

- уровне (34,7%). Среди первичных пневмоний гиподиагностика составила 10,5%. Пневмония как осложнение основного заболевания не была распознана в 27,3% наблюдений.
4. Гиподиагностика первичной пневмонии в 73,5% обусловлена объективными причинами (кратковременность пребывания в стационаре, тяжесть состояния). Субъективные причины составили 26,5%, среди них преобладала неправильная трактовка результатов рентгенографического исследования легких.

2. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей / Под ред. Е.В.Гембицкого.— Т.2.— М.: Медицина, 1991.
3. Вишнякова Л.А., Путов Н.В. Этиология острой пневмонии // Тер. арх.— 1990.— № 3.— С.15—18.
4. Ноников В.Е., Зубков М.Н., Гугуцидзе Е.Н. Этиология острых пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста // Там же.— С.30—34.
5. Федотов П.И. Крупозная пневмония в 80-х годах текущего столетия // Клин. мед.— 1990.— № 5.— С.44—49.
6. Цинзерлинг А.В. Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза.— СПб.: Сотис, 1993.
7. Черняев А.Л., Никонова Е.В. Заболеваемость, смертность и ошибки диагностики пневмоний // *Materia Med.*— 1995.— № 4(8).— С.11—17.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенштейн Ф.А., Корженевский Т.В. Опыт анализа летальных исходов // Арх. пат.— 1992.— № 10.— С.40—45.

Поступила 26.09.96.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1997

УДК 616.24-002.1-036.8

Л.П.Воробьев, Г.А.Бусарова

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОДЫ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней л/ф Московского медицинского стоматологического института им.Н.А.Семашко

FACTORS INFLUENCING ACUTE PNEUMONIA OUTCOMES

L.P.Vorobiov, G.A.Busarova

Summary

80 patients with acute pneumonia were complexly examined when they were admitted to, and discharged from, a hospital as well as 6—12 months later. The outcomes into chronic non-specific pulmonary diseases were revealed in 25% of cases. Analysis of the examination results made it possible to ascertain the following risk factors of the acute pneumonia transition into chronic non-specific pulmonary diseases: severe or delayed course of disease; presence of *Streptococcus* or *Escherichia coli* in the sputum; lingering and massive antibacterial therapy; such symptoms of incomplete recovery on the moment of a patient discharge from a hospital as cough, non-specific showings of inflammation in biochemical blood analysis, roentgenographically revealed changes, external respiration disorder; reduction of pulmonary blood flow when patients were admitted to, and especially when they were discharged from, a hospital; adaptive stress reaction; chronic alcoholic intoxication. The following factors contribute to favor outcomes: physiotherapy, exercise therapy, medicines improving microcirculation; normal function of external respiration and normal pulmonary blood flow as well as adaptive training reaction when discharging from a hospital. Patients with risk factors of pneumonia transition into chronic non-specific pulmonary diseases require particular attention when making a decision on discharging and during the subsequent medical supervision.

Резюме

Проведено комплексное обследование 80 больных острой пневмонией (ОП) при поступлении, выписке из стационара и через 6—12 месяцев после госпитализации. Исходы в хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) наблюдались в 25% случаев. Анализ результатов обследования позволил установить следующие факторы риска перехода ОП в ХНЗЛ: тяжелое и затяжное течение заболевания; выделение из мокроты кишечной палочки или стрептококка; длительная массивная антибактериальная терапия; такие признаки неполного выздоровления при выписке из стационара, как кашель, неспецифические показатели воспаления, выявляемые при биохимическом исследовании крови, рентгенологически определяемые изменения, нарушение функции внешнего дыхания; снижение легочного

