

УДК 616.24—002.2:615.838

А. Г. ВОСКАНЯН

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ
В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГОРЬЯ (КУРОРТ ДИЛИЖАН)

Изучена динамика показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и клиника заболевания у больных хронической пневмонией в условиях среднегорья. Показана эффективность лечения на анализе положительной динамики показателей ФВД. Акцентируется факт стимуляции рефлекса нос—легкие и его первостепенность в лечении и реабилитации больных с патологией бронхолегочного аппарата.

Хроническая пневмония—хронический воспалительный процесс в паренхиме легкого, развивающийся вследствие неразрешившейся острой пневмонии. По данным О. В. Коровина (по [1]), исход острой пневмонии в хроническую составляет 2,3% в условиях специализированного и 5,4%—неспециализированного терапевтического отделения. По данным З. В. Булатова, хроническая пневмония составляет 8,8% от числа терапевтических больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), а по данным В. И. Тыщецкого—27,3% (по [3]). Из больных ХНЗЛ, поступивших в санаторий «Горная Армения» за 1976—78 гг., хронической пневмонией болело 15,3%.

Хроническая пневмония, являясь самостоятельной нозологической формой, находится в зависимости от состояния всех отделов аппарата внешнего дыхания, гемодинамики и иммуно-защитного состояния организма в целом.

Под нашим наблюдением находилось 24 больных хронической пневмонией в возрасте 26—67 лет (средний возраст 51 год), из коих было 23 мужчины и одна женщина. Больные были распределены на четыре группы. В I и II группы вошли больные до 49 лет, в III и IV—50 лет и старше. Больные I и III групп находились на лечении в осенне-зимнее, а II и IV—в весенне-летнее время года. Больные всех подгрупп получали примерно одинаковый комплекс лечения с учетом особенностей течения болезни и состояния системы дыхания и кровообращения. В первые 5—6 дней соблюдался щадящий режим, проводились параклинические обследования в целях уточнения диагноза и разработки плана лечения. Повторные обследования проводились на 10—12-й и 24—26-й дни лечения.

Морфологическим субстратом хронической пневмонии является воспалительно-склеротический процесс, ведущий к уменьшению объема, рубцовому сморщиванию пораженной части легкого. Об этом говорят пониженные величины жизненной емкости легких (ЖЕЛ) и резервного объема выдоха (РО выд.). Средние величины ЖЕЛ и РО выд. примерно равны в одинаковых возрастных группах, однако эти и другие показатели функции внешнего дыхания (ФВД) в группе больных 50 лет и старше значительно ниже показателей группы до 49 лет (табл. 1).

Таблица 1

Некоторые показатели средних величин ФВД у больных хронической пневмонией при поступлении в санаторий

Группа	п	ЖЕЛ, л	РО выд., мл	РО вд., мл	МОД, л	МВЛ, л	РВ, л
I и II	9	2426±285	653±147	1189±205	11,4±1,2	57,4±7,1	44,0±6,2
III и IV	15	1248±174	514±118	945±116	8,9±0,9	33,9±4,3	23,7±2,8

Таблица 2

Некоторые данные физикального обследования больных хронической пневмонией при поступлении в санаторий

Группа	п	Перкуссия легких						Аускультация легких			
		поле Кренинга, см		экскурия, см		перкуторный звук		хрипы			шум трения плевры
		справа	слева	справа	слева	притупленный	коробочный	сухие	влажные	крепитация	
I и II	9	5,2 2,2	4,9 3,0	6,6	6,9	7	5	6	3	5	2
III и IV	15	7,2 3,5	7,3 4,0	5,7	6,4	5	6	10	8	7	4

Примечание. В графе «поле Кренинга» в этой и табл. 4 в числителе указана ширина, а в знаменателе—высота вершечек легких.

При обследовании у большинства больных отмечались: влажность кожных покровов, гиперемия зева, затрудненное или нарушенное дыхание через нос. При физикальном обследовании получены характерные для хронической пневмонии изменения (табл. 2). Важными показателями хронической пневмонии и особенно ее обострения являются данные крови. У 20 из 24 больных СОЭ была ускорена, а у 18 наблюдался небольшой лейкоцитоз. Рентгенографически почти у всех больных отмечался пневмосклероз, а у 7—инфильтративные (очаговые) изменения в легочной паренхиме.

