

А.Н. Кокосов

ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ: ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ

Отделение терапии неспецифических заболеваний легких Государственного научного центра пульмонологии МЗ РФ, Санкт-Петербург

A PROBLEM OF REHABILITATION IN PATIENTS WITH NONTUBERCULOSIS PULMONARY DISEASES: PERSPECTIVE DIRECTIONS AND SOME RESULTS

A.N. Kokosov

Summary

The correct treatment in some patients with bronchial and pulmonary diseases having reserves enough for the pathological process compensation have the reparation character and is finished by medical, professional, and social rehabilitation. The latter one is presented by two main directions: "respiratory invalid" rehabilitation for the life quality support and preventive rehabilitation of the "frequent sick" contingent (acute lingering bronchitis, recidiving bronchitis, asthmatic bronchitis, lingering pneumonia, etc.) which have hazard of inflammation process chronisation and progredient obstructive pathology. At the last case, rehabilitation is to be considered as a preventive action against chronic disabling pathology formation. The rehabilitation must be step divided with three main stages: outpatient, hospital, and sanatorium—health stage with the continuous examinational watching of the rehabilitant. During the correct action, rehabilitation is much successful in the most of "frequent sick" persons, in patients with chronic bronchitis without severe breath insufficiency, and allows to increase the life quality of "respiratory invalids".

Резюме

У части больных заболеваниями бронхов и легких, имеющих достаточные резервы для компенсации патологического процесса, корректное лечение имеет восстановительный характер и завершается реабилитацией (медицинской, профессиональной, социальной). Последняя имеет два основных направления — реабилитация "дыхательных инвалидов" для поддержания качества жизни и превентивная реабилитация контингента "часто и длительно болеющих" (острый затяжной бронхит, рецидивирующий бронхит, астматический бронхит, затяжная пневмония и др.), которым угрожает хронизация воспалительного процесса и прогрессивная обструктивная патология. В последнем случае реабилитацию следует расценивать как превентивную, то есть предупредительную по отношению к формированию хронической, инвалидизирующей патологии. Реабилитация должна быть этапной с выделением трех основных этапов: амбулаторно-поликлинического, стационарного, санаторно-курортного с последующим диспансерным наблюдением реабилитанта. При корректном ее проведении удастся добиться успеха у большинства "часто и длительно болеющих", у больных хроническим бронхитом без выраженной дыхательной недостаточности, а также повысить качество жизни "дыхательных инвалидов".

В последней четверти XX столетия реабилитация "часто и длительно болеющих", а также инвалидов в большинстве промышленно развитых стран мира выходит за рамки чисто медицинской проблемы и все более приобретает социальную значимость, ибо сохранение трудовых резервов общества стало важнейшей задачей современной медицины [14,22,23,31,32].

Уже на первом заседании Комитета экспертов ВОЗ по реабилитации было предложено выработать точные термины и продолжить изучение проблемы реабилитации, координируя ее с проблемой социального обеспечения. XIX ассамблея ВОЗ приняла специальную резолюцию по реабилитации, в которой обращалось

внимание на необходимость развития "реабилитационных служб" для всех больных, которые не могут вернуться к труду. В резолюции Совещания министров здравоохранения стран Восточной Европы [11] реабилитация определялась как система государственных, медицинских, социально-экономических, профессиональных и педагогических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к общественно-полезному труду. Тогда же были в основном сформулированы общие принципы реабилитационной программы и составляющих ее компонентов: раннее

начало, этапность и преемственность, комплексность, дифференцированный и индивидуальный подход к хронически болеющему пациенту.

Во втором отчете Комитета экспертов ВОЗ по реабилитации [11] дается ее определение с акцентом на использование "остаточной работоспособности" хронически болеющего пациента. При этом под *медицинской реабилитацией* понимается восстановление утраченных или ослабленных вследствие болезни функций организма после применения лекарственного, хирургического и прочих методов лечения, с возможно более полной ликвидацией последствий болезни. Под *профессиональной реабилитацией* понимается восстановление трудоспособности и сохранение прежней профессии после успешной медицинской реабилитации. Под *социальной реабилитацией* понимается восстановление у инвалидов способности к общественно-полезному труду.