РОВАМИЦИН® 3,0 млн МЕ



СПИРАМИЦИН

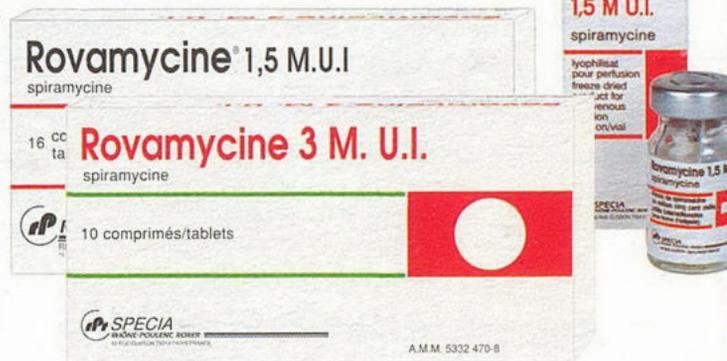
R 3,0

Устраняет инфекцию
дыхательных путей
- быстро и полностью

 сильное продолжительное
действие в месте
инфекционного поражения

 великолепные
клинические результаты

 безопасность пациента



 RHÔNE-POULENC RORER

117049, Москва, ул. Покровка, д. 45

Тел: (095) 926-57-03, 926-57-11, 926-57-12, 926-57-13, 926-57-14

СОСТАВ: 1 таблетка содержит 3 млн МЕ спирамицина. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:** РОВАМИЦИН принадлежит к антибиотикам семейства макролидов. К РОВАМИЦИНУ чувствительны следующие микроорганизмы: Streptococcus, Meningococcus, Bordetella pertussis, Corynebacterium diphtheriae, Listeria monocytogenes, Clostridium, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Legionella pneumophila, Treponema, Leptospira, Campylobacter и Toxoplasma gondii. Умеренно чувствительны: Haemophilus influenzae, Bacteroides fragilis, V. cholerae, Staphylococcus aureus. Устойчивы к РОВАМИЦИНУ Enterobacteriaceae, Pseudomonas. Всасывание препарата происходит быстро (период полуабсорбции составляет 20 минут). После приема внутрь 6 млн МЕ препарата пик его концентрации в крови наблюдается через 1,5-3 ч; период полувыведения составляет приблизительно 8 ч. РОВАМИЦИН не проникает в спинномозговую жидкость, однако хорошо диффундирует в слюну и ткани, а также в молоко матери, в связи с чем применение его кормящими женщинами не рекомендуется. Связывание с белками плазмы слабое и не превышает 10%. Препарат метаболизируется в печени и выводится через желчные протоки, кишечник и почки (10-14%). **ПОКАЗАНИЯ:** Применение РОВАМИЦИНА рекомендовано в оториноларингологии, бронхопульмонологии, стоматологии, гинекологии, при кожных и костных заболеваниях и для лечения простатита, а также для лечения токсоплазмоза, в том числе у беременных женщин. РОВАМИЦИН применяется для профилактики менингококкового менингита среди лиц, контактировавших с больным за 10 дней до его госпитализации, для химиопрофилактики острого суставного ревматизма. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Аллергия к спирамицину. **ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ:** В отдельных случаях отмечается тошнота, диарея, рвота. В редких случаях возможны кожные аллергические реакции, парестезии конечностей, возникающие в процессе инфузии препарата и самопроизвольно исчезающие, редко - флебиты, в исключительных случаях - средней тяжести, требующие отмены терапии. **ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ:** У больных с почечной недостаточностью можно не изменять дозировку, так как препарат практически не выводится через почки. Поскольку РОВАМИЦИН проникает в грудное молоко, необходимо прервать кормление грудью. РОВАМИЦИН можно без опасения применять беременным женщинам. **ПРИМЕНЕНИЕ И ДОЗИРОВКА:** Для взрослых дневная доза РОВАМИЦИНА внутрь составляет 6-9 млн МЕ в день за 2-3 приема. **ФОРМА ВЫПУСКА:** Таблетки 1,5 млн МЕ по 16 шт. в упаковке; таблетки 3 млн МЕ по 10 шт. в упаковке; флаконы с лиофилизированным порошком 1,5 млн МЕ для внутривенного введения.

кровотока при поступлении и особенно при выписке из стационара; адаптационная реакция стресса; хроническая алкогольная интоксикация. Благоприятным исходам способствует включение в комплексную терапию ФТЛ, ЛФК, средств, улучшающих микроциркуляцию; отсутствие изменений функции внешнего дыхания и легочного кровотока, а также адаптационная реакция тренировки при выписке из стационара. К группе больных ОП, имеющих факторы риска по переходу в ХНЗЛ, следует относиться особенно внимательно при решении вопроса о выписке и при дальнейшем диспансерном наблюдении.

Актуальной проблемой современной медицины, привлекающей к себе внимание клиницистов, по-прежнему остается острая пневмония (ОП). Нарастает заболеваемость и летальность от ОП. Наряду с малосимптомными формами пневмонии увеличивается частота тяжелых и затяжных форм, что влияет на прогноз и исходы заболевания [9,10,21,26].

