

М.І. Дземан

Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця

САНАТОРНО- КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ (частина 1)

Резюме

У статті з позицій сьогодення розглянуто проблему санаторно-курортного лікування пульмонологічних хворих.

Ключові слова

Санаторно-курортне лікування, пульмонологічні хворі.

Однією з традицій вітчизняної клінічної школи є широке застосування в лікувальному процесі немедикаментозних методів. Суть дії основних факторів немедикаментозної терапії зводиться до формування пристосувально-компенсаторних реакцій організму які сприяють саногенезу. Утвердженню цієї традиції у вітчизняній клінічній школі сприяли плідна інтеграція в історичному вимірі здобутків народної медицини сусідніх народів Європи та Азії на наших теренах, вигідне географічне положення України, її багатий на сприятливі кліматичні та бальнеотерапевтичні фактори ресурс. Науково обґрунтований розвиток курортології в нашій країні був започаткований одним із засновників української терапевтичної школи академіком Ф.Г. Яновським. Власне, за його ініціативи у 1927 році була створена комісія при Всеукраїнській Академії Наук (ВУАН) по вивченню курортів і впровадженню в практичну медицину санаторно-курортного лікування. Відстоюючи необхідність здійснення наукових досліджень в цьому напрямі Феофіл Гаврилович опирався на набутий ним до того часу власний неоціненний науковий і практичний клінічний досвід. Як відомо, одним із основних наукових пріоритетів академіка була бактеріологія. У далекому 1891 році приват-доцент Ф.Г. Яновський розпочав свою викладацьку роботу в Київському університеті Святого Володимира із виголошення вступної лекції на тему: «Значення бактеріології в діагностиці й терапії внутрішніх хвороб». Вона тут же отримала особливі схвальні відгуки й була надрукована в університетському журналі. Він студіював бактеріологію в Берліні, в Інституті Роберта Коха, та в Парижі, в Інституті Луї Пастера, неодноразово запрошувався і брав участь у спільних науково-практичних дослідженнях із

мікробіології та епідеміології з одеськими науковцями. На той час медичний факультет Одеського університету завдяки дослідженням Іллі Мечникова та Данила Заболотного вже став потужним осередком профілактичної й терапевтичної медицини, пріоритетним напрямом діяльності якого була епідеміологія та клініка інфекційних захворювань. В Одеському університеті Ф.Г. Яновський був обраний професором кафедри терапевтичної госпітальної клініки і керував нею із 1901 по 1904 рік. Під час реформування медичного факультету Київського університету Святого Володимира у 1920-21 роках він здійснював керівництво терапевтичною клінікою Кримського університету. Клінічний досвід Феофіла Гавриловича з одного боку засвідчив про наслідну необхідність тривалої реабілітації пацієнтів із соматичними захворюваннями ініційованими інфекційними агентами, а з іншого – про унікальні можливості кліматичних факторів у здійсненні її. Цей напрямок комплексної терапії патології внутрішніх органів знайшов своє плідне продовження й у науково-дослідній роботі академічної школи його учня – академіка В.М. Іванова. З 1962 по 1972 рік терапевтична клініка імені академіка В.М. Іванова керувала науковою роботою курортів України. Керівник клініки професор, заслужений діяч науки Анатолій Петрович Пелешук багато років був Головою наукової курортної комісії при Раді по управлінню курортами профспілок України. Власне ця науково-курортна комісія була методичним центром, що здійснював координацію наукової роботи на курортах України. Очолюваний Анатолієм Петровичем колектив кафедри вніс вагомий внесок у розробку алгоритму санаторно-курортного лікування захворювань органів травлення та нирок,

здійснив упровадження адекватних підходів їх застосування в пацієнтів похилого та старечого віку. Упродовж багатьох років співробітники школи професора А.П. Пелешука безпосередньо займалися організацією лікувального процесу на Миргородському курорті. Результати цих наукових досліджень підсумовано в колективній монографії «Санаторное лечение хронического гастрита и язвенной болезни» (1979). Вдячні співробітники курорту Миргород подарували Анатолію Петровичу мініпогруддя засновника їхнього курорту – визначного громадського діяча Миргородщини, відставного генерал-майора інфантерії (піхоти), місцевого земського лікаря Зубковського Івана Андрійовича (25.11.1848 – 5.12.1933). Останній і сьогодні зберігається у створеній професором А.П. Пелешуком меморіальній кімнаті академіка В.М. Іванова.