В настоящее время ООН имеет специальную программу по реабилитации, которая осуществляется через ВОЗ, Международную организацию труда, ЮНЕСКО и детский фонд при ООН, Международное общество реабилитологов и национальные общества реабилитологов в отдельных странах мира. Только в Нью-Йорке (США) издается два фактически интернациональных журнала *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, *Preventive medicine*, в которых постоянно обсуждаются вопросы превентивного, т.е. предупредительного, лечения и реабилитации. Последняя входит в число обязательных предметов, которые преподаются в медицинских вузах. В нашей стране различные аспекты, в первую очередь, санаторно-курортной реабилитации являются традиционной темой научных разработок профильных НИИ, публикаций в профильном, реже в общеклинических журналах, предметом специального обсуждения на научно-практических конференциях (в Ленинграде, Ялте, Барнауле и др. городах). Вопросы реабилитации в более широком плане обсуждались на 1-м и 2-м Национальных конгрессах по болезням органов дыхания в Киеве и Челябинске. В трудах 3-го Национального конгресса (С.Петербург, 1992) этой проблеме был посвящен специальный раздел "Реабилитация больных заболеваниями легких: методы и перспективы".

Одна из первых в мире кафедр и клиник реабилитации была основана в 1961 году в Польше (Варшавская медицинская академия). В настоящее время реабилитация больных, в различных ее формах, достаточно широко и успешно применяется во многих странах мира, в том числе в нашей стране: в 1-м и 2-м медицинских институтах и Центральном институте усовершенствования врачей (в Москве), а также на кафедрах медицинских институтов в Иванове, Перми, Омске и др. горсдах. При этом в странах Юго-Восточной Азии в целях восстановительного лечения и реабилитации широко используются апробированные многовековой практикой методики так называемой *Oriental Medicine* [30]. Знакомство с опытом зарубежных коллег чрезвычайно полезно для научно-практического развития этой проблемы в нашей стране.

Так, в плане становления "службы реабилитации" в г. Ленинграде (СПб) для автора настоящей статьи оказалось полезным посещение и ознакомление с работой центра реабилитации больных заболеваниями легких в Польше (под Варшавой, в г.Отвоцке). В 1974 году в составе Ленинградского городского центра реабилитации было открыто одно из первых в нашей стране отделение реабилитации для больных заболеваниями легких в загородной (курортной) зоне крупного промышленного города, в Сестрорецке [24].

В последующие годы ознакомление с опытом работы амбулаторного кабинета по применению различных методик *Oriental Medicine* (акупунктура, акупрессура, мокса и др.) в одном из муниципальных госпиталей Японии в Токио, а также с содержанием занятий в "Астма-клубе" при университетском госпитале в Гетеборге (Швеция) позволили в значительной мере оптимизировать научно-практическую работу по реабилитации в Институте и городе, как в плане новых методик, так и организационных форм работы с пациентами [2,3,16]. В течение многих лет различные научно-практические аспекты проблемы реабилитации регулярно обсуждались на заседаниях научного общества пульмонологов Ленинграда с выступлением как научных сотрудников, так и врачей лечебно-профилактических учреждений, а также гостей из других городов.

Существующая в настоящее время система медицинской помощи больным с временной и стойкой утратой трудоспособности — в поликлинике, стационаре, ВКК, ВТЭК и т.д. — не обязательно предусматривает преемственность в работе врачей в процессе восстановления трудоспособности больного: выписавшись из больницы пациент может исчезнуть из поля зрения лечащего врача, неоправданно отказаться от группы инвалидности и продолжать работу, которая уже не соответствует его физическим возможностям. Или, наоборот, берут верх "рентные" настроения со стремлением извлечь выгоду за счет более ранней пенсии по болезни, что наиболее часто встречается у больных бронхиальной астмой (БА). Другими словами, отсутствует должная преемственность в лечении на разных этапах болезни. В то же время при этапном лечении после купирования острого периода заболевания в стационаре (поликлинике) с преимущественным использованием лекарственных препаратов, включая химиотерапию, больного переводят в специализированное отделение (центр) для завершения этого восстановительного лечения и реабилитации в ее трех основных направлениях с преимущественным применением уже немедикаментозных, тренирующих методов, включая широкое использование физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и др. [12,24]. После завершения лечения в отделении реабилитации (рис.) больной выписывается и, как правило, продолжает работать по своей прежней специальности. В этом проявляется как медицинская, так и профессиональная реабилитация. Однако для закрепления достигнутого эффекта пациент находится на диспансерном наблюдении пульмонолога специализированной поликлиники или



Рис. Последовательность прохождения этапов реабилитации пациентов с бронхолегочной патологией.