ОП является одной из важных причин, ведущих к развитию хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ), рост которых в последние годы неуклонно продолжается. Частота исходов ОП в ХНЗЛ, по данным различных авторов, составляет 15—74,3% [1,12,22,23,32]. При существующей заболеваемости число больных ХНЗЛ в течение 10—12 лет практически удваивается [16]. Это вызывает в настоящее время большую настороженность в связи с ростом инвалидности и летальности от ХНЗЛ. Среди факторов, влияющих на неблагоприятные исходы ОП, отмечают: перенесенные в прошлом ОРВИ, грипп, сопутствующие заболевания органов дыхания и кровообращения, наличие хронических очагов инфекции в носоглотке, пожилой возраст, хроническая алкогольная интоксикация, курение, поздняя диагностика, запоздалая госпитализация, нерациональное применение антибиотиков, нарушение функции внешнего дыхания и легочного кровотока и др. [7, 10, 20, 25, 26, 30, 31]. Нарушение микроциркуляции играет существенную роль в патогенезе ОП. От состояния легочного кровотока, способности подводить к зоне воспаления необходимые для поддержания тканевого гомеостаза вещества и выводить продукты метаболизма в значительной степени зависят течение и исходы ОП. Расстройство кровообращения в зоне воспаления затрудняет рассасывание экссудата [6,11,18,28].

Всестороннее изучение факторов, влияющих на исходы острой пневмонии, позволит клиницисту правильно выбрать тактику ведения больного, подобрать полноценную, комплексную терапию, оценить результаты лечения и степень излеченности больного с использованием самого широкого круга объективных критериев полноты выздоровления после перенесенной пневмонии, что поможет предупредить исходы острой пневмонии в хронические неспецифические заболевания легких.

Целью настоящей работы явилось изучение факторов, влияющих на отдаленные исходы ОП. Под нашим наблюдением находились 80 больных ОП в возрасте 19—68 лет. Комплексное обследование, наряду с общеклиническими методами, включало биохимические методы исследования крови для оценки активности воспалительного процесса, микробиологическое исследование мокроты, рентгенологические методы диагностики заболевания, исследование функции внеш-

него дыхания. С целью изучения легочного кровотока проводилось перфузионное сканирование легких на сканере "Сцинтикарт-нумерик" (Венгрия) по общепринятой методике. Обследование проводилось при поступлении, при выписке из стационара, а также через 6—12 месяцев после госпитализации. Исходы в ХНЗЛ наблюдались у 25% больных. Проведен анализ результатов обследования, который позволил установить факторы риска по переходу ОП в ХНЗЛ.

Неблагоприятные исходы чаще наблюдались при тяжелом и затяжном течении пневмонии. Для оценки тяжести течения пневмонии использовался прогностический индекс пневмонии (ПИП) [24], в основе подсчета которого лежит математический метод последовательного анализа Вальда и который учитывает 13 наиболее информативных показателей. Тяжелая пневмония, диагностированная в 21,2% случаев, способствовала затяжному течению и исходам в ХНЗЛ. Пневмония приняла затяжное течение у 23,7% больных от общего числа обследованных и характеризовалась вялым течением, длительным отсутствием разрешения воспалительного процесса. При затяжной пневмонии происходят разнообразные иммунологические сдвиги в организме, изменяется секреторная система бронхов, нарушается бронхиальная проходимость и легочный кровоток [13,20], что создает предпосылки для развития ХНЗЛ. По нашим данным, у больных с затяжным течением пневмонии исходы в ХНЗЛ встречались в 2 раза чаще, чем при остром.

Характер микрофлоры также оказывал влияние на отдаленные исходы заболевания. Исходы ОП в ХНЗЛ чаще наблюдались при выделении из мокроты кишечной палочки (16,7%) и стрептококка (13,3%), чем в тех случаях, когда в мокроте удавалось обнаружить пневмококк (6,7%). Наименее благоприятные исходы наблюдались при выделении ассоциации микроорганизмов.

Одним из факторов, влияющих на исходы ОП, является метод применяемого лечения. В комплексной терапии больных ОП нами применялись антибактериальные средства, препараты, стимулирующие неспецифический иммунитет, десенсибилизирующие, бронхолитические и отхаркивающие средства, кардиальные препараты, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура. Для улучшения микроциркуляции использовалась никотиновая кислота.

Анализ отдаленных исходов при использовании различных антибактериальных средств показал, что исходы в ХНЗЛ чаще наблюдались в группе лиц, леченных антибиотиками широкого спектра действия (38,5%), в то время как при лечении пенициллином — 13,6% случаев. Это можно объяснить не характером действия антибиотиков, а различной микро-

флорой, выделяемой в этих группах больных. В группе больных, у которых применяли антибиотики широкого спектра действия, значительно чаще из мокроты выделяли ассоциации бактерий, в составе которых, как правило, выявлялась кишечная палочка.

