

различных структурах периферической крови и повышению содержания катехоламинов в моноцитах с параллельным снижением реактивности бронхов.

3. Отдаленные результаты свидетельствуют о целесообразности применения лазеропунктуры на поликлиническом этапе реабилитации больных хроническим катаральным обструктивным бронхитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимов В.Н., Гармаш В.Я., Соколова Г.Т. О некоторых возможностях применения метода биобратной связи в комплексном лечении больных бронхиальной астмой // Тер. арх.— 1991.— № 3.— С.87—90.
2. Александров О.В., Винницкая Р.С., Давыдова Э.Г., Струков П.В. Применение нормобарической гипоксии в комплексном лечении больных хроническим бронхитом // Там же.— С.96—100.
3. Борохов А.И., Зильбер А.П., Ильченко В.А. и др. // Болезни органов дыхания: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1990.— Т.3.— С.110—176.

4. Кокосов А.Н. Хронический бронхит: Этапы развития, перспективы профилактики // Тер. арх.— 1986.— № 6.— С.80—83.
5. Мартин Г.Л. Чувствительность и реактивность бронхов у больных хроническим бронхитом, предастмой и бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.— Л., 1987.
6. Нечипорук С.А., Прохорчик А.Ф., Сучков А.И. Актуальные аспекты применения медицинских лазеров // Воен.-мед. журн.— 1991.— № 3.— С.74—75.
7. Новикова Р.И., Черный В.И., Стефанов А.В., Ахламова Ю.И. Липосомы в комплексном лечении больных хроническим обструктивным бронхитом // Тер. арх.— 1993.— № 3.— С.40—43.
8. Путов Н.В., Федосеев Г.Б. Руководство по пульмонологии.— Л.: Медицина, 1984.— С.89—92.
9. Скобелкин О.К., Михайлов В.А., Елисеенко В.И., Денисов И.И. Регуляторы лазерной терапии у онкологических больных // Новое в лазерной медицине и хирургии.— Переславль-Залесский, 1990.— Ч.2.— С.77—78.
10. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма.— М.: Медицина, 1985.

Поступила 23.07.93

© Шихнебиев Д.А., 1994

УДК 616.24-002.1-084.3

Д.А.Шихнебиев

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БРОНХОВ

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов
Дагмединститута

CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS ENDURED ACUTE PNEUMONIA WITH IMPAIRMENTS OF THE FUNCTIONAL STATE OF BRONCHI

D.A.Shikhnebiev

Summary

Aspects of clinical examination of patients endured acute pneumonia (AP) with impairments of bronchial reception function were discussed. During the formation of examination groups of AP reconvalescents, the sensitivity and reactivity state of bronchi was taken into account. The special program, dates of examination, and the complex of treaty sanitary measures of AP reconvalescents with the impaired bronchial sensitivity and reactivity were elaborated, that at least improves the distant outcome of AP.

Резюме

Освещены вопросы диспансеризации лиц, перенесших острую пневмонию (ОП) с нарушениями функции бронхорецепторного аппарата. При формировании диспансерных групп реконвалесцентов ОП учтено состояние чувствительности и реактивности бронхов. Разработаны специальная программа, сроки обследования и комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий реконвалесцентов ОП с нарушенными чувствительностью и реактивностью бронхов, что в конечном итоге улучшает отдаленные исходы ОП.

Лица, перенесшие острую пневмонию (ОП), рассматриваются как "угрожаемые" по хроническим неспецифическим заболеваниям легких (ХНЗЛ), т.е. как лица с состоянием повышенного риска, нуждающиеся в

первичной профилактики. Поэтому диспансерное наблюдение, разработка и проведение научно обоснованной программы реабилитации реконвалесцентов ОП имеют важное значение для предупреждения ХНЗЛ.

При диспансерном контроле больных, перенесших ОП, решающее значение придают обратному развитию клинической и рентгенологической симптоматики, нормализации картины крови, восстановлению функции внешнего дыхания. Меньше внимания уделяют состоянию чувствительности и реактивности бронхов. Данные литературы говорят о том, что у больных ОП в период выписки из стационара в 68—84% случаев выявляются нарушения бронхомоторного тонуса, связанные с дисфункцией холинергических и β -адренергических рецепторов бронхов (нарушения чувствительности и реактивности бронхов) [1,4]. В то же время известно, что повышенные чувствительность и реактивность бронхов являются одним из основных факторов, способствующих развитию бронхоспазма и, следовательно, переходу острого воспалительного процесса в легких в хронические формы [5,6].