пульмонологического кабинета районной поликлиники [13]. Такой подход к организации лечения [22,24] наиболее прогрессивен и перспективен, так как создает реальную преемственность в наблюдении и коррекции острой, подострой и хронической фазы болезни. Кроме того, для больных с бронхолегочной патологией, при которой немаловажную роль играет внутригоспитальная инфекция, указанная этапность восстановительного лечения создает дополнительную "выгоду", поскольку разобщает больных в остром (наиболее контагиозном) и подостром периодах болезни.

Опыт работы специализированных центров реабилитации в экономически развитых зарубежных странах (Великобритания, США, Франция и др.) свидетельствует о том, что такой метод восстановления "остаточной трудоспособности" и поддержания "качества жизни" эффективен [32,33]. Однако в большинстве зарубежных стран комплекс реабилитационных мероприятий осуществляется преимущественно у тяжелых больных: применительно к пульмонологии это пациенты с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с выраженной легочно-сердечной недостаточностью. Проведение реабилитационных мероприятий у них может лишь задержать на некоторое время фатальный исход болезни [25]. Это обуславливает известный пессимизм к возможностям реабилитации "дыхательных инвалидов" [32]. Указанное обстоятельство, пожалуй, лучше других выразил американский профессор Теодор Розбери (*Rosberry*) заявив, что все улучшающиеся возможности лечения хронических больных ставят перед современной медициной неразрешимую задачу, когда больной, чтобы "прибавить годы к жизни", постоянно нуждается во врачах.

Тем не менее лечение "дыхательных инвалидов" от ХОБЛ является социально необходимым и гуманным

направлением проблемы реабилитации в пульмонологии, которое постоянно обогащается перспективными медико-техническими новинками и технологиями [4,17,28]. В нашей стране это направление наиболее активно разрабатывается в Москве [1] с оптимизацией различных вариантов длительной кислородной терапии, использованием положительного давления на выдохе, с резистивной тренировкой, применением гелия и др.

Отдавая должное вышеуказанному направлению проблемы реабилитации, мы в своих многолетних исследованиях [8,11,20,22,24] стремились разработать и другое направление этой проблемы, которое можно обозначить как "превентивная реабилитация", имея в виду контингент "часто и длительно болеющих". Это пациенты с затяжным и рецидивирующим течением бронхолегочной патологии: острым затяжным бронхитом (ОБЗ), рецидивирующим бронхитом (РБ), острой затяжной пневмонией и др., у которых имеет место "факт хронизации", т.е. переход патологии из острой через подострую в хроническую форму [7,8,23—25]. По существу ставится акцент на проведение превентивного восстановительного лечения и реабилитации "часто и длительно болеющих" на этапе предболезни, имея в виду формирование ее нозологических форм с хроническим течением — хронический бронхит (ХБ), БА и др.

В настоящее время в пульмонологии понятие предболезни сформировано лишь в отношении нескольких форм: по отношению к БА — это предастма, включая астматический бронхит (АБ); по отношению к ХБ — это предбронхит, его различные клинические варианты; по отношению к хронической пневмонии — это затяжное течение острой пневмонии; по отношению к синдрому легочного сердца — это легочная гипертензия [25]. Предупредительное лечение на этапе предболезни с реальной возможностью предупреждения ее хронизации у абсолютного большинства таких больных в настоящее время показана уже во многих наблюдениях и публикациях [8,18,21—23]. Успешное восстановительное лечение "часто и длительно болеющих" пациентов фактически обеспечивает их медицинскую и профессиональную реабилитацию и, перефразируя ранее приведенное выражение Теодора Розбери, "прибавляет жизнь к годам".

По нашему опыту работы достаточно перспективно также восстановительное лечение и реабилитация больных с начальными формами уже сформировавшейся хронической бронхолегочной патологии, в первую очередь хронического обструктивного бронхита (ХОБ). Принципиальная возможность снижения числа дней нетрудоспособности и сохранения профессиональной квалификации у этой категории больных была показана нашими сотрудниками Г.П.Хлопотовой, Э.В.Стрельцовой и др., проводившими многолетние клиничко-функциональные наблюдения на базе профильного отделения городского центра реабилитации. Не останавливаясь более подробно на возможностях реабилитации больных ХНЗЛ, мы отсылаем заинтересованных читателей к нашим публикациям [24]. Учитывая сказанное выше, под реба-