Учитывая, что затяжному течению воспалительного процесса в пораженных отделах легкого способствуют нарушения эвакуаторной функ-

ции бронхов, а также снижение иммунобиологических и защитных механизмов, мы широко назначали ингаляцию минеральной воды «Дилижан», усиливающую выделительную и двигательную функции слизистой ткани бронхов [2].

При активации воспалительного процесса в легких, на что указывали клинические показатели и сдвиги в лейкоформуле, назначались ингаляции коктейлей из антибиотиков, витаминов и антигистаминных препаратов на минеральной воде «Дилижан». Наряду с аэрозольтерапией проводилась дренажная гимнастика.

Таблица 3

Динамика некоторых величин ФВД в % к должным у больных хронической пневмонией при лечении на курорте Дилижан, М±т

Группа	п	Дни обследования	ЖЕЛ, % долж., в нор- ме 90—85	МВЛ, % долж., в нор- ме 85—75	ОФВ/ЖЕЛ, %, в норме 65—60	МВЛ/ЖЕЛ, в норме 25,0
I	3	2—3-й	57,6±7,1	70,0±8,6	66,3±6,9	25,4±4,5
		10—12-й	59,6±6,8	69,0±8,0	77,6±7,2	22,4±5,7
		24—25-й	66,6±6,9	74,2±8,2	77,6±7,7	24,6±4,7
II	6	2—3-й	56,8±7,0	43,3±6,0	64,6±6,3	19,2±3,5
		10—12-й	56,6±6,6	45,7±6,1	65,0±6,5	20,8±3,0
		24—25-й	59,6±6,2	50,6±5,9	64,2±6,7	19,9±3,1
III	4	2—3-й	44,2±5,9	47,7±5,8	72,5±7,1	19,9±3,4
		10—12-й	55,0±6,2	53,0±6,0	66,8±6,8	22,2±3,8
		24—25-й	57,2±6,4	58,0±5,8	77,0±7,3	24,6±3,7
IV	11	2—3-й	45,3±5,5	36,2±5,1	60,0±6,1	18,9±2,9
		10—12-й	48,9±5,7	37,5±4,8	60,1±5,9	17,7±3,2
		24—25-й	48,8±5,8	45,4±5,4	68,7±6,0	20,1±3,0

Примечание. МВЛ—максимальная вентиляция легких, ОФВ—объем форсированного выдоха за 1 секунду.

Как уже отмечали, у большинства больных выявлено нарушение дыхания через нос, которое способствует выпадению носо-легочного рефлекса. Наши наблюдения указывают на прямую зависимость эффективности лечения хронической пневмонии от функционального состояния слизистой носоглотки. Учитывая это, мы широко применяли методы физиотерапии и санации носоглотки, в том числе и промывания носовых ходов минеральной водой «Дилижан». Нам представляется, что эффект климатического лечения хронической пневмонии в условиях среднегорья заключается в стимуляции рефлекса нос—легкие.

Как видно из данных А. Г. Бобкова, рефлекс нос—легкие возобновляет и усиливает процесс острого воспаления в очаге хронического воспаления, а при правильной организации лечения процесс воспаления завершается фагоцитозом возбудителей, поврежденных клеток и тканей (по [3]). Обострение хронической пневмонии наступает, по нашим наблюдениям, на 5—7-й день пребывания на курорте. Это обострение выражается в подскоке температуры до 38—39°, ускорении СОЭ, лейкоцитозе со сдвигом влево лейкоформулы. В большинстве случаев про-

цесс обострения протекает по типу классической пневмонии и длится 11—13 дней с полным выздоровлением. Улучшение показателей физического обследования больных (табл. 4) подкреплялось положительной динамикой показателей ФВД (табл. 3).

Таблица 4

Динамика показателей перкуссии и аускультации легких у больных хронической пневмонией при лечении на курорте Дилижан