Проанализирована зависимость неблагоприятных исходов от длительности лечения антибиотиками. Неблагоприятные исходы чаще наблюдали при слишком длительном (более 25 дней) курсе антибактериальной терапии. В данной группе больных преобладали лица с тяжелым и затяжным течением пневмонии, однако нельзя не учитывать возможности отрицательного влияния длительного и массивного лечения антибиотиками на течение и исходы пневмонии. *И.И.Олейник и соавт.* [15] отмечают, что массажная лекарственная терапия больных в некоторых случаях является ведущей причиной перехода ОП в ХНЗЛ. Это объясняется тем, что лечение антибиотиками удлиняет срок резорбции воспалительной инфильтрации в среднем до 5—7 недель и не приводит к восстановлению нормальной структуры легких, вызывая развитие пневмосклероза, способствуя нарушению функциональной и анатомической проходимости бронхов [4]. Кроме того, длительная антибактериальная терапия подавляет иммунные механизмы, снижая реактивность организма, повышает риск аллергических реакций, что способствует затяжному течению пневмонии и переходу ее в хронические формы [1,8,21].

В комплексную терапию больных ОП было включено физиотерапевтическое лечение (ФТЛ): электрофорез кальция, йодистого калия или меди, УВЧ, индуктотермия и лечебная физкультура (ЛФК). Применение физических факторов и ЛФК стимулирует защитные механизмы организма, ускоряет рассасывание воспалительной инфильтрации, улучшает крово- и лимфообращение, нормализует функцию внешнего дыхания, ослабляет явления бронхоспазма, улучшает

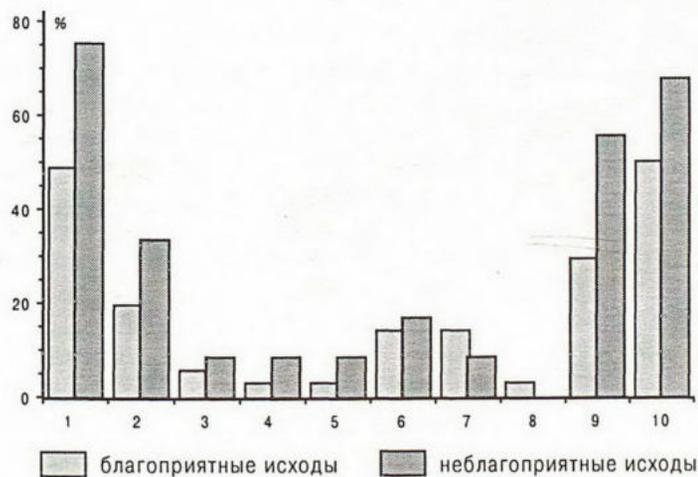


Рис. Сравнительная характеристика влияния различных остаточных проявлений острой пневмонии на отдаленные исходы.

1 — Снижение кровотока, 2 — Кашель, 3 — Одышка, 4 — Боли в грудной клетке, 5 — Субфебрильная температура, 6 — Хрипы в легких, 7 — СО₂ > 20 мм/час, 8 — Лейкоцитоз > 10×10⁹/л, 9 — Биохимические изменения, 10 — Рентгенологические изменения.

деятельность сердечно-сосудистой системы [3,14,20,29]. Проведенные исследования показали, что ФТЛ и ЛФК способствуют нормализации нарушенного капиллярного кровотока в легких при ОП и благоприятно влияют на течение и исходы заболевания. Лечебное действие ФТЛ и ЛФК наиболее выражено у больных с тяжелым течением пневмонии. Исходы в ХНЗЛ среди получавших ФТЛ наблюдались значительно реже (13,1%), чем у не получавших (23,8%). Сравнительный анализ эффективности разных методов физиотерапевтического лечения больных ОП показал наиболее благоприятные результаты применения электрического поля УВЧ. При этом исходы в ХНЗЛ наблюдались с наименьшей частотой (7,7%).

Учитывая свойство никотиновой кислоты оказывать влияние на свертывающую систему крови, вызывать сосудорасширяющий эффект (в частности, в отношении легочных сосудов), снижать вязкость крови [2,19], ее использовали для лечения больных ОП. Применение никотиновой кислоты приводило к более выраженному улучшению микроциркуляции в зоне воспаления, что способствовало благоприятному течению (уменьшение затяжных форм заболевания в два раза) и исходам ОП.

Анализ влияния различных остаточных проявлений ОП на отдаленные исходы показал, что достоверную связь с неблагоприятными исходами заболевания имеют такие признаки неполного выздоровления, как кашель, неспецифические показатели воспаления, выявляемые при биохимическом исследовании крови, рентгенологически определяемые изменения (в виде усиленного легочного рисунка), нарушение функции внешнего дыхания и изменение легочного кровотока (рис.). Так, кашель выявлялся при исходах в ХНЗЛ в 33,3% случаев, при благоприятных исходах — у 19,4% больных. Биохимические сдвиги (увеличение уровня фибриногена, сиаловых кислот, серомукоида, С-реактивного белка, α₂-глобулинов) при выписке наблюдались в 55,5% случаев при неблагоприятных и в 29,2% — при благоприятных исходах. Соответственно рентгенологические изменения определялись в 67,7 и 50% случаев.

