

С.А.Сюрин

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ — ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА

Научная группа НИИ пульмонологии МЗ РФ при МСЧ АО "Комбинат Североникель", г.Мончегорск

LONG-TERM RESULTS OF REHABILITATION OF CHRONIC BRONCHITIS PATIENTS-RESIDENTS OF THE FAR NORTH IN THE CLIMATIC CONDITIONS OF THE CRIMEAN SOUTH COAST

S.A.Syurin

Summary

A long-term follow-up (over 12 months) of 90 chronic bronchitis (CB) patients-residents of the Far North regions was carried out after their rehabilitation in climatic conditions of the Crimean South coast. The rehabilitation proved to be effective in 70% of cases. The maximum reduction in disability days number was obtained in patients with chronic non-obstructive bronchitis (in 4.3 times) and the minimum one — in patients with chronic obstructive bronchitis (in 1.36 times). It was found that the CB course was influenced by the degree of clinical and functional disorders and immune system status at the end of the rehabilitation period.

Резюме

У 90 больных хроническим бронхитом (ХБ) — жителей Крайнего Севера изучена эффективность восстановительного лечения в условиях Южного берега Крыма. В течение последующего года благоприятный результат отмечался у 70% больных. Максимальное снижение числа дней нетрудоспособности достигалось при необструктивном ХБ (в 4,3 раза), а минимальное — при обструктивном ХБ (1,36 раза). Выявлено влияние на течение заболевания выраженности клинических и функциональных нарушений, состояния иммунной системы в момент окончания курса лечения.

Сочетание на южном курорте благоприятных климатических условий с лечебной физкультурой, физиотерапией, санацией бронхиального дерева и минимальной медикаментозной терапией приводит к улучшению состояния большинства больных хроническим бронхитом (ХБ) [1,6,8]. В то же время известно, что у больных ХБ — жителей отдаленных восточных и северных регионов проезд на курорт и последующее возвращение к постоянному месту жительства нередко связаны со сложными процессами адаптации и реадaptации, способными существенно снизить эффективность санаторно-курортного лечения [2,9,11]. Использование для проведения реабилитационных мероприятий местных санаториев и специализированных отделений в Сибири и на Дальнем Востоке позволяет избежать этих реакций, достигая высоких результатов лечения [4,7].

Цель работы заключалась в изучении отдаленных результатов восстановительного лечения на Южном берегу Крыма больных ХБ — жителей Крайнего Севера (гг.Мончегорск, Норильск, Новый Уренгой).

Обследовано 90 больных ХБ, прошедших курс лечения в пульмонологической клинике Ялтинского НИИ им.И.М.Сеченова. Из них мужчин было 46 и женщин 44. ХБ обструктивный (ХБО) диагностировался у 37,

функционально-нестабильный (ХБФН) — у 29 и не-обструктивный (ХБН) — у 24 больных. В возрасте 20—29 лет было 6 больных, 30—39 лет — 28, 40—49 лет — 34, 50 и более лет — 22 больных. Длительность заболевания до 5 лет отмечалась у 29, от 5 до 10 лет — у 41 и свыше 10 лет — у 20 больных.

Для оценки активности воспалительного процесса использовали данные клинического анализа крови, содержание в крови сиаловых кислот, гаптоглобина и фибриногена. Иммунологическое обследование включало тесты первого и второго уровней [10]. Состояние функции внешнего дыхания определяли по общепринятым показателям спирографии и кривой поток-объем [5]. Интегральную оценку клинического состояния больных, активности воспаления и функции внешнего дыхания давали по балльной системе, разработанной в Ялтинском НИИ им.И.М.Сеченова [3]. Эффективность лечебных мероприятий оценивали по числу обострений и дней временной нетрудоспособности в течение 12 месяцев до и после лечения. При определении факторов, влияющих на отдаленные результаты лечебных мероприятий, изучали данные клинко-лабораторного и функционального обследования больных на момент окончания курса лечения. Результаты ис-

Таблица 1

Эффективность восстановительного лечения в зависимости от клинико-функциональной формы ХБ

Клинико-функциональная форма ХБ	Результат лечения				p
	благоприятный n=63		без эффекта n=27		
	асб.	%	асб.	%	
ХБН	20	32,8	4	14,3	<0,05
ХБФН	20	32,8	7	25,9	>0,5
ХБО	21	34,4	16	59,3	<0,05

следований обработаны статистически с использованием критерия *t* Стьюдента, корреляционного и факторного анализов.

В течение года, предшествовавшего курсу восстановительного лечения, обострение процесса отмечали у 79 из 90 больных. Редкие рецидивы (не более 2 за год) были у 58 и частые (3 и более) — у 21 больного. Благоприятные отдаленные результаты были получены у 63 (70%) из 90 обследованных. Количество обострений заболевания в год на одного больного снизилось с $1,77 \pm 0,14$ до $1,02 \pm 0,14$ ($p < 0,001$), а число дней временной нетрудоспособности — с $30,6 \pm 2,6$ до $17,8 \pm 2,8$ ($p < 0,001$), или в 1,72 раза. Число дней стационарного лечения уменьшилось с $16,1 \pm 2,1$ до $10,1 \pm 2,3$ ($p < 0,05$), амбулаторного — с $14,5 \pm 1,7$ до $7,7 \pm 1,2$ ($p < 0,01$).