Группа	п	Дни обследования	Перкуссия легких						Аускультация легких			
			поле Кренинга, см		экскурсия, см		перкуторный звук, число		хрипы			шум трения плевры
			с права	слева	с права	слева	притупленный	коробочный	сухие	влажные	крепитация	
I	3	2—3-й	$\frac{4,5}{2,5}$	$\frac{3,8}{3,0}$	5,5	6,5	—	3	1	—	—	—
		10—12-й	$\frac{4,6}{3,0}$	$\frac{4,0}{3,0}$	6,0	6,0	1	3	1	1	1	1
		24—25-й	$\frac{4,6}{2,5}$	$\frac{4,0}{3,0}$	6,5	7,0	—	2	—	—	—	—
II	6	2—3-й	$\frac{5,8}{2,0}$	$\frac{6,0}{3,0}$	5,5	6,0	2	4	2	—	1	—
		10—12-й	$\frac{6,0}{2,5}$	$\frac{6,5}{3,0}$	7,5	8,0	3	2	—	2	—	—
		24—25-й	$\frac{6,0}{2,0}$	$\frac{6,0}{2,0}$	8,0	8,5	—	1	—	—	—	—
III	4	2—3-й	$\frac{8,0}{4,5}$	$\frac{8,0}{4,5}$	5,5	6,5	3	4	4	—	—	—
		10—12-й	$\frac{5,2}{2,5}$	$\frac{5,0}{3,0}$	4,7	4,0	2	2	—	3	1	1
		24—25-й	$\frac{5,8}{3,0}$	$\frac{6,0}{3,0}$	5,3	5,8	1	—	—	—	—	—
IV	11	2—3-й	$\frac{6,0}{4,0}$	$\frac{6,7}{3,0}$	5,5	6,5	5	5	9	8	2	1
		10—12-й	$\frac{7,0}{4,0}$	$\frac{6,3}{3,0}$	6,0	6,0	1	2	2	4	1	—
		24—25-й	$\frac{6,3}{3,0}$	$\frac{6,0}{3,0}$	6,5	7,0	1	3	2	2	—	—

Преформированные физические факторы, токи УВЧ, диатермия, электрофорез, УФ лучи, ингаляция кислорода, кислородные коктейли из отваров и настоев лечебных трав (липовый цвет, чабрец и др.), аэрозольтерапия, лечебная гимнастика дополняют природные факторы

курорта «Дилижан», составляя комплекс санаторно-климатического лечения хронической пневмонии.

Таким образом, проведенное лечение больных хронической пневмонией в условиях среднегорья независимо от возраста весьма эффективно, особенно в осенне-зимний период.

IV Главное управление при
МЗ Армянской ССР

Поступила 12/XII 1979 г.

Ա. Հ. ՈՍԿԱՆՅԱՆ

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԹՈՔԱՐՈՐԲԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՄԻՋԻՆ
ԼԵՌՆԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ (ԴԵՐՄՈՒԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՎԱՅՐ),

Խրոնիկական թոքաբորբով տառապող հիվանդների մոտ Դիլիջանի պայմաններում (ծովի մակ. 1255—1511 մ. բարձր.) կլինիկական և գործիքային քննության մեթոդներով ուսումնասիրվել է արտաքին շնչառական ֆունկցիայի (ՄՇՖ) ցուցանիշների դինամիկան և հիվանդության կլինիկան:

Արտաքին շնչառական ֆունկցիայի ցուցանիշների մեծամասնության դրական դինամիկայի վերլուծությամբ ցույց է տրված՝ այդ հիվանդների բուժման արդյունավետությունը սանատոր-կլիմայական կոմպլեքսային բուժմամբ: Բուժման առավել բարձր արդյունավետություն նկատվել է աշնան և ձմռան ամիսներին:

Հոգվածում շեշտվում է քիթ-թոքերի ռեֆլեքսի խթանման կարևորությունը թոքերի և բրոնխների պաթոլոգիայով հիվանդների բուժման և վերականգնման խնդրում, որը ունի կարևոր տեսական նշանակություն պոլմոնոլոգի պրակտիկ գործունեության մեջ:

A. H. VOSKANIAN

THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF PNEUMONIA IN MODERATE MOUNTAINOUS CONDITIONS (DJERMOUK RESORT)

The dynamics of the indices of the external respiration function and the clinical picture of the disease have been studied in patients with chronic pneumonia under conditions of the moderate mountainous climate.

The effectiveness of the treatment of these patients is shown by the analysis of the positive dynamics of the indices. The fact of the importance of the nose-lung reflex stimulation in the treatment and rehabilitation of the patients with bronchial-pulmonary system pathology is stressed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кокосов А. Н. Основы пульмонологии. М., 1976.
2. Меликян Р. Г. Дисс. канд. Ереван, 1965.
3. Путов Н. В., Федосеев Г. Б. Руководство по пульмонологии. М., 1978.