Основные задачи на этапах реабилитации

литацией следует понимать благоприятный итог восстановительного лечения (медицинская реабилитация), в результате которого имеет место восстановление (укрепление) здоровья и работоспособности заболевшего ("часто и длительно болеющего") после комплексного воздействия целого ряда лечебных факторов по единой программе. Ее преемственность (таблица) реализуется на разных этапах клинко-функционального наблюдения и восстановительного лечения больного: амбулаторном (в условиях специализированной поликлиники), стационарном (в условиях специализированного терапевтического отделения и специализированного отделения реабилитации), санаторном (в условиях специализированного климатического санатория). Роль санаторно-курортного этапа для больных с подострой или осложненной (другими болезнями) бронхолегочной патологией может, по нашему опыту работы, успешно выполнять специализированное отделение (центр) реабилитации, расположенное в загородной зеленой зоне крупного промышленного города [23,24]. Это принципиально важно, ибо сопутствующая патология снижает неспецифическую толерантность пациентов и тем удлиняет их адаптацию к иным (нередко контрастным) климатическим условиям санаторного лечения. Это подтверждают исследования последнего времени, придающие большое значение состоянию иммунологической реактивности на санаторном этапе реабилитации [6,15] и привлекающие внимание к местным санаториям и их роли в системе медико-социальной реабилитации пациентов [5] в условиях привычного им климата [27].

Каждый из этапов реабилитации имеет свои особенности и задачи, обусловленные возможностями восстановительного лечения на каждом из них.

Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации приобрел самостоятельное значение лишь в последние годы в связи с методическим, кадровым и пр. укреплением поликлинического звена в системе здравоохранения. Определенная работа была проведена в этом плане и в Ленинграде. При этом было установлено, что группа "часто и длительно болеющих" (ЧДБ) в нозологическом плане включает, в основном, острый затяжной и рецидивирующий бронхиты, а также ХОБ с начальными проявлениями обструкции; вялотекущий воспалительный процесс у этих больных нередко осложнялся бронхоспастическим синдромом (БСС). Лечение их в условиях поликлиники было, как правило, не эффективно: больные неизбежно становились "хрониками".

В процессе поиска возможных механизмов хронизации патологии, при анализе инфекционного фактора выявилось, что для ОБЗ и РБ характерна активная респираторная вирусная инфекция (при ОБЗ — 0,93; при РБ — 0,82) и, в особенности, ее ассоциированные формы (при ОБЗ 0,79; при РБ — 1,0). При ОБЗ преобладал аденовирус, при РБ почти в два раза по сравнению с ОБЗ увеличилось число РС-инфекции; в то же время аденовирусная и гриппозная инфекция (тип А) при ОБЗ и РБ отмечались почти с одинаковой частотой. Особенностью респираторных вирусных

- 1. Амбулаторно-поликлинический**
 - 1.1. Выявление контингента "часто и длительно болеющих"; клинко-функциональная диагностика вариантов болезни.
 - 1.1.1. Диагностика персистирующей инфекции.
 - 1.1.2. Диагностика состояния иммунной реактивности.
 - 1.1.3. Диагностика состояния системы "перекисное окисление липидов — антиоксиданты (ПОЛ—АО)".
 - 1.2. Выработка и осуществление программы реабилитации:
 - 1.2.1. Проведение реабилитации "часто и длительно болеющих", а также больных с начальными проявлениями хронической бронхолегочной патологии (реабилитация более тяжелых больных ХНЗЛ на этом его этапе не перспективна).
 - 1.2.2. Проведение работы с пациентами ("астма-клуб", "пульмо-клуб") с участием психолога и других специалистов, повышающих медицинские знания и навыки пациентов в само- и взаимопомощи.
 - 1.2.3. Учет и динамический клинко-функциональный контроль контингента реабилитируемых в плане их диспансерного наблюдения.
 - 1.2.4. Решение индивидуальных вопросов профессиональной и социальной реабилитации.
 - 1.3. Определение показаний для направления на последующий этап реабилитации.

- 2. Стационарный (специализированное терапевтическое отделение)**
 - 2.1. Уточнение диагноза (см. пп. 1.1.1—1.1.3.).
 - 2.1.1. Определение степени обратимости патологических изменений.
 - 2.2. Корректировка и осуществление программы реабилитации (см. п. 1.2.4.).
 - 2.2.1. Проведение специализированной ВТЭК.
 - 2.3. Определение показаний для направления на последующий этап реабилитации.