Наши многолетние наблюдения (164 больных ОП), основанные на динамическом исследовании функционального состояния бронхорецепторного аппарата, показали, что у определенной части больных, перенесших ОП, в период реконвалесценции сохраняются нарушения бронхомоторного тонуса (изменения чувствительности и реактивности бронхов).

Исследование чувствительности и реактивности бронхов проводили с помощью ингаляционных проб с ацетилхолином и обзиданом по методике А.Г. Чучалина и соавт. (1981). За гиперчувствительность (ГЧ) бронхов принимали минимальную (пороговую) дозу бронхоконстриктора, которая приводила к снижению показателей бронхиальной проходимости на 20%, а гиперреактивность (ГР) оценивали по изменению показателей бронхиальной проходимости (на 35% и более) при ингаляции очередной (более высокой) дозы бронхоконстрикторного вещества [2,7]. На основании полученных данных строили кривые доза—ответ с последующим определением угла наклона, по величине которого судили о степени изменения реактивности бронхов.

Нарушения чувствительности рецепторного аппарата бронхов в основном сохранялись в течение 2—3 месяцев после выписки из стационара. Из 88 больных ОП, имевших измененную чувствительность бронхов при выписке из стационара, при исследовании через месяц бронхиальная чувствительность оставалась нарушенной у 51,1%, через 2 месяца — у 14,7%, через 3 месяца — у 9,1% и через 6 месяцев — у 2,2% больных. Нарушения реактивности бронхов при выписке из стационара были выявлены у 26 больных, причем они носили более стабильный характер. У всех этих больных изменения реактивности бронхов (хотя степень выраженности их сравнительно уменьшилась) были выявлены и при повторных контрольных исследованиях в течение одного, а у некоторых больных 2,5—3 лет наблюдения. Вместе с тем у больных ОП при наличии ГЧ и ГР бронхов был установлен более частый (в 2—2,5 раза) переход острого воспалительного процесса в легких в хронические формы по сравнению с больными ОП с нормальной функцией бронхорецепторного аппарата (контроль-

ную группу составили 70 больных, перенесших ОП с нормальными чувствительностью и реактивностью бронхов).

В то же время реконвалесценты с нарушенными чувствительностью и реактивностью бронхов, выписавшись из стационара, в большинстве случаев остаются вне внимания врачей. В результате им не проводят планомерной, патогенетически обоснованной коррекции нарушений регуляции бронхомоторного тонуса, что, в конечном счете, способствует более частому переходу ОП в хроническую. Все это заставило нас при организации диспансерного наблюдения за перенесшими ОП учитывать состояние чувствительности и реактивности бронхорецепторного аппарата — выделить реконвалесцентов ОП с ГЧ и ГР бронхов в отдельную группу и разработать для них специальную программу лечебно-профилактических мероприятий. Дифференцированный подход к тактике ведения подобных больных на постстационарном этапе приводит к нормализации или улучшению показателей чувствительности и реактивности бронхов, что, в свою очередь, снижает частоту развития ХНЗЛ.

Лечебно-профилактические мероприятия, направленные на восстановление (или улучшение) функции бронхорецепторного аппарата, мы проводили 47 больным, перенесшим ОП с нарушениями функции холинергических или бета-адренергических рецепторов бронхов. Из них у 31 отмечалась ГЧ и у 16 — ГР бронхов. 41 больной с ГЧ бронхов (из них у 14 имелась и ГР бронхов) служил контролем, т.е. им лечебно-профилактические мероприятия не проводились.

Программа обследования реконвалесцентов ОП с нарушением чувствительности и реактивности бронхов включала в себя следующие мероприятия:

- физикальное обследование;
- клинический анализ крови;
- исследование мокроты (при ее наличии) с учетом количества лейкоцитов и аллергических элементов (эозинофилы, кристаллы Шарко—Лейдена), бактериологическое и цитологическое исследования;

— исследование функции внешнего дыхания (ЖЕЛ, ОФВ₁, пневмотахометрия) и функции бронхорецепторного аппарата (ингаляционные тесты с ацетилхолином и обзиданом);

- рентгенологическое обследование;
- при необходимости бронхоскопия.

Контрольные исследования проводили через 1, 2, 3, 6, 12 месяцев, а у отдельных больных (при наличии изменений реактивности бронхов) — через 2—3 года.