На сьогоднішній день практично всі відомі немедикаментозні методи лікування (режим лікування та відпочинку, лікувальне харчування, лікувальна фізкультура та масаж, кліматотерапія, рефлексотерапія, апаратна фізіотерапія, водолікування, теплолікування, психотерапія тощо) знаходять своє широке застосування в комплексній терапії захворювань внутрішніх органів як на стаціонарному, так і амбулаторному та санаторно-курортному етапах. Щодо захворювань органів дихання, то в їх лікуванні немедикаментозним методом відводиться особливе значення. Специфічні гуморально-клітинно-тканинні реакції, що розвиваються в результаті дії немедикаментозних методів гальмують розвиток і прогресування неспецифічного бронхолегеневого запального процесу, забезпечують його розривлення та адаптують організм до функціонування в нових умовах. Реалізація дії фізичних факторів, що при цьому використовуються, здійснюється поетапно трьома взаємозв'язаними процесами: рецепцією (первинним сприйняттям), трансмісією (передачою первинної дії) і формуванням кінцевого терапевтичного або профілактичного ефекту. При цьому потрібно усвідомлювати, що на сучасному етапі застосування немедикаментозних методів і, так званої, «нетрадиційної» терапії – це зовсім не альтернатива, а важлива складова комплексного лікування хворих пульмонологічного профілю. Більше того ці методи на сьогоднішній день, дякуючи науково-технічному прогресу, мають значно більший потенціал. Скажімо, таким методом апаратної фізіотерапії як аерозольотерапія ефективно здійснюється безпосередня доставка в *locus morbi* таких медикаментозних засобів як бронхолітики, репаранти, мембраностабілізатори тощо.

Важливою основою для розуміння дії немедикаментозних методів при бронхолегеневій патології є універсальна модель фундаментальної проблеми загальної патології – взаємодія двох

процесів, що перебігають в організмі одночасно. При цьому, першочергове значення має питання належного здійснення на стаціонарному, амбулаторному та санаторно-курортному етапах правильної «терапії вибору» адекватних методів немедикаментозної терапії. Практично їх ефективне застосування не складає особливих труднощів, але, в більшості випадків, повинно куруватися відповідними спеціалістами. Важливою особливістю комплексної терапії пульмонологічних хворих є необхідність застосування в їх лікуванні тривалої реабілітації. Основу реабілітації пульмонологічних хворих на сьогоднішній день складають такі методи класичної немедикаментозної терапії як кліматотерапія, апаратна фізіотерапія та лікувальна фізична культура. Стратегію й тактику їх застосування в процесі тривалої реабілітації доводиться зазвичай визначати лікарю загальної практики або дільничному терапевту.

Апаратна фізіотерапія у великій мірі забезпечує ефективність немедикаментозної терапії. Вона може із успіхом застосовуватись на всіх етапах комплексного лікування захворювань органів дихання та сприяє розблокуванню й запуску еволюційно сформованих антагоністичних до певного патологічного процесу механізмів на його ранніх етапах. У широкій клінічній практиці найчастіше застосовуються ультрафіолетове випромінювання, ультразвук, гальванічний та флюктуючий струми, низькочастотне магнітне поле, дециметрові хвилі, екстракорпоральне ультрафіолетове опромінення аутокрові, низькоінтенсивне електромагнітне випромінювання міліметрового діапазону тощо.

Ультрафіолетове випромінювання здатне викликати явища проліферативного запалення шкіри. Виділення різноманітних гуморальних субстанцій зумовлює структурно-функціональну перебудову полінуклеарних лейкоцитів і лімфоцитів крові. Саногенетичний ефект дії ультрафіолетового випромінювання за різних форм бронхолегеневого запального процесу полягає як у гальмуванні альтеративно-ексудативного компонента, так і в активації проліферативного. Власне, таким чином, досягаються протизапальний і репаративний ефекти. Зазвичай, вплив здійснюють ультрафіолетовою лампою (ДРТ-375) протягом 2 тижнів щоденно в зростаючій дозі від 0,5 до 3 МОД.

Ультразвук. Рецепторні сприйняття ультразвукових коливань відбуваються на рівні альтеративно-ексудативних змін різної вираженості та вакуольної дистрофії шкіри. Трансмисивні процеси здійснюються гуморальним шляхом і через певні специфічні зміни полінуклеарних лейкоцитів і лімфоцитів, що зумовлює незначний загальний протизапальний ефект. Лікування хворих проводять згідно із загальними правилами, у ремісії неспецифічного бронхолегеневого запального про-

цесу. Інтенсивність ультразвукових хвиль повинна складати не більше $0,05 \text{ Вт/см}^2$, режим постійний. Дію здійснюють паравертебрально в торакальний ділянці, по 2-3 хвилини із кожного боку, курс 10-12 процедур.