- 3. Стационарный (специализированное реабилитационное отделение)**
 - 3.1. Закрепление результатов восстановительного лечения.
 - 3.1.1. Восстановление или улучшение дренажной и вентиляционной функций бронхов и легких;
 - 3.1.2. Повышение неспецифической резистентности, физической работоспособности и общей тренированности организма путем дифференцированного применения методик ЛФК.
- 4. Санаторно-курортный (климатический профильный санаторий)**
 - 4.1. Закрепление результатов восстановительного лечения;
 - 4.2. Восстановление или улучшение нарушенных функций организма, ликвидация остаточных проявлений активности патологического процесса (щадящая фаза). Дальнейшее расширение физической активности реабилитируемых (фаза приспособления—адаптации). Сохранение достигнутого уровня физической трудоспособности (заключительная фаза).

инфекций у этих больных была нередкая (0,55 и 0,37 соответственно) персистенция (до 5—8 недель) вирусных антигенов (РС- и аденовирусы) в эпителиальных клетках носоглотки после перенесенной острой вирусной инфекции, проходившей в общетерапевтической практике под диагнозом ОРЗ или ОРВИ. Признаки аллергизации и БСС у этих больных сочетались с наличием РС- и аденовирусной инфекции, составляя основу хронизации патологического процесса.

У больных ХОБ с начальными проявлениями обструкции была отмечена высокая частота выявления активной вирусной инфекции и ее ассоциированных форм; наиболее часто выявлялись РС-вирус, вирус гриппа типа А и аденовирус. Значение

персистенции вирусной инфекции, иммунодефицитных состояний и измененной реактивности бронхов в патогенезе ОБЗ подчеркивается также в других исследованиях [29].

У больных с персистирующей вирусной инфекцией и индуцированным БСС традиционное восстановительное лечение больных ОБ, включающее ЛФК, физиотерапию, массаж и др., оказалось недостаточно эффективным. После соответствующих поисков мы пришли к выводу о необходимости дополнить его назначением противовирусных средств (иммуноглобулины, интерферон, ремантадин, аминокaproновая кислота и др.), адаптогенов (женьшень, элеутерококк и др.), а в отдельных случаях — иммунокорректирующих препаратов (Т-активин и др.), под динамическим контролем вирусологических (в том числе серологических) и иммунологических исследований [8].

Продолжая анализ механизмов хронизации патологического процесса у контингента ЧДБ мы смогли отметить роль нарушений в системе “перекисное окисление липидов (ПОЛ) — антиоксиданты (АО)”. По результатам исследований нашего сотрудника Ю.М.Гольденберга [7] нарушения в системе ПОЛ—АО возникают уже на ранних этапах формирования хронической патологии. Под влиянием патогенных факторов риска усиливается ПОЛ, одновременно развиваются и неблагоприятные гиперкоагуляционные сдвиги, нарушающие нормальную микроциркуляцию и, следовательно, трофику тканей. Для их лекарственной коррекции общепринятое восстановительное лечение целесообразно обогатить включением сульфата цинка и ноотропила. Ранние изменения в системе ПОЛ—АО у больных ОБЗ и РБ подтверждены также В.С.Лукьян и соавт. [16]. Коррекция патогенных факторов риска (рациональное трудоустройство, устранение вредных привычек, особенно курения табака и др.) является решающим условием для эффективности восстановительного лечения и реабилитации больных [31].

Программа восстановительного лечения и реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе за последнее время обогащается и новыми организационными формами работы с больными в плане оптимизации их диспансерного наблюдения. Это “астма-клубы”, “пульмо-клубы” [19,26], а также организация семейной реабилитации и диспансеризации [10].

Значительной части более “легких” больных, в первую очередь из контингента ЧДБ, по нашему опыту работы, можно успешно проводить восстановительное лечение (медицинскую реабилитацию) на этом этапе [18]. В свою очередь больных, которые нуждаются в дообследовании и более интенсивном применении немедикаментозных методов, следует направлять на стационарный этап (в первом случае) и в загородное отделение реабилитации (во втором случае), (см. табл. и рис.) с последующим возвращением уже для диспансерного их наблюдения. По нашим данным, диспансеризация больных ОБЗ и РБ в течение года уменьшает возможность эволюции в ХБ до 0,7—1%, а использование возможностей загородного отделения реабили-

тации и специализированного климатического санатория практически исключает переход болезни в хроническую форму [22,23].

