

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

Summary

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 dispenserization during the year.

Резюме

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

астеновегетативных нарушений у реконвалесцентов — показание для гальванического воротника, электросна и электроаналгезии, водолечения. Основным местом реабилитации реконвалесцентов острой пневмонии является поликлиника (отделение восстановительной терапии). Затяжное и осложненное течение острой пневмонии создает показание к санаторной реабилитации как на местных, так и на климатических курортах с последующей диспансеризацией в течение года.

Реабилитационное направление быстро и успешно внедряется во все новые клинические дисциплины. Велики успехи этого направления и в пульмонологии, в том числе в восстановительном лечении больных острой пневмонией (ОП), где методы реабилитации особенно необходимы, учитывая большую распространенность ОП и ущерб, который она наносит народному хозяйству. Между тем резервы развития медицинской реабилитации ОП еще очень велики. Восстановительное лечение больных ОП на практике фактически обрывается с момента выписки их из стационара, хотя биологическое выздоровление, как это доказано, затягивается на полгода — год, а по действующим нормативам диспансерное наблюдение за перенесшими ОП должно продолжаться до полугода. Для тех же больных ОП, которые не попадают в больницу, реабилитация и не начинается вовсе.

Тем более недостаточное внимание уделяется применению физических методов в реабилитации больных после ОП, хотя научные разработки данной проблемы ведутся. Наряду с изучением вопросов профилактики ОП, лечения в дебюте и разгаре болезни, все большее внимание уделяется лечению в ее заключительной фазе с его реабилитационной направленностью [1—6, 13, 19, 20, 21, 23]. По-видимому, плохая подготовка терапевтов по физиотерапии и недостаток их осведомленности об ее возможностях являются одной из причин недостаточного использования физиотерапевтических факторов в восстановительном лечении ОП. А ведь еще Г.А. Захарьин, протестуя против односторонности лекарственного лечения, призывал сочетать его с бальнео-, климато-, электротерапией и другими “специальными терапиями”, которые каждый врач должен знать и уметь применять так же хорошо, как и аптечные средства [8]. Интерес терапевтов к немедикаментозным методам растет. И все же, безусловно, прав Е.И. Чазов (1985), утверждая, что уровень их использования не соответствует их возможностям. “Создается впечатление, — пишет он, — что не только ведущие специалисты, но и практические врачи скептически относятся к ним, недостаточно знакомы с показаниями и противопоказаниями к их назначению. Сегодня речь идет о пересмотре в целом нашего отношения к методам немедикаментозной терапии, о серьезном их изучении, о самом широком их использовании” [22]. Это вполне относится и к острым пневмониям.

Говоря об актуальных проблемах пульмонологии, А.Г. Чучалин (1991) подчеркивает, что большое распространение получают немедикаментозные программы в пульмонологии [23].

Необходимость оптимизации реабилитационного процесса больных после ОП, в том числе применения методов физиотерапии, побудила нас представить свои соображения по этому предмету, основанные на

анализе литературы и собственного опыта — кафедры медицинской реабилитации Военно-медицинского факультета при РМА ПО совместно с врачами-пульмонологами ряда военных санаториев, имеющих реабилитационные пульмонологические отделения, с пульмонологами ряда центральных военных госпиталей, один из которых специализирован как крупный многопрофильный реабилитационный центр [9—12, 14, 15, 24—28].

Реабилитация — этапный процесс. Различие задач восстановительного лечения по периодам ОП вызывает необходимость прохождения больным ряда последовательных преемственных этапов, каждый из которых, опираясь на свои возможности, решает свойственные ему частные задачи в достижении общей цели реабилитационного процесса.