Больным с сохранившимися нарушениями чувствительности и реактивности бронхов мы проводили повторные курсы лечения атровентом или беродуалом (по одной ингаляции 3 раза в день) через 1 и 3 месяца после выписки из стационара. Бронхолитик подбирали индивидуально в зависимости от дисфункции холинергической или бета-адренергической рецепции бронхов. Длительность курса лечения составила 10—14 дней.

Одновременно назначали физиотерапевтические процедуры (электрофорез гепарина, 10 000 ЕД, № 10), гипосенсибилизирующую терапию (глюконат кальция

Aeromed



Высокоэффективные, безопасные, экологически чистые немедикаментозные методы лечения бронхо-легочных заболеваний с использованием искусственных дыхательных сред:

А/О «АЭРОМЕД» ПРЕДЛАГАЕТ:

ГАЛОТЕРАПИЯ

— лечение в условиях моделирующей микроклимат соляных копей дыхательной среды, создаваемой в специально монтируемом **галокомплексе**. Эффективность метода — более 80%. Оригинальные запатентованные технические решения позволяют измерять и автоматически управлять основными параметрами микроклимата (температура, влажность, концентрация аэрозоля) в лечебном помещении, а также достигать высокой производительности по массовой концентрации высокодисперсного (размер частицы 1–5 мкм) аэрозоля. В комплект поставки кроме технических средств входят специальные психосуггестивные аудиовидеопрограммы, стереомагнитофон и диапроектор и релаксационные кресла. При монтаже создает солевое покрытие стен. Возможна поставка компьютерно-управляемого комплекса с набором программ для ведения галотерапии. Обучение врачей проводится высококвалифицированными врачами-пульмонологами на базе Санкт-Петербургского медицинского института им. акад. И. П. Павлова.

КАБИНЕТ АЭРОФИТОТЕРАПИИ

моделирующий природный воздушный фон над растениями, создаваемый специальным аэрофитогенератором путем подачи в лечебное помещение летучих компонентов эфирных масел.

А также другое медицинское оборудование и приборы:

**УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ПЕРЕНОСНОЙ ИНГАЛЯТОР «АРСА»,
ПЕРЕНОСНОЙ АППАРАТ ДЛЯ ИМПУЛЬСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ «МАГИСТР»,
ЛАЗЕРНЫЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ СТИМУЛЯТОР,
ПРИБОРЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ**
(измеритель массовой концентрации аэрозоля, цифровой радиоизотопный пылемер).

Наш адрес: 194100, Санкт-Петербург, Новолитовская ул., 15,
тел. (812) 531-02-61, (095) 117-33-04,
факс (812) 234-27-40

Анализ легочно-дыхательной системы – это важный инструмент обеспечения здоровья человека.



Загрязнение воздуха и другие вредные нарушения экологии по всему миру являются основными причинами возрастающего числа легочных заболеваний.

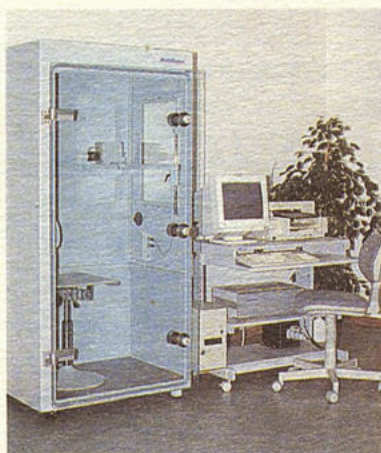
Ранний диагноз не только помогает избежать длительного лечения, но и приводит к значительному облегчению состояния здоровья пациента.

Наши сложные системы, работающие на микропроцессорном управлении, специально предназначены для осуществления высокоэффективной и результативной диагностики



"КУСТО ВИТ Р" – это компактная пульмоно-аналитическая система, предназначенная для СПИРОМЕТРИИ и ОСЦИЛЛЯТОРНОГО ЗАМЕРА СОПРОТИВЛЕНИЯ. Она также позволяет проводить ВНУТРИБРОНХИАЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ.

"ДжиИ-ПРОВОДЖЕТ Р" – это идеальная система для ИНГАЛЯЦИОННО-ПРОВОКАЦИОННЫХ тестов с четырьмя индивидуально программируемыми сериями провокационных тестов. Система имеет возможность расширять свои параметры до 30 тест-серий с использованием простой карточки памяти.



"ДжиИ-БОДИСКОП Р" – это устройство для замеров объема выдыхательного и вдыхательного потока, СПИРОМЕТРИИ, ЗАМЕРА СОПРОТИВЛЕНИЯ и других показателей. Система также имеет возможность подключения для определения диффузии CO_2 .

