

Л.М.Клячкин, А.М.Щегольков, В.П.Ярошенко

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения Военно-медицинского факультета при РМАПО

REHABILITATION FOR PATIENTS WITH ACUTE PNEUMONIA

L.M.Klyachkin, A.M.Schegolkov, V.P.Yaroshenko

Summary

The physical methods of treatment play an important role in the rehabilitation for patients with acute pneumonia. For the infiltrate resolution the antiinflammatory therapy (UHF-therapy, inductothermy, microwaves, pelotherapy, laser radiation) is required. Persistence of the bronchial obstruction requires ultrasonic therapy (including aminophylline) and ozoceritotherapy. The asthenia of convalescents is an indication for galvanotherapy, electric sleep and electroanalgesia, balneotherapeutics. Aerotherapy and remedial gymnastics may be used for all cases. A policlinic (the recovery therapy department) is the main place for recovery of convalesces after pneumonia. The rehabilitation takes 6—12 months under a dynamic supervision and prophylactic medical examination. The delayed or complicated course of pneumonia requires a sanatory rehabilitation at local or climatic sanatoriums with the subsequent prophylactic medical examination within a year. This article analysis the authors' studies on the rehabilitation for patients with pneumonia at a hospital, a policlinic and a sanatory.

Резюме

В реабилитации больных острой пневмонией важное место занимают физические методы лечения. Для рассасывания инфильтрата требуется противовоспалительная терапия (УВЧ, индуктотермия, микроволны, пелоидотерапия, лазерное облучение). Персистенция синдрома бронхиальной обструкции требует применения ультразвуковой терапии, фонофореза зуфиллина, озокеритовых аппликаций. Синдром астеновегетативных нарушений у реконвалесцентов — показание для гальванического воротника, электросна и электроаналгезии, водобальнеолечения. Во всех случаях показана аэротерапия и лечебная физкультура. Основным местом реабилитации реконвалесцентов после пневмонии является поликлиника (отделение восстановительной терапии). Реабилитация осуществляется в рамках динамического наблюдения — диспансеризации и продолжается в течение 6—12 месяцев. Затяжное и осложненное течение пневмонии создает показания к санаторной реабилитации как на местных, так и на климатических курортах с последующей диспансеризацией в течение года. В статье проанализированы собственные материалы авторов по реабилитации больных пневмонией на госпитальном, поликлиническом и санаторном этапах.

Острая пневмония (ОП) — одно из наиболее распространенных заболеваний населения. Несмотря на все успехи лечения оно остается тяжелым и серьезным заболеванием, что выражается не только в тяжести течения острой фазы, вплоть до возможности летальных исходов и осложнений, но и в длительности периода биологического выздоровления, который растягивается до года и более. ОП — также распространенная причина массовых потерь трудоспособности населением в наиболее активном возрасте, что наносит существенный экономический ущерб обществу. Поэтому очевидно значение медицинской реабилитации (МР) больных ОП, целью которой является устранение последствий болезни, ограничивающих трудоспособность человека. МР смыкается с восстановительной терапией, воздействуя в основном немедика-

ментозными средствами, и осуществляется во всех фазах течения болезни и на всех этапах ее лечения. Опыт нашей кафедры по реабилитации больных ОП был предметом ряда публикаций в периодической печати [4—6, 8—10, 19, 20] и представляется здесь с учетом литературных данных в обобщенном виде.

Острая фаза ОП должна быть преодолена в ходе госпитального лечения, которому подлежат все больные. Для периодизации лечения ОП наиболее удобно воспользоваться схемой ее фаз по *К.Г.Никулину*, (1977), который выделяет фазы: первую — бактериальной агрессии, вторую — клинической стабилизации, третью — морфологического восстановления и четвертую — функционального восстановления. Основу лечения первой из них составляет дифференцированная этиотропная — антибактериальная и химиотерапия. Задачами МР

на этом этапе является организация санитарно-гигиенического режима, ухода и питания больных [13,14] с включением ЛФК в форме движений в постели, дыхательных упражнений, а также назначения симптоматических средств. Эффективность антибактериальной терапии может быть усилена с помощью ингаляций аэрозолей антибиотиков, показанных при развитии гнойного бронхита без признаков гиперреактивности при условии их достаточной проходимости.