В системе организации этапной реабилитации **специализированное терапевтическое отделение** для большинства пациентов ХОБЛ является неизбежным промежуточным этапом их восстановительного лечения (см.табл.). Для части этих больных с выраженной легочно-сердечной недостаточностью (“дыхательные инвалиды”) это — основное место восстановительного лечения, ибо лечение в условиях санатория им противопоказано: возможны лишь индивидуальные исключения для “местных” санаториев в период нестойкой клинической ремиссии больного. По опыту нашей работы в специализированном отделении Ленинградского регионального госпиталя инвалидов Отечественной войны там фактически проводится диспансерное наблюдение “дыхательных инвалидов”, которые поступают в отделение при каждом ухудшении самочувствия и состояния на протяжении многих лет, что поддерживает их жизнь, обеспечивая ее известное качество.

К сожалению, указанное — оптимальное на сегодняшний день положение для данной категории “дыхательных инвалидов” — касается лишь части из них, ибо в целом показатели медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов имеют резко отрицательную динамику за последние 10 лет: снижение на 60—70% [9]. Основная причина этому — неполный и некачественный комплекс реабилитационных мероприятий у 50—65% инвалидов [9].

Специализированное пульмонологическое отделение реабилитации является также сравнительно новым медицинским формированием. По опыту нашей многолетней работы [24], в это отделение в первую очередь необходимо направлять больных, перенесших тяжело протекающие острые и затяжные НЗЛ, с целью возвращения их к прежнему труду, а также больных ХНЗЛ, у которых функциональные изменения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем дают возможность рассчитывать на сравнительно высокую мобилизацию компенсаторно-приспособительных механизмов. По нашему опыту работы, в это отделение должны направляться в основном больные в трудоспособном возрасте [24]. Методы лечения в таком отделении обычно достаточно разнообразны (медикаментозная терапия сочетается с санацией бронхов, физиотерапией, аэрозоль-терапией, ЛФК), но преимущественное значение имеют методы немедикаментозного воздействия.

Наилучшие результаты восстановительного лечения были получены [22,23] у больных затяжной пневмонией, все они были выписаны на работу. Динамическое наблюдение в течение двух лет свидетельствовало об отсутствии у них хронической патологии, а также снижении частоты ОРЗ, что, по-видимому, связано с повышением неспецифической толерантности. В группе больных ХБ допустимо было говорить лишь о клинической ремиссии, которая имела место в 98% наблюдений. Резкие и выраженные нарушения вентиляции легких у них

уменьшались в два раза. Отдаленные наблюдения показали снижение числа дней нетрудоспособности почти в шесть раз и, соответственно, числа обращений к врачу. Однако у части больных было отмечено в последующем нарастание обструктивных нарушений вентиляции. В таких случаях для поддержания "остаточной работоспособности" больные направлялись на повторный курс восстановительного лечения.

На санаторном этапе реабилитации основным являлись климатолечение и физиотерапевтические процедуры. Их дифференцированное применение осуществляется с учетом клинико-функциональных особенностей болезни, ее течения, времени года, что дает возможность коррекции нарушений иммунологической реактивности [6,15]. В профильные климатические санатории, в отличие от загородного отделения реабилитации (см. выше), следует направлять больных ХНЗЛ в фазе клинической ремиссии. Наличие сопутствующей патологии (например, сердечно-сосудистой), может, по нашим наблюдениям, в ряде случаев удлинить (осложнить) процесс адаптации (реадаптации) больных ХНЗЛ в новых климатических условиях [27]. По нашим данным, климатическое санаторно-курортное лечение влияет на дальнейшее течение заболевания на протяжении последующих 2—3 лет, а повторные курсы закрепляют его лечебно-профилактический эффект [11].