Среди схем периодизации ОП нам представляется наиболее удачной с точки зрения задач восстановительного лечения схема К.Г. Никулина (1977), выделяющего следующие периоды (этапы): 1-й — бактериальной агрессии, 2-й — клинической стабилизации, 3-й — морфологического восстановления, 4-й — функционального восстановления [16]. Лечение больного в 1 и 2-м периодах должно осуществляться на стационарном этапе (в относительно легких случаях это может быть стационар на дому), в 3-м периоде лечение продолжается в больнице, при возможности в ее реабилитационном отделении, в 4-м периоде — в поликлинике, пригородном реабилитационном центре (санаторий—профилакторий), а при затяжном, тяжелом или осложненном течении — в реабилитационном отделении климатотерапевтического санатория.

Последовательность прохождения этапов реабилитации и продолжительность лечения на каждом из них зависят от особенностей течения ОП. Вариантами последовательности могут быть: стационар—реабилитационный центр—поликлиника, или стационар—реабилитационный центр—санаторий—поликлиника, или стационар—поликлиника. При этом центральное значение имеет диспансерно-поликлинический этап. Важным условием деятельности этапной системы реабилитации является единство понимания патогенеза заболевания и принципов его лечения на всех этапах. Оказание специализированной пульмонологической помощи опирается на профессиональную квалификацию персонала этапов, их оборудование и оснащение (климатотерапевтические сооружения в санаториях, залы и площадки для лечебной физкультуры, плавательные бассейны, сауны, современная физиотерапевтическая аппаратура, ингаляторы). Перспективным следует считать создание респираторных центров [7], реабилитационных блоков [21], блоков галотерапии [6] и др.

Одной из трудностей применения физиотерапии в лечении больных ОП является неопределенность пок-

азаний к назначению тех или иных ее методов в различные периоды течения заболевания. Обычно показания строятся по нозологическому принципу, что создает условия для шаблона, так как нивелирует индивидуальные особенности. В комплексной медицинской реабилитации больных ОП лекарственная нозологическая — этиотропная — терапия сочетается с немедикаментозными, в том числе физиотерапевтическими, методами, основанными на патогенетическом воздействии. Поскольку средства физиотерапии ориентированы на те или иные звенья патогенеза и особенности патогенеза отражаются синдромами, постольку оптимальный выбор их в лечении ОП должен вытекать из синдромного анализа клинической картины ОП по периодам ее течения, другими словами, нозологический подход должен сочетаться с синдромно-патогенетическим [9].

Основным условием немедикаментозной терапии является необходимость соотношения различных физиотерапевтических эффектов с фармакологическими. Существуют физические факторы, специфическое влияние которых отличается от медикаментозного и дополняет его. Так, гальванический ток (ГТ) активирует внутриклеточную регенерацию, что не может быть обеспечено медикаментами. Другие факторы способны потенцировать действие медикаментов, в частности антибиотиков, противовоспалительных средств. ГТ тормозит развитие воспалительного процесса. Ультрафиолетовое облучение (УФО) усиливает репаративный эффект неробола. Наиболее многочисленная группа факторов обеспечивает заместительную немедикаментозную терапию. Низкочастотное магнитное поле (НМП) действует подобно нестероидным противовоспалительным препаратам. Своеобразное профилактическое (первичное и вторичное) действие при воспалительных заболеваниях легких оказывает ультразвук (УЗ), тогда как его терапевтическое действие выражено относительно слабо. Поэтому короткий курс УЗ-терапии должен быть завершающим в лечении ОП [27].

Экспериментальное сравнительное исследование действия ряда физических факторов позволило установить их способность:

- тормозить воспаление (ГТ, УФО, НМП, электрическое поле УВЧ;
- активизировать репарацию (ГТ, УФО, гелий-неоновый лазер — ГНЛ);
- потенцировать действие антибиотиков (ГТ, отчасти НМП, ГНЛ);
- избирательно активизировать тканевую реституцию (ГТ) [28].