Вторая фаза течения ОП — фаза клинической стабилизации — характеризуется формированием инфильтрата при сохранении интоксикации. Она требует продолжения антибактериальной терапии до ликвидации лихорадки. Для ее усиления может быть применен метод "тканевого электрофореза" — ингаляции избранного антибиотика с последующей поперечной гальванизацией грудной клетки соответственно месту воспалительного очага. Метод способствует накоплению антибиотика в очаге [1]. В этой фазе начинается активная противовоспалительная терапия как лекарственная (нестероидными, а при показаниях и стероидными средствами), так и физиотерапевтическая: электрическое поле УВЧ, микроволновая терапия волнами дециметрового и сантиметрового диапазонов, индуктотермия. Ингаляционная терапия включает аэрозоли муколитиков (мукозольвин, ацетилцистеин, аскорбиновую кислоту, бикарбонат натрия), способствуя удалению продуктов воспаления. С этой же целью производится дренажная гимнастика положениями в постели, способствующими удалению бронхиального содержимого, в сочетании с одновременной лечебной перкуссией или вибрационным массажем.

Устранение лихорадки служит признаком перехода болезни в следующую — третью — фазу (морфологического восстановления), в ходе которой происходит рассасывание инфильтрата. Антибиотики отменяются и на первый план выходит задача противовоспалительной, рассасывающей терапии, главным образом с помощью методов физиотерапии. Лечение продолжается в стационаре, в его реабилитационном отделении или в отделении восстановительного лечения местного санатория (реабилитационного центра). Интенсивность реабилитационных воздействий значительно возрастает. Продолжается противовоспалительная терапия с применением эндогенных источников тепла (индуктотермия, микроволновая терапия), а также гальванизация. Этим методам свойственно тормозить воспаление, активизировать репарацию, потенцировать действие антибиотиков, активизировать тканевую реституцию. Курс лечения завершается 6—8 процедурами ультразвуковой терапии, противовоспалительное действие которой в основном превентивное — предупреждающее рецидивы воспаления [21]. Больным с затяжным и осложненным течением ОП с остатками нерассосавшихся инфильтратов, с образованием локального пневмофиброза назначают также аппликации на грудную клетку торфа [18], парафина, озокерита [7]. Мы с успехом применяли круговые озокеритовые обертывания грудной клетки. Дециметровая терапия может назначаться на область надпочечников для стимуляции их глюкокортикоидной функции.

Наряду с синдромом воспалительного уплотнения легочной ткани для данной фазы течения ОП, в том числе с формированием локального пневмофиброза, характерно развитие бронхиальной обструкции, которая постепенно выдвигается на первый план среди последствий ОП [2,12,15—17,20]. Многообразие патологии этого периода характеризуется ускорением СОЭ, лейкоцитозом, гиперфибриногенемией с активизацией диссеминированного свертывания крови, усилением перекисного окисления липидов и др., а также нарушениями гемодинамики, микроциркуляции. Остаточные нарушения проходимости мелких бронхов — одна из важных, если даже не определяющих, причин затяжного течения ОП. По нашим данным (Ярошенко В.П., 1995), у большинства больных, перенесших ОП и проходивших МР, наблюдаются нарушения бронхиальной проходимости в виде явного или скрытого бронхоспазма. С бронхиальной обструкцией коррелировали такие изменения, как нарушения гемодинамики (частота сердечных сокращений, ударный индекс, минутный объем, периферическое сопротивление, давление в легочной артерии), а также гиперкоагуляция крови, гипоксемия, развитие компенсированного дыхательного и метаболического ацидоза, нарушения иммунной реактивности и микрогемоциркуляции. Нормальная проходимость бронхов восстанавливается через год после клинического выздоровления даже в благоприятно текущих случаях. Синдром бронхиальной обструкции, причинно связанный с воспалением бронхов, нередко сочетается с сохранением нерассосавшихся остатков инфильтрата или с его фиброзным превращением. Следует учитывать также, что, по нашим данным [4], ОП у взрослых больных в 25—30% случаев наслаивается на фоновый хронический бронхит, что еще больше усиливает роль бронхиальной обструкции в задержке биологической реституции после ОП. Очевидно, что острое МР, целью которой является восстановление биологического равновесия целостного организма, должно быть нацелено на первопричину возникающего и длительно сохраняющегося биологического дисбаланса — обструктивную патологию легких.