Исследование функции внешнего дыхания у больных ОП при выписке из стационара выявило положительную динамику основных спирографических показателей, однако полного восстановления вентиляционной функции легких и бронхиальной проходимости не наблюдалось у 63,7% от общего числа обследованных. Причем в 3,4% случаев изменения появлялись в процессе лечения и были связаны с бронхоспастическим компонентом, который удерживался длительное время на фоне антибактериальной терапии. При выписке у больных преобладал обструктивный тип нарушения вентиляционной функции легких (36,2% больных), что должно учитываться при дальнейшем диспансерном наблюдении. Рестриктивный тип нарушений выявлен у 17,2%, смешанный — у 10,3% больных. Все это согласуется с мнением авторов, которые считают, что клинко-рентгенологическое разрешение пневмонической инфильтрации не всегда означает восстановление функции легких, и предлагают

использовать спирографию для оценки эффективности лечения больных ОП и степени их выздоровления [20,27]. Нарушение функции внешнего дыхания при выписке являлось прогностически неблагоприятным признаком и наблюдалось у 80% больных с исходом острой пневмонии в ХНЗЛ.

Исследование легочного кровотока при выписке из стационара и через 6—12 месяцев после госпитализации позволило выявить положительную динамику в процессе лечения больных ОП и при дальнейшем динамическом наблюдении. Несмотря на положительную динамику, кровоток оставался сниженным у 54,2% больных перед выпиской из стационара. В 41,7% случаев кровоток, улучшаясь перед выпиской, через год не достигал нормальных величин. Восстановление капиллярного кровотока зависело от тяжести течения заболевания, преморбидного фона и было выражено в большей степени при легком течении пневмонии и у больных с неизменными до заболевания ОП легкими.

Нарушения легочного кровотока и функции внешнего дыхания наблюдались чаще, чем другие остаточные симптомы заболевания, выявляемые клинико-лабораторными и рентгенологическими методами. Изменение легочного кровотока при выписке нередко сочеталось с другими остаточными симптомами. Однако у 23,4% при полном клинико-рентгенологическом разрешении пневмонии к выписке сохранялось нарушение капиллярного кровотока. Таким образом, восстановление легочного кровотока к выписке в ряде случаев отстает от нормализации клинических и рентгенологических признаков заболевания и свидетельствует об отсутствии полного клинико-рентгенологического и морфологического соответствия при выздоровлении больных ОП, о наличии изменений, не выявляемых обычными методами, которые могут привести к формированию хронического процесса в легких. Анализ зависимости исходов ОП от состояния капиллярного кровотока при выписке из стационара показал, что у больных со сниженной микроциркуляцией исходы в ХНЗЛ наблюдались достоверно чаще — в 34,6% случаев, в то время как при нормальном кровотоке только в 13,3%. Все это, вероятно, свидетельствует о том, что нарушение капиллярного кровотока при выписке является прогностически неблагоприятным фактором, говорящим о незавершенности воспалительного процесса и способствующим исходам ОП в ХНЗЛ. Больные острой пневмонией, выписанные из стационара с нарушенной микроциркуляцией в легких, чаще переносят ОРВИ, грипп, острый бронхит (42,3%) и пневмонию (19,2%), чем больные, выписанные с нормальным легочным кровотоком (33,3 и 13,3% соответственно). Проведенные исследования показали также прогностическое значение исходного (при поступлении в стационар) состояния легочного кровотока у больных острой пневмонией. Исходы в ХНЗЛ на фоне нормального кровотока наблюдались у 12,5%, на фоне сниженного — у 28,1% больных.

Нами проведено изучение адаптационных реакций у больных ОП с использованием критериев, предложенных Л.Х. Гаркави и соавт. [5,17]. Разработанные

Таблица

Частота (в %) исходов острой пневмонии в ХНЗЛ в зависимости от характера адаптационных реакций при поступлении и выписке из стационара

Адаптационные реакции	При поступлении	При выписке
Стресса	26,0	33,3
Активации	19,2	18,7
Тренировки	11,1	5,9