Таким образом, проблема реабилитации сохраняет свое социально-гигиеническое значение. Развитие ее теоретических основ тесно связано с разработкой различных аспектов саногенеза, поскольку методы восстановительного лечения и реабилитации связаны с активацией защитно-приспособительных (саногенетических) механизмов поддержания остаточной работоспособности и качества жизни. Реабилитация "дыхательных инвалидов" в общем плане развития проблемы должна сочетаться с превентивным восстановительным лечением "часто и длительно болеющих", многим из которых угрожает хронизация патологического процесса и формирование прогрессивной (обструктивной) патологии. Процесс реабилитации должен быть этапным и преемственным с активным диспансерным наблюдением пациента, а также с наблюдением или периодической консультацией компетентного специалиста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров О.В. и др. Программа реабилитации больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й.— СПб., 1992.— № 875.
2. Алехина Г.Г. Оценка эффективности применения немедикаментозных методов — разгрузочно-диетической терапии и иглорефлексотерапии в лечении больных гормонозависимой бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1991.
3. Борисенко Л.В., Похазникова М.А. О принципах формирования схем реабилитации больных острым бронхитом с затяжным течением (ОБЗ) // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й.— СПб., 1992.— № 879.
4. Брюханова Л.И. и др. Реабилитация пульмонологических больных // Там же.— № 880.

5. Вальчук В.А. Местные санатории и их место в системе медико-социальной реабилитации сельского населения // Вопр. курортол.— 1992.— № 5—6.— С.69—71.
6. Гавриленко А.Ф. и др. К проблеме иммунореабилитации больных хроническим бронхитом на санаторном этапе // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й.— СПб., 1992.— № 882.
7. Гольденберг Ю.М. Перекисное окисление липидов и гемостаз на этапах формирования основных форм хронических неспецифических заболеваний легких и коррекция нарушений (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— СПб., 1993.
8. Ишанкулова Д.К. Клиническое значение вирусной инфекции и иммунореактивности у больных острым бронхитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1991.
9. Кадыскин М.Б. и др. Показатели реабилитации инвалидов при болезнях органов дыхания // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й.— СПб., 1992.— № 886.
10. Казначеева Л.Ф., Гавалов С.И. Организация семейной диспансеризации и реабилитации на поликлиническом этапе // Там же.— № 887.
11. Кокосов А.Н., Борисенко Л.В. К проблеме восстановительного лечения (реабилитации) больных неспецифическими заболеваниями легких // Реабилитация больных неспецифическими заболеваниями легких.— Л., 1981.— С.7—13.
12. Кокосов А.Н., Стрельцова Э.В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с заболеваниями легких. 2-е изд.— Л.: Медицина, 1987.
13. Кокосов А.Н., Белевский А.С. Организация пульмонологического кабинета в поликлинике // Тер. арх.— 1989.— № 12.— С.53—55.
14. Клячкин Л.М. Принципы реабилитации больных бронхолегочными заболеваниями // Клини.мед.— 1992.— № 2.— С.105—109.
15. Клячкин Л.М., Булавин В.В. Зависимость результата лечения больных хроническим бронхитом на курорте от их иммунологического статуса // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й.— СПб., 1992.— № 888.
16. Лукьян В.С. и др. К вопросу о состоянии системы перекисного окисления липидов — антиоксидантов (ПОЛ-АО) при остром бронхите (ОБ) // Там же.— № 892.
17. Макетова С.С. и др. Использование тренировок дыханием через дополнительное мертвое пространство в реабилитации больных с обструктивными заболеваниями легких // Там же.— № 893.
18. Никитин О.Н. Клинико-иммунологическая характеристика и терапия больных с различными вариантами течения острого бронхита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1991.
19. Норвайшас Г. и др. Комплексная программа обучения "бронхиальная астма" // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й.— СПб., 1992.— № 896.
20. Осинин С.Г. и др. Применение коротких курсов разгрузочно-диетической терапии в профилактике и лечении бронхиальной астмы // Новые технологии в профилактике и лечении заболеваний органов дыхания.— Л., 1990.— С.61—66.
21. Осинин С.Г. Клинико-патогенетическое обоснование метода разгрузочно-диетической терапии бронхиальной астмы и оценка результатов лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— СПб., 1993.
22. Поташов Д.А., Кокосов А.Н. Особенности и результаты восстановительного лечения больных с острыми затяжными и рецидивирующими заболеваниями бронхов и легких в условиях специализированного отделения // Тер. арх.— 1989.— № 8.— С.37—40.
23. Поташов Д.А. Этапно-восстановительное лечение и диспансеризация угрожаемых, реконвалесцентных и больных неспецифическими заболеваниями легких: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Л., 1990.
24. Реабилитация больных неспецифическими заболеваниями легких / Под ред. А.Н.Кокосова.— Л., 1981.
25. Руководство по пульмонологии / Под ред. Н.В.Путова, Г.Б.Федосеева.— 2-е изд.— Л.: Медицина, 1984.— С.90—125.
26. Семенова Н.Д., Белевский А.С. Астма-клуб: психологические аспекты // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й.— СПб., 1992.— № 900.