Основным для 1-го периода ОП (бактериальной агрессии) является синдром формирующегося воспалительного уплотнения паренхимы легкого [2]. Наряду с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией, при этом применяются физиотерапевтические методы, прежде всего аэрозольная ингаляционная терапия, которая направлена на санацию бронхов, способствует восстановлению их проходимости (удаление мокроты, ликвидация бронхоспазма и отека слизистой), а также оказывает местное противо-

воспалительное, антибактериальное, кровоостанавливающее, муколитическое, регенеративное и десенсибилизирующее действие. Она важна не только как носитель лекарственного средства, но и как самостоятельный физический фактор, в частности увлажняющий бронхи и способствующий их дренированию [18]. Аэрозоль антибактериального препарата ингалируется после бронхолитических, а затем — муколитических препаратов. При аллергических, в том числе бронхоспастических реакциях, используются аэрозоли антигистаминных препаратов. Применение ультразвуковых ингаляторов обеспечивает высокую дисперсность аэрозолей (до 5 мкм), их стабильность и проникающую способность. Электроаэрозольная терапия, придавая отрицательный заряд аэрозольным частицам, повышает их бронхомоторное действие. Высокие концентрации аэрозолей раздражают слизистую бронхов. Введение низкоконтрированных аэрозолей при увеличении продолжительности ингаляции обеспечивает щажение бронхов и достаточный санационный эффект.

Одним из наиболее тяжелых осложнений 1-го периода ОП является респираторный дистресс-синдром взрослых. Интенсивная терапия этого состояния дополняется ингаляционной гепарин-фибринолизин-терапией, которая благоприятно влияет на нарушение внутрилегочной микроциркуляции, связанной с внутрисосудистым свертыванием.

Ингаляции антикоагулянтов назначаются в фазе гиперкоагуляции ДВС-синдрома. При этом нужно учитывать, что гепарин является ингибитором лизоцима — естественного фактора противовоспалительной защиты.

Существенное задерживающее влияние на формирующийся воспалительный процесс может оказать наружное лазерное облучение в связи с тем, что специфическая акцепция лучей ГНЛ каталазой придает ему свойства физического антиоксиданта.

2-й период ОП (клинической стабилизации) сопровождается синдромом выраженного воспалительного уплотнения паренхимы легкого [2], формирование которого к этому времени завершается. В этом периоде, проходящем в условиях стационара, продолжается антибактериальная терапия, усиливаются противоинфекционная защита и иммунитет, проводится противовоспалительная медикаментозная и физиотерапевтическая терапия. Больным назначают электрическое поле ультравысокой частоты (э.п. УВЧ), которое усиливает микроциркуляцию в очаге воспаления, уменьшает экссудацию, отечность тканей, усиливает фагоцитоз, бактерицидное действие антибиотиков, способствует их проникновению в очаг воспаления. При центральных и прикорневых пневмониях предпочтительнее применять метод индуктотермии в тепловых или слаботепловых дозах. При поверхностном, субплевральном расположении очага наиболее эффективна микроволновая терапия дециметрового (ДМВ) или сантиметрового (СМВ) диапазона. С целью улучшения бронхиальной проходимости и проведения эффективной эндобронхиальной санации электропроцедуры дополняют виб-

рационным массажем и ингаляциями ацетилцистеина, бисольвона, щелочной минеральной воды типа боржом и витамина С. Разработанный сотрудниками Ялтинского НИИ им. И.М.Сеченова метод комбинированного применения лекарственных веществ и ГТ, т.н. внутритканевой (или внутриорганный) электрофорез (ВЭФ), позволяет повысить концентрацию лекарственного препарата в очаге поражения, улучшить состояние сурфактантной системы легких. По этому методу вслед за ингаляцией антибактериального аэрозоля производится поперечная гальванизация зоны поражения легкого. Метод сочетает антибактериальное действие лекарства с противовоспалительным эффектом ГТ.

В последние годы при большой вероятности осложненного течения ОП во 2-м периоде заболевания (абсцедирование) успешно применяется метод аутотрансфузии ультрафиолетом облученной крови (АУФОК) с помощью аппаратов типа "Изольда". Метод способствует активизации функции фагоцитов, стимуляции клеточного иммунитета, нормализации перекисного окисления липидов, является средством биофизической стимуляции, а также вызывает повышение чувствительности патогенной микрофлоры к антибиотикам [17].