Частота реакций реадaptации, связанных с возвращением к постоянному месту проживания, определялась по обращаемости больных. Клинически значимые проявления реадaptации отмечались у 4 больных ХБО, что было меньше частоты выявления аналогичных реакций, по данным литературы [9]. В среднем по группе длительность благополучного течения заболевания (от окончания курса курортного лечения до первого обострения) составила $8,92 \pm 0,37$ месяца.

Проведенные исследования показали, что эффективность восстановительного лечения в значительной степени определялась клинико-функциональной формой ХБ. Благоприятный результат достоверно чаще отмечался при ХБН, а неблагоприятный — при ХБО (табл.1). Из 24 больных ХБН улучшение было достигнуто у 20 (83,3%). Количество обострений заболевания снизилось с $1,46 \pm 0,17$ до $0,42 \pm 0,19$ ($p < 0,001$), а число дней временной нетрудоспособности — с $21,5 \pm 3,6$ до $5,0 \pm 2,2$ ($p < 0,05$), или в 4,3 раза. Наиболее значимым было уменьшение числа дней стационарного лечения с $10,8 \pm 3,5$ до $1,1 \pm 1,1$ ($p < 0,02$) и числа больных, которым оно проводилось — с 10 до 1. Также достоверным было снижение с $10,7 \pm 2,3$ до $3,9 \pm 1,6$ ($p < 0,05$) числа дней амбулаторного лечения. После курса восстановительного лечения обострений не было у 18 больных по сравнению с 2 за предыдущий год.

При ХБФН улучшение отмечалось у 22 (75,9%) из 29 больных. Число обострений снизилось с $2,07 \pm 0,26$ до $0,86 \pm 0,19$ ($p < 0,001$), а дней нетрудоспособности — с $30,7 \pm 4,7$ до $17,1 \pm 4,2$ ($p < 0,05$), или в 1,8 раза.

Безрецидивное течение заболевания было у 14 больных по сравнению с 3 до лечения. Число больных, которым требовалось проведение стационарного лечения, уменьшилось с 14 до 8, но количество дней пребывания в стационаре существенно не изменилось: соответственно $14,7 \pm 3,8$ и $10,7 \pm 3,9$ дня ($p > 0,2$). Более значительным оказалось снижение числа дней амбулаторного лечения: с $16,0 \pm 3,3$ до $6,4 \pm 2,2$ ($p < 0,05$).

У больных ХБО отдаленные результаты лечения оказались значительно хуже. Улучшение было достигнуто у 21 (56,8%) из 37 обследованных. Отмечалась только тенденция к снижению числа обострений заболевания с $1,79 \pm 0,23$ до $1,54 \pm 0,24$ ($p > 0,2$) и дней временной нетрудоспособности — с $36,8 \pm 4,6$ до $27,0 \pm 5,4$ ($p > 0,1$), или в 1,36 раза. Обострений процесса в течение года не было у 10 больных по сравнению с 5 до лечения. Число больных, нуждавшихся в стационарном лечении, снизилось с 23 до 11. Однако длительность пребывания в стационаре изменилась незначительно: с $20,1 \pm 3,2$ до $15,0 \pm 4,7$ дня ($p > 0,2$).

Ни один из отдельно взятых клинических, лабораторных и функциональных показателей не предопределял отдаленных результатов лечения. По данным интегральной балльной оценки при последующем благоприятном течении заболевания отмечалась достоверно меньшая выраженность клинических и функциональных нарушений, в то время как степень активности воспалительного процесса по лабораторным показателям существенного значения не имела (табл.2)

Методом корреляционного анализа выявлена прямая связь числа дней временной нетрудоспособности на отдаленном этапе наблюдения с клиническим ($r = 0,496$) и функциональным ($r = 0,357$) индексами, а также клинико-функциональной формой ХБ ($r = 0,355$). Количество обострений заболевания в течение последующего года также оказалось связанным с этими же показателями, имея соответственно коэффициенты корреляции: 0,363, 0,519 и 0,353. Пол и возраст больных, длительность заболевания, степень изменения лабораторных показателей, характеризующих активность воспаления, непосредственный результат лечения, сезон года, во время которого проводилось лечение, не были связаны с показателями нетрудоспособности в течение последующего года. Следовательно, отдаленные результаты были тем выше, чем менее выраженными были клинические и функциональные нарушения при окончании курса восстановительного лечения.