Для преодоления бронхообструктивного синдрома необходимо, наряду с продолжающейся противовоспалительной терапией, усиление дыхательной гимнастики, которая строится на основе упражнений общетренирующего характера и резистивного дыхательного тренинга. Последний осуществляется с помощью специальных тренажеров, создающих регулируемое сопротивление вдоху и выдоху, упражнений на удлинение выдоха, звуковой гимнастики, упражнений с выдохом через сжатые губы, через трубку, опущенную в сосуд с водой, надувание эластических емкостей (например, резиновых игрушек). Назначается также ультразвук на грудную клетку, ультрафонофорез эуфиллина, тепловлажные ингаляции с аэрозолями фитопрепаратов, муко- и бронхолитиков. По нашим данным, наружная лазеротерапия в комплексном лечении реконвалесцентов (климатодвигательный режим, лечебная физкультура, методы физиотерапии — УВЧ, микроволны, индуктотермия), симптоматическое медикаментозное

лечение способствовали восстановлению функционального состояния кардиореспираторной системы. На фоне разрешения воспалительного процесса в легких отмечались стимуляция антиоксидантной системы, подавление перекисного окисления липидов, снижение гиперкоагуляции, активация фибринолиза, нормализация кислотно-основного баланса и газов крови, улучшение микроциркуляции. При явном бронхоспазме и выраженных нарушениях бронхиальной проходимости в комплексное лечение включался бронхолитик Дуовент с неизменно положительным влиянием на проходимость бронхов с параллельным уменьшением нарушений гемодинамики.

Рассасывание воспалительных инфильтратов означает переход болезни в фазу функционального восстановления и тем самым в период реконвалесценции. Формирование локального пневмофиброза должно рассматриваться как форма выздоровления (Путов Н.В., 1984), хотя и неполного. К этому времени больные ОП выписываются из стационара и переходят на амбулаторно-поликлинический этап реабилитации. Основной ее формой становится диспансерно-динамическое наблюдение, задачами которого являются достижение биологического выздоровления и вторичная профилактика рецидивов воспалительного процесса.

Согласно действующим указаниям [15], все больные, перенесшие ОП и выписанные с клиническим выздоровлением, должны наблюдаться участковым терапевтом 3 раза на протяжении 6 мес. В случаях затяжного или осложненного течения, при сохранении остаточных изменений, при неполном клиническом выздоровлении наблюдение продолжается в течение года. Одновременно продолжается выполнение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, включающих оздоровление быта, осторожное закаливание, пребывание на воздухе, исключение курения, гигиеническую гимнастику с элементами дыхательных упражнений, по показаниям использование физиотерапевтических методов противовоспалительной и бронхолитической терапии.

Своеобразным синдромом периода выздоровления является комплекс астеновегетативных нарушений с возможным субфебрилитетом как следствием нарушения терморегуляции. Этот синдром все еще нередко трактуется как "хроническая пневмония" и влечет за собой длительное применение антибиотиков. Между тем отсутствие острофазовых реакций, очага воспаления, позволяют без труда исключить воспалительный генез указанных расстройств и избежать ненужной антибактериальной терапии, угрожающей лекарственной болезнью. Таким реконвалесцентам показаны адаптогены (экстракт элеутерококка), биостимуляторы (алоэ, ФИБС), гальванический воротник по Щербяку, электросон, рациональная психотерапия с аутотренингом, иглорефлексотерапия, методы водобальнеотерапии (души, ванны, в том числе жемчужные, углекислые, хвойные, радоновые). Необходимо выявление и лечение сопутствующих заболеваний, включая возможные внелегочные очаги воспаления.