Лазерная терапия в лечении больных ОП во 2-м периоде используется в трех видах: наружное (накожное), внутривенное и эндобронхиальное облучение, а также в виде сочетания различных способов воздействия. Применение лазеротерапии при ОП сопровождается выраженным положительным влиянием на внутрисосудистые факторы микроциркуляции, на процессы перекисного окисления липидов, вызывает иммуномодулирующий эффект [20].

Стойкая (в течение 3—5 дней) нормализация температуры тела свидетельствует о завершении бактериальной агрессии и переходе ОП в ее 3-й период — морфологического восстановления. Синдром рассасывающегося воспалительного уплотнения характерен для этого периода, а основным содержанием лечения становится противовоспалительная (рассасывающая) терапия. Сохраняющееся повышение СОЭ, так же как и наличие нерассосавшегося воспалительного инфильтрата, не должны влиять на тактику врача в отношении сроков отмены антибиотиков. По завершении 2-го периода и отмены антибиотиков, по рекомендации Ю.Н.Штейнгардта (1991), больные могут быть переведены на ранний санаторный этап реабилитации в отделение восстановительного лечения местного санатория для продолжения лечения с использованием патогенетически обоснованного комплекса — аппликация торфяной или иловой грязи на грудную клетку и вибрационный массаж [1].

В периоде морфологического восстановления, который начинается после устойчивого снижения температуры тела и продолжается до полного рассасывания инфильтрата, длится интенсивная противовоспалительная терапия с применением эндогенных источников тепла: микроволновая терапия, индуктотермия, а также гальванизация, обладающая наиболее ак-

тивным противовоспалительным действием. Курс лечения завершается 6—8 процедурами УЗТ.

Больным с затяжным и осложненным течением ОП с остаточными явлениями нерассосавшегося воспалительного процесса с образованием локального фиброза назначают повторные курсы облучения грудной клетки лампой Соллюкс, аэрозольных ингаляций бронхолитиков и настоев лекарственных трав (багульник, мать-и-мачеха, ромашка и др.), электрофореза с гидрокортизоном, воздействия СМВ и э.п. УВЧ. У больных с затяжной ОП индуктотермия или ДМВ-терапия назначаются как на грудную клетку, так и на область надпочечников с целью стимуляции их глюкокортикоидной функции и усиления противовоспалительного и десенсибилизирующего эффекта. Аппликация озокерита торфа и парафина, круговые озокеритовые обертывания способствуют скорейшему рассасыванию инфильтрата [1].

Помимо перечисленных методов физиотерапии в периоде клинической стабилизации рекомендуют дыхательную гимнастику, занятия на тренажерах дыхания с регулируемым сопротивлением на выдохе (типа РИД-2) и массаж, в том числе баночный, которые включают в лечебный комплекс через 2—3 дня после нормализации температуры тела, что позволяет сократить сроки лечения в стационаре.

Реабилитация больного ОП в периоде морфологического восстановления, начатая в реабилитационном центре (отделении) или санатории—профилактории, продолжается в отделении восстановительного лечения поликлиники. Там же проводится медицинская реабилитация больных в 4-м (функционально-восстановительном) периоде. Период морфологического восстановления, переходящий в период функционального восстановления, составляет фазу реконвалесценции ОП, которая может проявляться клинически полным выздоровлением или синдромами остаточных явлений нерассосавшегося воспалительного процесса с образованием локального фиброза, остаточных явлений функционального характера (обструктивными нарушениями функции внешнего дыхания) или, наконец, постпневмоническим астеновегетативным состоянием.

Неоднородность состояния больных ОП в фазе реконвалесценции требует применения дифференцированных реабилитационных программ, в том числе и с включением физиотерапии. При полном клиническом выздоровлении реконвалесценты ОП нуждаются в плановом динамическом наблюдении, закаливании, включении в занятия лечебной физкультурой под наблюдением врача. Им может быть рекомендовано применение адаптогенов (элеутерококк, настойка женьшеня и др.).