27. Стариков Н.И., Зарипова Т.Н. и др. Перспективы санаторно-курортного лечения и реабилитация больных с патологией органов дыхания в условиях привычного климата Сибири и Дальнего востока // *Вопр. курортол.*— 1993.— № 12.— С.22—25.
28. Товт-Коршинская М.А. и др. Дыхательный вибратор в профилактике и лечении заболеваний органов дыхания // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й.— СПб., 1992.— № 903.
29. Убайдуллаев А.М. и др. К патогенезу затяжных форм острого бронхита // Там же.— № 904.
30. Cohen M. Easten and Western Medicine: Complementary in Practice, Equal in Status // *Am. J. Acupunct.*— 1992.— Vol.20.— P.137—143.
31. Kusaka Y., Kondon H. et al. Healthy Life-Styles Are Associated with Higher Natural Killer Cell Activity // *Prevent. Med.*— 1992.— Vol.21.— P.602—615.
32. Niederman M.S., Henderson C., Fein A.M. et al. Benefits of a Multidisciplinary Pulmonary Rehabilitation Program. Improvement are Independent of Lung Function // *Chest.*— 1991.— Vol.99.— P.798—804.
33. Ries A.L. Pulmonary Rehabilitation: Rationale Components and Results // *J. Cardiopulmon. Rehabil.*— 1991.— Vol.11.— P.23—28.

Поступила 27.08.93

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1994

УДК 616/24-002.1-085.8

В.Н.Яковлев, Л.М.Клячкин, А.М.Щегольков, Ю.У.Маньков, В.К.Дуганов, С.Л.Шурпик, Т.А.Семенова, В.П.Ярошенко

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И МЕСТО ФИЗИОТЕРАПИИ В НЕЙ

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения Военно-медицинского факультета при РМА ПО, 6-й Центральный клинический военный госпиталь, Москва

COMPLEX MEDICAL REHABILITATION AND PHYSIOTHERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE PNEUMONIA

V.N.Iakovlev, L.M.Kliatchkin, A.M.Shegolkov, Y.U.Mankov, V.K.Duganov, S.L.Shurpic, T.A.Semenova, V.P.Iaroshenko

S u m m a r y

Cumulating literature data and own studies the authors define the role of physical methods in complex rehabilitation treatment of patients with acute pneumonia. These methods choice is based on the clinical pathogenetical analysis of process course evolution, its syndromologic characterics. Physiotherapeutic methods supplement and potentiate ethyotropic treatment. During the bacterial agression phase, the positive action on the infiltration forming syndrome is provided by aerosol inhalational sanation of bronchi. The antiinflammatory treatment as well UHF, inductoheating, microwaves, peloid therapy, laser radiation are nessesary for the later resolve of the infiltrate. During the morphologic recovery and the reconvalescence stage, the antiinflammatory physiotherapy continues. The bronchial obstruction syndrome persistence is the cause for ultrasonic therapy, euphilline phonophoresis, and ozokerit application use. The astenic vegetatic impairments syndrome in reconvalescents is the cause for halvanic collar, electric sleep, electric analgesia, and hydrotherapy use. The out-patient's clinic (the department of rehabilitational therapy) is the main place of rehabilitation of reconvalescents with acute pneumonia. The lingering and complicated course of acute pneumonia causes the nessesity of sanatorial rehabilitation both in local and cimatic sanatoriums with later dispensarization during the year.

Р е з ю м е

Авторы статьи, обобщив литературные данные и собственный опыт, определяют место, занимаемое физическими методами в комплексном восстановительном лечении больных острой пневмонией. Выбор этих методов основывается на клинико-патогенетическом анализе эволюции течения процесса, его синдромологических характеристик. Методы физиотерапии дополняют и потенцируют этиотропное лечение. В фазе бактериальной агрессии положительное влияние на синдром формирования инфильтрата оказывает аэрозольно-ингаляционная санация бронхов. Для последующего рассасывания инфильтрата требуется противовоспалительная терапия (УВЧ, индуктотермия, микроволны, пелоидотерапия, лазерное облучение). В ходе морфологического восстановления, в фазе реконвалесценции, продолжается противовоспалительная физиотерапия. Персистенция синдрома бронхиальной обструкции — показание для применения ультразвуковой терапии, фонофореза эуфиллина, аппликаций озокерита. Синдром