авторами методы идентификации адаптационных реакций открывают новые возможности в диагностике, оценке результатов лечения и прогнозирования исходов ОП. При поступлении в стационар у 94,1% больных отмечались реакция стресса и напряженные реакции тренировки и активации. При выписке число реакций стресса и неполноценных реакций тренировки и активации снижалось до 69,1%, а реакция стресса наблюдалась только в 4,5% случаев. Адаптационные реакции отражают степень тяжести заболевания. Так, реакция стресса достоверно чаще наблюдалась у больных с тяжелым течением (72,7%), чем у больных с легким течением заболевания (23,3%). Адаптационная реакция является неблагоприятным фактором, способствующим затяжному течению ОП. Выявлена зависимость отдаленных исходов от характера адаптационных реакций (таблица). Среди больных с реакцией стресса в начале заболевания переход в хроническую форму наблюдался в 26% случаев, при реакции активации — в 19,2%, при реакции тренировки — в 11,1%

В большей степени оказывал влияние на отдаленные исходы характер адаптационных реакций к моменту выписки из стационара. У больных с реакцией стресса ХНЗЛ развивались в 33,3% случаев, у больных с реакцией активации — в 18,7%, с реакцией тренировки — в 5,9%. Таким образом, благоприятные исходы ОП чаще наблюдались у больных с реакцией тренировки к моменту выписки из стационара, а следовательно, целесообразно при лечении больных ОП добиваться развития реакции тренировки, что может служить одним из дополнительных критериев при решении вопроса о выписке больных из стационара. Реакция стресса является неблагоприятным фактором по переходу ОП в затяжную, а в последующем в хронические неспецифические заболевания легких.

Неблагоприятным фактором, влияющим на течение и исходы ОП, является также наличие хронической алкогольной интоксикации. Острая пневмония в данной группе больных в большинстве случаев (62,5%) вызывалась ассоциацией микроорганизмов и отличалась более тяжелым течением. Чаще наблюдалось затяжное течение заболевания (45,7%) и неблагоприятные исходы ОП в ХНЗЛ (у 50% обследованных через 6—12 месяцев после выписки из стационара).

Таким образом, установлены следующие факторы риска по переходу острой пневмонии в хронические

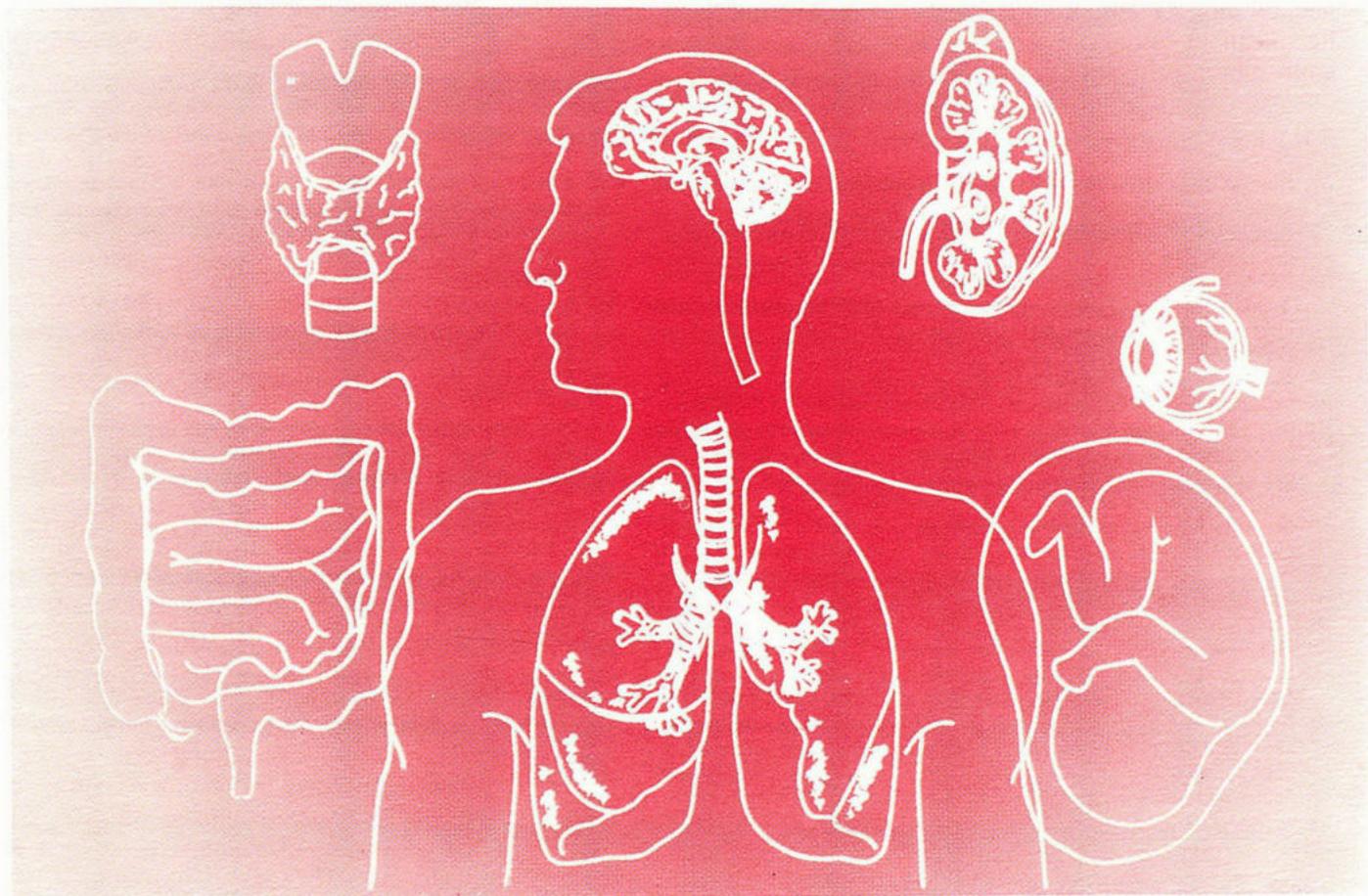
Целестон (бетаметазон)