Синдром персистенции остаточных явлений неполностью рассосавшегося инфильтрата с возможным формированием локального фиброза соответствует клинике затяжной пневмонии и является показанием для применения противовоспалительной и рассасывающей терапии, которые подробнее были рассмотрены выше.

Реконвалесцентам ОП с остаточными явлениями функционального характера (обструктивными нарушениями ФВД), замедленным восстановлением ФВД и бронхиальной проходимости показаны дыхательная гимнастика с постепенным наращиванием интенсивности общеукрепляющих упражнений, резистивный тренинг с помощью специальных тренажеров, создающих регулируемое сопротивление выдоху и вдоху [24]. В борьбе с обструкцией в процессе занятий ЛГ целесообразны упражнения на удлинение выдоха, звуковая гимнастика, выдох через сжатые губы, через трубку, опущенную в воду, надувание резиновых игрушек, мячей. Назначаются также массаж грудной клетки, тепловлажные ингаляции с бронхолитиками, ультразвук на грудную клетку повторными курсами, фонофорез эуфиллина, гидротермические обертывания, озокеритовые и грязевые аппликации на грудную клетку.

Осложнение периода реконвалесценции ОП комплексом астеновегетативных нарушений требует назначения адаптогенов, биостимуляторов (алоэ, ФИБС), витаминов, транквилизаторов. Положительный эффект оказывает гальванический воротник по Щербаку с кальцием, электросон, водолечение, общетренирующая ЛФК. Проводятся рациональная психотерапия, а также аутотренинг, иглорефлексотерапия. Лица этой группы нуждаются в наблюдении с участием невропатолога. Нередко у больных с астено-невротическим синдромом бывает длительный субфебрилитет вследствие нарушения терморегуляции. Необходимо учесть, что назначение антибиотиков этой группе больных, что до сих пор еще имеет место, несмотря на отрицательную амидопириновую пробу и нормальные показатели крови, недопустимо.

Период функционального восстановления после ОП проходит, как правило, на диспансерно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации. Главная цель этого этапа состоит в предупреждении воспаления бронхов и легких, обеспечении максимально полной морфологической и функциональной реституции органов дыхания, полноты биологического выздоровления. Планирование конкретных мероприятий восстановительной терапии определяется особенностями клиники и патогенеза перенесенной ОП и периода реконвалесценции после нее. Необходимо учитывать наличие и характер фоновых заболеваний (очаги хронической инфекции, хронические бронхолегочные заболевания), особенности течения перенесенной ОП (ее тяжесть, затяжной характер, абсцедирование, наличие и характер осложнений), определить полноту клинико-функционально-рентгенологического восстановления, учесть наличие и характер остаточных изменений.

Посиндромная сводка методов физиотерапии в реабилитации больных ОП представлена в таблице.

Особое внимание необходимо уделить показаниям к направлению больных ОП на те или иные этапы медицинской реабилитации.

При полном выздоровлении после ОП реконвалесцентам показано динамическое наблюдение в течение 12 месяцев в условиях поликлиники и различные формы организованного отдыха. Показанием к переводу в реабилитационный центр или отделение восстановительного лечения местного санатория служит позитивное течение заболевания при обширном распространении воспалительного процесса, тяжелое или затяжное течение ОП, наличие сопутствующего (фонового) хронического бронхита, особенно обстр-