Для определения ДИФФУЗИИ CO_2 , ФОЕ, ДЫХАТЕЛЬНОГО ОБЪЕМА, ОБЩЕЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ только у нас Вы сможете приобрести систему "ДжиИ-АЛЬВЕОСКОП Р". Для СПИРОЭРГОМЕТРИИ мы рекомендуем "ЭРГОСКОП Р".

Несмотря на свою сложность и высокотехнологичность, все системы надежны и просты в обслуживании. Все эти системы производят фирмы "Кусто Мед" и "Гансхорн Электроникс" в Германии.



Для получения подробной информации обращайтесь в Московское представительство "ДМТ Доктор Данко Медицинтехник" по телефону или факсу: 095 954-88-26.

по 0,5 г 4 раза в день, антигистаминные препараты). В летний период после выписки из стационара назначали закаливающую климатотерапию (аэро-, гелиотерапия, водные процедуры), лечебную гимнастику, массаж грудной клетки. Проводилась активная санация очагов хронической инфекции. Всем реконвалесцентам было запрещено курение, а также работы, связанные с производственными аллергенами, пылевыми раздражителями, сквозняками и охлаждениями.

Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий позволило практически у 49% больных снизить или нормализовать измененную чувствительность бронхов. В контрольной группе положительный результат отмечался у 22% больных. Менее существенные изменения претерпело состояние реактивности бронхов — не было зарегистрировано нормализации показателей бронхиальной реактивности ни в одной группе больных. Тем не менее, в основной группе из 16 больных у 6 отмечалось снижение ГР бронхов (в контрольной группе снижение степени ее повышения определялось только у одного из 14 реконвалесцентов). Кроме того, в основной группе был отмечен и наибольший клинический эффект проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий. Переход острого воспалительного процесса в легких в хронический наблюдался у 8,5% больных, тогда как в контрольной группе — у 14,7%.

Все это свидетельствует о том, что исследование состояния чувствительности и реактивности бронхов является важным критерием в оценке функциональной реабилитации реконвалесцентов ОП и определяет показания для последующей диспансеризации их. Такой подход позволит улучшить качество диспансеризации реконвалесцентов ОП, сделает ее более целенаправленной, а также снизит частоту рецидивов заболевания и перехода в ХНЗЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Логунов О.В., Алексеев В.Г., Яковлев В.Н. // Тер. арх.— 1986.— № 4.— С.117—120.
2. Федосеев Г.Б., Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма.— Л., 1988.
3. Чучалин А.Г., Минкаилов К.-М.О., Пашкова Т.Л. Комплекс ингаляционных провокационных проб для выявления скрытой стадии нарушения бронхиальной проходимости: Метод. рекомендации.— М., 1981.
4. Шихнебиев Д.А. Зависимость течения и исходов острых пневмоний от состояния реактивности бронхов: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1991.
5. Cegla U.H. et al. // Atemwegs - Lungenkrankh.— 1984.— Bd 10, № 11.— S.584—586.
6. Herrmann H. // Prax. Klin. Pneumol.— 1983.— Bd 37, № 11.— S.670—672.
7. Orehek J. // Respiration.— 1984.— Suppl.1.— P.41.

Поступила 15.02.93

© КАРЗИЛОВ А.И., 1994

УДК 616.26-085.84

А.И.Карзилов

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ДИАФРАГМЫ НА ВОСПРИЯТИЕ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Сибирского медицинского университета

ESTIMATION OF THE DIAPHRAGM ELECTRIC STIMULATION INFLUENCE ON BREATH PERCEPTION IN PATIENTS AND HEALTHY PERSONS

A.I.Karsilov

Summary

The once-only and course use of transcutaneous diaphragm electric stimulation (ESD) caused the significant improvement of breath perception without intra pulmonary resistance changes in patients with chronic obstructive bronchitis (COB), bronchial asthma (BA), and in healthy persons. Berodual inhalations after ESD caused the further improvement of breath perception in patients with COB, BA, and in healthy persons due to its broncholytic effect. Using the original method, the breath effect of ESD was evaluated which was more durating in the examined subjects during both the once-only and course use of ESD. Due to psychologic restrictions noted in patients with COB and BA, it is more preferably for dispnoe level evaluation to use the visual analog scale than the Borg one.

Резюме

Разовое и курсовое применение чрескожной электростимуляции диафрагмы (ЭСД) вызывает значительное улучшение восприятия дыхания без изменения внутрилегочного сопротивления у больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), бронхиальной астмой (БА) и у здоровых. Ингаляции