инъекции и таблетки

Когда показаны стероиды — целестон наиболее предпочтителен!

Сегодня самый активный системный кортикостероид, эффективный у пациентов, резистентных к другим стероидам.

Редкие побочные эффекты, наибольшая безопасность, подтвержденная мировой и отечественной практикой.



Шеринг-Плау/США

Россия, 121019, г. Москва,
Хлебный пер., 19.
Телефон: (095) 291-74-30.
Факс: (095) 291-50-60.

Тел. в С.-Петербурге: (812) 327-88-87
Тел. в Алматы: (327-2) 30-18-22
Тел. в Киеве: (044) 216-24-13
Тел. в Минске: (017-2) 23-85-49
Тел. в Ташкенте: (371-2) 68-17-11

Тел. в Пензе: (841-2) 33-21-26
Тел. в Новосибирске: (3832) 26-26-21
Тел. в Екатеринбурге: (3432) 35-75-30
Тел. в Владивостоке: (4232) 22-37-62
Тел. в Воронеже: (0732) 55-59-02

неспецифические заболевания легких: тяжелое и затяжное течение заболевания; выделение из мокроты кишечной палочки или стрептококка; длительная, массивная антибактериальная терапия; такие признаки неполного выздоровления при выписке из стационара, как кашель, неспецифические показатели воспаления, выявляемые при биохимическом исследовании крови, рентгенологически определяемые изменения, нарушение функции внешнего дыхания; снижение легочного кровотока при поступлении и особенно при выписке из стационара; адаптационная реакция стресса; хроническая алкогольная интоксикация.

Благоприятным исходам способствует включение в комплексную терапию ФТЛ, ЛФК, средств, улучшающих микроциркуляцию; отсутствие изменений функции внешнего дыхания и легочного кровотока, а также адаптационная реакция тренировки при выписке из стационара.

К группе больных ОП, имеющих факторы риска по переходу в ХНЗЛ, следует относиться особенно внимательно при решении вопроса о выписке и при дальнейшем диспансерном наблюдении.