Т а б л и ц а

Методы физиотерапии в комплексной медицинской реабилитации больных ОП

Период ОП	Синдромы ОП	Этапы реабилитации	Методы физиотерапии
Бактериальной агрессии	Формирующегося воспалительного уплотнения паренхимы легкого	Стационарный	Аэрозольная ингаляционная терапия (ультразвуковая, электроаэрозольная) антибиотиков, фитопрепаратов, бронхолитиков, десенсибилизирующих препаратов. Наружное лазерное облучение. Э.п. УВЧ.
	Респираторный дистресс-синдром взрослых	—	Ингаляции аэрозолей антикоагулянтов (гепарина, фибринолизина), кортикостерондов
Клинической стабилизации	Воспалительного уплотнения паренхимы легкого	—	Ингаляции муколитиков, витаминов, щелочные. Внутриорганный электрофорез антибиотиков, ГТ, э.п. УВЧ, индуктотермия, микроволновая терапия, вибрационный массаж
	Абсцедирования легких	—	Э.п. УВЧ, АУФОК, лазерное облучение (наружное, внутрисосудистое, внутрибронхиальное)
Морфологического восстановления	Рассасывания инфильтрата	Стационарный, диспансерно-поликлинический	Ингаляции аэрозолей бронхолитиков, фитопрепаратов, микроволновая терапия, аппликации торфяной или иловой грязи на грудную клетку, вибрационный массаж, ГТ, УЗТ
Функционального восстановления	Остаточных явлений воспалительного процесса	—	Те же методы противовоспалительной терапии
	Бронхиальной обструкции	—	Тепловлажные ингаляции с бронхолитиками, УЗТ, дыхательная гимнастика, резистивный дыхательный тренинг, массаж грудной клетки, фонофорез с эуфиллином, местно-тепловые процедуры
	Остаточных астеновегетативных нарушений	—	Адаптогены, биостимуляторы, гальванический воротник, электросон, электроанальгезия, водолечение, углекислые, радоновые ванны, души, аутотренинг, иглорефлексотерапия

уктивного, в фазе обострения, выраженная сопутствующая сердечно-сосудистая патология, пожилой возраст пациента. Непосредственная послебольничная реабилитация завершается на диспансерно-поликлиническом этапе. В другом варианте, когда после выписки из стационара реконвалесценты ОП переводятся для диспансерного наблюдения в поликлинику, также возможно проведение реабилитационных мероприятий во время традиционного санаторно-курортного лечения на местном или климатическом курорте. Для перенесших затяжные ОП или имеющих остаточные воспалительные изменения в легких и бронхах рекомендуются курорты с мягким шадящим климатом. При развитии астенического состояния, вегетодистонии показано направление на горно-климатические курорты, местные курорты средней полосы. Из методов климатотерапии применяются аэротерапия с осторожным наращиванием холодовой нагрузки, гелиотерапия от -5—10 до 30 кал/см². Купание разрешается при температуре воды в водоеме не ниже 20°C и ЭЭТ — 18°C по слабой холодовой нагрузке. Во время санаторно-курортного лечения по показаниям возможно применение всего спектра физиотерапии, назначают морские, минеральные ванны, широко применяют ЛФК, дозированную лечебную ходьбу, ближний туризм, спортивные игры [11].

В домашних и диспансерно-поликлинических условиях в ходе динамического наблюдения в течение одного года и более показано осторожное, контролируемое врачом закаливание организма (утренняя гимнастика, прогулки, водные процедуры, спортивные игры), необходимы прекращение курения и санация очагов инфекции (хронические фарингиты, тонзиллиты, синуситы).

