllin hos patienter med bronkialastma. (Sammanfattning på engelska). Farmakologia och toxikologia 1989, nr 5: 63-58 (ISSN 0014-8318).

Belousov, YB, Abazova F, Bondareva G, Kozhanova A, Kholodov L: A Dose dependent effect in the use of new prolonged theophyllines. Sammanfattning från International Satellite Symposium to the IVth World Conference of Clinical Pharmacology and Therapeutics. D²sseldorf.

Div häften för diagnostik och behandling:

In vivo leukocytmigrationstest för läkemedelsallergi

Diagnos och behandling av toxiskt-allergiskt syndrom

Fysikalisk astma och urtikaria

Hyposensibiliseringsbehandling.

Från Ryska republikens lunginstitut, Andra medicinska institutet, Moskva:

Chuchalin A.G., Tatarsky A.R., Emirova A.S., Bobkov E.V., Tkachuk V.A. & Lebedin Y.S.: Hyperactivation of Platelets in Asthma and Introduction of Platelet Apheresis as Treatment Procedure. Z. Erkrant. Atm.org. 174 (1990) 178-184. VEB J.A. Barth, Leipzig.

Lebedin Y.S., Kormosjt, Zimin Y.I. & Chuchalin A.G.: Extracorporeal anti-IgE plasmaimmunosorbent. Effekt på IgE-nivå och leukocyter vid atopisk astma. Immunologia 1988 nr 2: 69-74 (ISSN 0206-4952) Moskva Meditsina.

Lebedin Y.S., Simin Y.I. & Kapitonova. Terapevtitjeskij Archiv. 1986 nr 4: 31-34.

Brazhnikova Na, Velichkovskaya Ep & Kazanbievnd: Effekten av immunosorbition på immunkompetenta cellers funktion (sammanfattning på engelska) Terapevtitjeskij Archiv. 1986 nr 4: 40-42.

Chuchalin A.G.: Bronkialastma. Moskva Meditsina, 1985 (lärobok) 157 sidor.

Förutom de behandlingsmetoder som vi finner i våra läroböcker skriver Chuchalins bl.a. om klimatterapi: När man flyttar till en annan region kan astman förvärras vid återkomsten. Han kommenterar sedan kurorter i Kaukasus och på Krim.

Han skriver vidare om hemabsorptionsbehandling och om akupunktur. Ölgloreflexoterapi (akupunktur) har blivit mycket populärt senaste tiden.

Chuchalin A.G. (red): Immunokorrektion i pulmonologi. Moskva, Meditsina, 1989 256 sidor.

Häfte med metodrekommendation: inhalationsbehandling för mukociliär clearance.

Från institutionen för klinisk immunologi, Novosibirsk:

Mayanski, D.N.: Makrofagaktivering. Advances in contemporary biology. (Moskva) 51: 352-368, 1990.

Lozovoy V.P. Sherkashin S.Y, Tananko E.M. Nagornaya I.N. Nosikova T.A, Dymshits L.B & Nepomnyaschikh V.M, Strukturella egenskaper hos lymfocytmembran hos patienter med atopisk sjukdom studerade med hjälp av fluorescentprob 3-Metoxibensantron (sammanfattning på engelska). Immunologia 1988 nr 3: 64-66 (ISSN 0206-4952).

Sherkashin S.Y, Nagornaya I.N, Tananko E.M, Dymshits L.B, Nosikova T.A & Lubyanskaya I.I: Effekten av specifik immunoterapi på strukturella egenskaper hos lymfocytmembran vid atopisk sjukdom (sammanfattning på engelska)

Terapevtitjeskij Archiv 1989 nr 7: 95-97.

Lozovoy V.P.: Metodologiska aspekter i Klinisk immunologi (I: problem och perspektiv. Medicinska vetenskapsakademien Novosibirsk 1988.

Div foldrar m m:

Lozovoj: Fluorescensmetod vid differentialdiagnos och värdering av effektiviteten av behandling vid allergi.

Lozovoj: Problem och perspektiv i nutidens immunologi Metodologisk analys.

Immunological methods for prognosticating the results of levamisol treatment for rheumatoid arthritis.

Diagnosis and treatment of nonspecific vulvovaginitis in girls before sexual maturation period.

Utnyttjandet av immunologiska metoder vid klassificering av allergiska sjukdomar för immunokorrektionsbehandling.

Immunologiska undersökningar vid allergi.

Komplex av immunologiska metoder för att studera immundefekter och allergiska sjukdomar.

Från andra institutioner:

Potemkina A.M: Diagnostik och behandling av allergiska sjukdomar hos barn. Kazans Universitet 1990 320 sidor.

Sokolov, T.C. & Rosjal, N.I.: Allergiska sjukdomar Meditsina Leningrad 1990 155 sidor.

Det blev tungt bagage – tillsammans med alla blåsorkesternoter från polisen i Moskva