В соответствии с действующими указаниями МЗ РФ (1984) больным, перенесшим пневмонию затяж-

ного течения длительностью более 8 нед., с явлениями астенизации и метапневмонического бронхита, с наличием клинических и рентгенологических остаточных явлений показано санаторно-курортное лечение как в местных санаториях, так и на климатических курортах, в число которых входят курорты Черноморского побережья Кавказа (Геленджик, Сочи), Ленинградская курортная зона, Владивостокская курортная группа, горные курорты (Кисловодск, Нальчик), курорты лесостепной зоны — средней полосы России (Подмосковье и др.). При сопутствующих (фоновых) хронических бронхолегочных заболеваниях, при выраженной легочно-сердечной недостаточности предпочтительнее курортное лечение в местных санаториях.

Приоритетное значение в санаторном лечении имеет использование природных лечебных факторов и физических средств. Для легочных больных это прежде всего климатотерапия и лечебная физкультура.

Традиционное представление о противопоказанности направления легочных больных на сочинский курорт требует пересмотра, особенно для реконвалесцентов после ОП, во всяком случае по указаниям МЗ РФ в число климатических курортов, показанных для легочных больных, включены все здравницы Черноморского побережья Кавказа — от Геленджика до Батуми. Из методов климатолечения применяются аэротерапия (дневное и круглосуточное пребывание на верандах и в климатопавильонах, сон у моря, прогулки). Используются также дозированная гелиотерапия и талассотерапия (купание в море) по слабой и средней холодовой нагрузке.

Занятия лечебной физкультурой строятся дифференцированно, они направлены на коррекцию бронхообструктивного синдрома, с рестрикцией, на усиление дренажной функции, на общее физическое развитие. Широко применяются лечебное плавание в открытых водоемах, особенно в море, а также в бассейнах, спортивные игры. Важным условием эффективности ЛФК является ее максимальное проведение на открытом воздухе.

Больным с остаточными воспалительными и пневмосклеротическими явлениями показаны рассасывающие процедуры (ДМВ-, пелоидотерапия). При обструктивных изменениях назначаются тепловлажные ингаляции с морской или минеральной водой, с аэрозолями бронхо- и муколитических средств. У больных с явлениями вегетоневроза и астении применяют массаж общий и грудной клетки, гальванический воротник с кальцием, электросон, водобальнеопроцедуры, в том числе хлориднонатриевые, углекислые или радоновые ванны.

При организации климатотерапии, дозировании климатопроедур следует учитывать реально достигаемую климатоадаптацию, прибегая при необходимости к ее оптимизации с помощью адаптогенов растительного происхождения (элеутерококк) или физических (магнито-, иглорефлексотерапия), а главное, с помощью постепенного контролируемого наращивания интенсивности нагрузок климатотерапии. Следует помнить о повышенной метеочувствительности бронхолегочных больных,

преодоление которой является одной из главных задач курортной реабилитации, а также об опасности и необходимости предупреждения метеопатических реакций.

При оценке эффективности санаторно-курортного лечения следует учитывать общеклинические показатели (кашель, выделение мокроты, одышка), динамику физикальных показателей, показателей активности воспаления, характеристику психоэмоциональной сферы, динамику показателей функции внешнего дыхания и бронхиальной проходимости, а также толерантности к физической нагрузке. Целесообразно также учитывать отдаленные результаты. Трудности климатоадаптации возникают у больных не только при переезде на курорт из привычных условий, но и при возвращении к ним (реадаптация), когда могут возникнуть рецидивы воспалительных заболеваний, прогрессирование хронической бронхолегочной патологии.