Таким образом, комплексная этапная система этиопатогенетической медицинской реабилитации больных ОП включает широкое применение физиотерапии как высокоэффективного обоснованного средства лечения, позволяющего активно влиять как на отдельные звенья патогенеза, так и на течение патологического процесса в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева Т.С., Штейнгардт Ю.Н., Зарипова Т.И. Двухэтапное лечение острых пневмоний. — Томск, 1991.
2. Ардагатский Н.А. Материалы для программированного обучения по терапии. Ч.2. Пульмонология. — Саратов, 1972.
3. Бенцианов А.Д. Электрическая стимуляция дыхания: (Медикотехнические, методологические, патофизиологические и клинические аспекты): Дис. ... д-ра мед.наук. — М., 1987.
4. Богданов Н.Н., Бокша В.Г. Немедикаментозная терапия легочных и сердечно-сосудистых заболеваний // Тер. арх. — 1985. — № 10. — С.23—27.
5. Боголюбов В.М. Физические факторы в реабилитации больных затяжными пневмониями // Там же. — 1979. — № 2. — С.70—73.
6. Горбенко П.П. Раннее выявление и принципы профилактики хронических неспецифических заболеваний легких: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. — Киев, 1991.
7. Жилин Ю.Н., Колесников В.И., Лихачева Р.Я. и др. Амбулаторная респираторная терапия больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких с дыхательной недостаточностью // Пульмонология. — 1992. — № 3. — С.29—35.
8. Захарьин Г.А. Клинические лекции. — М., 1910.
9. Клячкин Л.М. Современная физиотерапия в практике интерниста // Клин. мед. — 1987. — № 11. — С.73—78.
10. Клячкин Л.М. Острая пневмония // Медицинская реабилитация в лечебных учреждениях Советской армии и Военно-морского флота. — М., 1990. — Ч.1. — С.159—169.
11. Клячкин Л.М. Санаторно-курортное лечение больных неспецифическими заболеваниями легких // Курорты / Под ред. П.Г.Царфиса. — М.: Профиздат, 1991. — С.302—306.
12. Клячкин Л.М. Принципы реабилитации больных бронхолегочными заболеваниями // Клин. мед. — 1992. — № 2. — С.105—109.
13. Курортология и физиотерапия / Под ред. В.М.Боголюбова. — М., 1984. — Т.2. — С.77—84.
14. Манакова Е.Ю. Роль чрескожной электростимуляции диафрагмальной мышцы в комплексном лечении дыхательной недостаточности при неспецифических заболеваниях легких: Дис. ... канд.мед.наук. — М., 1987.
15. Медников Б.Л., Клячкин Л.М., Аникиеева О.В. Респираторный дистресс-синдром при первичной пневмонии у лиц молодого возраста // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й. — СПб., 1992. — № 551.
16. Никулин К.Г. Лечение острых пневмоний на различных этапах болезни // Тер. арх. — 1977. — № 1. — С.70—75.
17. Новгородцев А.Д., Иванов Е.М. Ультрафиолетовое облучение крови как метод неспецифической терапии острой пневмонии // Воен.-мед. журн. — 1992. — № 12. — С.38—39.
18. Пилипчук Н.С., Клячкин Л.М., Процюк Р.Г. О механизмах лечебного и повреждающего действия ингаляционной аэроэлитерапии // Вопр. курортол. — 1989. — № 1. — С.21—24.
19. Сильвестров В.П. Клиника и лечение затяжной пневмонии. — Л., 1986.
20. Стрельцова Т.В., Федорова Т.А., Громова Е.Н., Аноничев Н.А. Лазеротерапия острых пневмоний // Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания, 1-й. — Киев, 1990. — № 389.
21. Хадарцев А.А. Лечебно-реабилитационный блок дневных стационаров // Пульмонология. — 1991. — № 4. — С.23—26.
22. Чазов Е.И. Немедикаментозная терапия // Тер. арх. — 1985. — № 10. — С.3—6.
23. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии // Пульмонология. — 1991. — № 1. — С.6—8.
24. Щегольков А.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца с сопутствующей бронхолегочной патологией в условиях санатория: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. — Л., 1990.
25. Щегольков А.М., Клячкин Л.М., Яковлев В.Н. и др. Применение физических факторов в реабилитации больных острой пневмонией // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 3-й. — СПб., 1992. — № 908.
26. Яковлев В.Н. Диагностика и лечение бронхообтурационного синдрома при острой пневмонии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. — М., 1985.
27. Яценко Л.В., Клячкин Л.М., Бокша В.Г. и др. Перспектива теоретического и практического развития физиотерапии // Бюл. Сиб. отд. АМН СССР. — 1988. — № 4. — С.5—8.
28. Яценко Л.В., Клячкин Л.М., Гах Л.М. и др. Экспериментальные данные к обоснованию использования физических факторов в немедикаментозной терапии воспалительных заболеваний легких // Немедикаментозные методы в лечении и реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких. — Л., 1989. — С.7—10.

Поступила 17.11.93