Состояние легочного кровотока, функции внешнего дыхания, адаптационные реакции являются ценными критериями степени выздоровления больных острой пневмонией при выписке из стационара и при динамическом диспансерном наблюдении за больными, перенесшими пневмонию, а также могут быть использованы для прогнозирования исходов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева Т.С., Штейнгардт Ю.Н., Зарипова Т.Н. Двухэтапное лечение острых пневмоний.— Томск, 1991.
2. Балуда В.П., Эристави З.А., Сушкевич Г.Н. О противотромботическом действии никотиновой кислоты // Кардиология.— 1974.— № 11.— С.105—107.
3. Боголюбов В.М. Физические факторы в реабилитации больных затяжными пневмониями // Тер. арх.— 1979.— № 2.— С.70—73.
4. Борохов А.И., Дружинина В.С., Сазыкова А.В. Критерии выздоровления больных от острой пневмонии // Всероссийское совещание главных хирургов и главных терапевтов по вопросам пульмонологии: Материалы.— Горький, 1971.— С.173—174.
5. Гаркави Л.Х., Квакина Е.В., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма.— Ростов н/Д., 1979.
6. Есипова И.К. Легкое в патологии.— Новосибирск, 1975.
7. Кислый Н.Д. О течении острых пневмоний при алкоголизме // Клин. мед.— 1987.— № 4.— С.126—129.
8. Комаров Ф.И., Чучалин А.Г., Даниляк И.Г. и др. К обобщению лечения левамизолом больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями органов дыхания // Тер. арх.— 1981.— № 3.— С.65—69.
9. Коровин А.А., Кривченкова А.Д. Заболеваемость, клиническая характеристика и непосредственные результаты лечения острых пневмоний в Молдавии // Диагностика и лечение заболеваний бронхолегочной системы.— Кишинев, 1985.— С.3—13.
10. Крылов А.А., Шацкая Е.Г. Анализ летальных исходов и пути улучшения диагностики и лечения острых пневмоний // Клин. мед.— 1995.— № 2.— С.26—29.
11. Малышева А.А., Костина В.В., Романова Т.Е. Изменение реологических свойств крови у больных острой пневмонией и хроническим бронхитом // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 4-й: Сборник резюме.— М., 1994.— № 262.
12. Молчанов Н.С., Гембицкий Е.В. / Ред./ Хронические пневмонии.— М., 1977.
13. Нейко Е.М., Шпак Б.Ю. Острые пневмонии.— Киев, 1990.
14. Никулин К.Г. Принципы современной терапии острых и затяжных пневмоний // Сов. мед.— 1975.— № 1.— С.28—32.
15. Олейник И.И., Царев В.Н., Пономарева А.Г. Проблема патогенеза хронических заболеваний органов дыхания с позиций иммунобактериологии // Диагностика и лечение заболеваний легких.— М., 1981.— Вып.4.— С.5—9.
16. Палеев Н.Р., Ильченко В.А. // Болезни органов дыхания / Под ред. Н.Р.Палеева.— М., 1990.— Т.3.— С.112.
17. Повышение сопротивляемости организма с помощью адаптационных реакций / активационная терапия/: Метод. рекомендации.— Ростов на Дону, 1978.
18. Руссу В.Г. О роли легочного кровообращения в системе защитных механизмов легких и патогенезе пневмонии // Педиатрия.— 1981.— № 1.— С.14—16.
19. Семенова Е.П., Пантелева Р.А., Мясникова Г.В. Опыт дифференцированного применения массивных доз никотиновой кислоты при сосудистых заболеваниях мозга // Труды 2-го Моск. мед. ин-та.— 1980.— Т.146, вып.9.— С.231—234.
20. Сильвестров В.П. Затяжные пневмонии.— Л.: Медицина, 1981.
21. Сильвестров В.П., Федотов П.И. Пневмонии.— М.: Медицина, 1987.
22. Стукс И.Ю. Этиологический диагноз и этиотропная терапия острых пневмоний.— Томск, 1980.
23. Тареев Е.М., Безродных А.А. К вопросу о возможных исходах острых пневмоний // Тер. арх.— 1979.— № 2.— С.77—81.
24. Трушинский З.К., Воробьев Л.П., Соловьев В.М. и др. О применении математического метода прогнозирования исходов острой пневмонии // Сов. мед.— 1978.— № 7.— С.35—40.
25. Туровец М.Б., Провоторов В.М., Семенова Г.Г. и др. Исходы острых пневмоний тяжелого течения у больных хроническим алкоголизмом / Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 1172.
26. Чучалин А.Г. Пневмония — актуальная проблема медицины // Тер. арх.— 1995.— № 3.— С.3—7.
27. Эмирбекова Ф.Н. Динамика течения и факторы, предопределяющие исход острой пневмонии в хроническую: Автореф. дис. ... канд мед. наук.— Махачкала, 1975.
28. Юлдашев К.Ю., Камилов М.К., Махмудова З.У., Ирмухамедов Р.А. Эритроцитарные фосфолипиды, гемокоагуляция и состояние микроциркуляции у больных острой пневмонией // Клин. мед.— 1987.— № 3.— С.45—48.
29. Яковлев В.Н., Клячкин Л.М., Щегольков А.М. и др. Комплексная медицинская реабилитация больных острой пневмонией и место физиотерапии в ней // Пульмонология.— 1994.— № 1.— С.19—24.
30. Fein A.M., Feinsilver S.H., Niederman M.S., Fiel S., Paf P.B. When the pneumonia doesn't get better // Clin. Chest Med.— 1987.— Vol. 8, № 3.— P.529—541.
31. Stanek J., Fabian E. K diagnostickým problémům akutního zánětu plic dospělých // Vnitř. Lek.— 1987.— Vol. 33, № 11.— P.987—992.
32. Wegmann T. Pneumonien // Atemwegs - Lungenkr.— 1988.— Bd 14, № 7.— S.1—5.

Поступила 18.09.96.