Таким образом, эффективная медицинская реабилитация больного ОП должна быть непрерывной на протяжении достаточно длительного срока, этапной с последовательным решением патогенетических задач, вытекающих из рациональной оценки динамики и эволюции патологического процесса, контролируемой как в ее ходе, так и по заключительным результатам.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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—101.
2. Гембицкий Е.В., Алексеев В.Г., Яковлев В.Н. Острая пневмония (тактика и лечение) // Клиническая медицина.— 1988.— № 3.— С.125—133.
3. Замотаев И.П. Острые пневмонии // Болезни органов дыхания.— М.: Медицина, 1989.— Т.2.— С.17—99.
4. Клячкин Л.М. Хронический бронхит и острые пневмонии // Воен.— мед. журн.— 1979.— № 1.— С.35—38.
5. Клячкин Л.М., Медников Б.Л., Мотин Ю.К. Диспансерное наблюдение в профилактике и улучшении исходов острой пневмонии у военнослужащих // Там же.— 1987.— № 2.— С.18—21.
6. Клячкин Л.М., Савинов В.А. Принципы реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких на госпитальном, поликлиническом и санаторном этапах.— Саратов, 1988.
7. Клячкин Л.М. Острая пневмония // Медицинская реабилитация в лечебных учреждениях Советской Армии и Военно-морского флота.— М.: Воениздат, 1990.— Ч.1.— С.159—169.
8. Клячкин Л.М. Санаторно-курортное лечение больных неспецифическими заболеваниями легких // Курорты / Под ред. П.Г. Царфиса.— М.: Профиздат, 1991.— Т.1.— С.261—316.
9. Клячкин Л.М. Принцип реабилитации больных с бронхолегочными заболеваниями // Клиническая медицина.— 1992.— № 2.— С.105—109.
10. Клячкин Л.М. Реабилитация в пульмонологии // Пульмонология.— 1994.— № 1.— С.6—9.
11. Клячкин Л.М. Физиотерапия в пульмонологии // Рос. мед. журн.— 1996.— № 3.— С.49—53.
12. Логунов О.В., Алексеев В.Г., Яковлев В.Н. Бронхомоторная реактивность и бронхиальная проходимость у больных острой пневмонией в период клинко-рентгенологического выздоровления // Тер. арх.— 1986.— № 4.— С.117—120.
13. Молчанов Н.С., Ставская В.В. Клиника и лечение острых пневмоний.— Л.: Медицина, 1971.
14. Молчанов Н.С., Гембицкий Е.В. Хроническая пневмония.— М.: Медицина, 1977.
15. Сильвестров В.П., Федотов П.И. Пневмония.— М.: Медицина, 1987.
16. Чучалин А.Г., Копылов И.Д. Диспансеризация и организация поликлинической помощи больным неспецифическими заболеваниями легких // Тер. арх.— 1985.— № 1.— С.1—12.
17. Чучалин А.Г. Пневмонии // Пульмонология.— 1995.— № 1.— С.14—17.
18. Штейнгардт Ю.Н., Зарипова Т.Н., Агеева Т.С. Двухэтапное лечение больных острой пневмонией с реабилитацией на санаторном этапе // Тер. арх.— 1985.— № 3.— С.130—135.
19. Яковлев В.Н., Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Комплексная медицинская реабилитация больных острой пневмонией и место физиотерапии в ней // Пульмонология.— 1994.— № 1.— С.19—24.
20. Ярошенко В.П. Особенности реабилитации больных острой пневмонией в зависимости от состояния кардиореспираторной системы: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1995.
21. Яценко Л.В., Клячкин Л.М., Бокша В.Г. и др. Перспективы теоретического и практического развития физиотерапии // Бюл. Сиб. отд. АМН СССР.— 1988.— № 4.— С.5—8.

Поступила 10.10.96.