Таблица 2

Интегральные показатели состояния больных ХБ в зависимости от отдаленных результатов лечения ($M \pm m$)

Индексы	Результат лечения		p
	благоприятный n=63	без эффекта n=27	
Клинический	$3,36 \pm 0,24$	$4,62 \pm 0,39$	<0,01
Лабораторный	$4,55 \pm 0,28$	$4,61 \pm 0,47$	>0,5
Функциональный	$6,09 \pm 0,59$	$8,50 \pm 1,07$	<0,05

Таблица 3

Факторные портреты иммунной системы больных ХБ в зависимости от отдаленных результатов лечения

Благоприятный результат лечения n=63		Без эффекта на лечение n=27	
Показатели	Факторный вес, %	Показатели	Факторный вес, %
Тл	16,4	IgG, Лиз, ГАТ	28,5
Тх, Тс	14,0	Тл, Вл	18,0
IgE, ЦИК	11,5	СекГАТ	13,6
Лиз	9,2	IgA	11,3
СекГАТ, IgM	8,9	СекIgA	8,5

Примечание. Тл — Т-лимфоциты, Тх — Т-хелперы, Тс — Т-супрессоры, ЦИК — циркулирующие иммунокомплексы, ГАТ — гетерофильные антитела, СекГАТ — секреторные ГАТ, Лиз — лизоцим, Вл — В-лимфоциты, СекIgA — секреторный IgA.

По данным иммунологического обследования у больных с благоприятным течением ХБ определялись достоверно более высокие число Т-лимфоцитов и уровни секреторных лизоцима и IgA, чем при неблагоприятном: соответственно $58,2 \pm 1,0$ и $54,4 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$); $131,8 \pm 7,1$ и $111,3 \pm 7,3$ мкг/мл ($p < 0,05$); $0,286 \pm 0,036$ и $0,143 \pm 0,045$ г/л ($p < 0,02$).

Факторный портрет иммунной системы больных ХБ при положительных отдаленных результатах лечения характеризовался ярко выраженной ведущей ролью клеточного звена иммунитета (первое место — Т-лимфоциты, второе — Т-хелперы и Т-супрессоры), что свойственно адекватно функционирующей системе. У больных с последующим неблагоприятным течением заболевания в факторном портрете преобладали показатели гуморального звена (IgG, гетерофильные антитела, В-лимфоциты, IgA) при утрате регулирующей роли Т-звена иммунитета (табл.3).

Выводы

1. Благоприятные отдаленные результаты восстановительного лечения в климатических условиях Южного берега Крыма отмечаются у 70% больных ХБ — жителей районов Крайнего Севера.
2. Наиболее выраженный положительный эффект достигается у больных ХБН, у которых число дней

нетрудоспособности за год снижается в 4,3 раза. Наименее значительный результат лечения у больных ХБО — снижение числа дней нетрудоспособности в 1,36 раза.

3. Отдаленные результаты восстановительного лечения больных ХБ тем лучше, чем менее выражены клинические проявления болезни, нарушения функции внешнего дыхания и иммунной системы на момент окончания лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокша В.Г., Богуцкий Б.В. Санаторно-климатическое лечение больных с заболеваниями органов дыхания. — Киев: Здоров'я, 1982.
2. Бокша В.Г., Богуцкий Б.В. Физические факторы в профилактике и лечении заболеваний органов дыхания // Курортология и физиотерапия: (Руководство) / Под ред. В.М.Боголюбова. — М.: Медицина, 1985. — Т.2. — С.69—100.
3. Бокша В.Г., Соколов С.Б., Строганов С.В. и др. О критериях эффективности курортного лечения больных неспецифическими заболеваниями органов дыхания // Вопр. курортол. — 1987. — № 2. — С.58—62.
4. Брюханова Л.И., Беляева Л.Я., Соколова О.В., Трухан Д.И. Немедикаментозные методы восстановительного лечения пульмонологических больных // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме. — М., 1995. — № 532.
5. Клемент Р.Ф. Исследование системы внешнего дыхания и ее функций // Болезни органов дыхания: Руководство для врачей / Под общ. ред. Н.Р.Палеева. — М.: Медицина, 1989. — Т.1. — С.302—314.
6. Клячкин Л.М., Нечипорук С.А., Винокуров Ю.К. и др. Респираторно-восстановительная терапия в санаторной практике // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме. — М., 1995. — № 646.
7. Ковалева Л.И., Павличенко Г.А., Шестакова Н.В. и др. Немедикаментозные методы реабилитации больных бронхолегочными заболеваниями // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 4-й: Сборник резюме. — М., 1994. — № 568.
8. Красик Я.Д., Зорина С.С., Лебедев А.С. и др. Оценка эффективности и обоснование методов лечения больных хроническим обструктивным бронхитом на курорте Евпатория // Тер. арх. — 1990. — № 3. — С.46—49.
9. Навроцкий В.В., Ткаченко А.Ф., Полушкина А.Ф. и др. Эффективность санаторно-климатического лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких, приезжающих в Крым из различных климатических зон страны // Вопр. курортол. — 1984. — № 2. — С.9—13.
10. Оценка иммунологического статуса человека: Метод. рекомендации / Петров Р.В., Лопухин Ю.М., Чередеев А.И. и др. — М., 1984.
11. Полушкина А.Ф. Санаторно-курортное лечение // Болезни органов дыхания: Руководство для врачей / Под общ. ред. Н.Р.Палеева. — М.: Медицина, 1989. — Т.1. — С.552—559.

Поступила 03.04.97.