Гальванічний і флюктуючий струми. Первинні клітинні й тканинні реакції в місцях проходження такого струму залежно від його щільності можуть носити анаболічний (за низької – до $0,05 \text{ мА/см}^2$) чи катаболічний (за високої – більш $0,06 \text{ мА/см}^2$) характер. Зміни полінуклеарних лейкоцитів, лімфоцитів і захисних реакцій епітелію в першому випадку будуть зумовлювати гальмування запального процесу, а в другому – пришвидшувати розрішення гострого запального процесу, активуючи розвиток склеротичних процесів в *locus morbi*. Флюктуючий струм, окрім вищевказаного, має здатність стабілізувати мембрани лізосом клітин, що й обумовлює його виражений протизапальний ефект. Процедуру лікування здійснюють за загальними правилами. Використовують двонаправлений симетричний струм. Електроди накладають білатерально торакально, тривалість сеансу – 10 хвилин, курс лікування – 10 днів.

Низькочастотне магнітне поле. Його дія сприймається широкою гамою клітинних рецепторів. Зміна їх стану зумовлює модифікацію метаболізму клітин і тканин організму, їх кооперативну взаємодію. За високих величин індукції поля гальмується контактна клітинна взаємодія. У легенях гальмується клітинна інфільтрація, взаємодіювання фібробластів, лімфоцитів, макрофагів і постзапальний склероз. При здійсненні сеансів індуктор апарату «Поліус-1» здебільшого розміщують на відстані двох-трьох сантиметрів над поверхнею грудної клітини в проекції запального процесу в легенях. При цьому величина індукції низькочастотного магнітного поля зазвичай складає 2-9 мТ, струм синусоїдальний (50 Гц), тривалість однократної дії 1-3 години щоденно, курс лікування 10-20 днів.

Дециметрові хвилі. При дії дециметрових хвиль значно покращується мікроциркуляція та тканинний метаболізм (білковий, вуглеводний і ліпідний обмін, тканинне дихання), активізуються гіпофізарно-наднирникова та симпатно-адреналова системи. Таке оригінальне поєднання первинних ефектів дії цих хвиль забезпечує протизапальний, бактеріостатичний (а то й бактеріоцидний), аналгезуючий, трофіко-регенераторний ефекти, зниження артеріального тиску та покращання функції зовнішнього дихання. Індуктор розміром $35 \times 10 \text{ см}$ розташовують у міжлопатковій ділянці, тривалість процедури – 10-15 хвилин, курс лікування – 8-10 сеансів. При дії на ділянку наднирників дециметрові хвилі викликають виражений адаптогенний ефект.

Екстракорпоральне ультрафіолетове опромінення аутокрові має виражений клінічний ефект. Під дією екстракорпорального ультрафіолетового опромінення аутокрові активуються гуморальний і клітинний імунітет, антиоксидантна та протизгортаюча системи крові, гіпофізарно-адреналова система, гемопоез, репаративно-регенераторні процеси, нормалізується тонус судин та купується бронхообструктивний синдром. Процедура здійснюється за допомогою апарату «Ізольда» із ретельним виконанням інструкцій.

Низькоінтенсивне електромагнітне випромінювання міліметрового діапазону. Востанні десятиріччя за активної участі вітчизняних вчених було розроблено методики лікування хворих із бронхообструктивними захворюваннями низькоінтенсивним (до 30 мВт/см^2) електромагнітним випромінюванням міліметрового діапазону. І на сьогоднішній день вже впроваджено їх застосування в широку клінічну практику методами мікрохвильової резонансної терапії, НВЧ (надвисокочастотної) терапії, інформаційно-хвильової терапії, каскадної надвисокочастотної рефлексотерапії, що здійснюються апаратами «Поріг», «Електроніка КВЧ», «Політон» та іншими. За допомогою впливу цих мікрохвиль здійснюється корекція функціонального стану кардіореспіраторного комплексу, мікрогемодинаміки та клітинного імунітету як у випадках поєднання із комплексною терапією (за недостатньої ефективності останньої), так і монотерапії в період нестійкої ремісії бронхообструктивного процесу. Застосування низькоінтенсивного електромагнітного випромінювання міліметрового діапазону в комплексному лікуванні хворих на бронхообструктивні захворювання дає змогу відновити еволюційно сформовані механізми взаємодії систем і підсистем багаторівневої функціонального забезпечення оптимального рівня бронхіальної прохідності. Вплив здійснюється терапевтичними (резонансними) частотами таких мікрохвиль на високочутливі біологічно активні зони протягом 20-40 хвилин щоденно, 4-12 сеансів на курс лікування до вирівнювання балансу електропровідності в акупунктурних точках I - 2,5; II - 4; III - 36; IV - 1, 6; VIII - 3; XII - 13; XIII - 11, 25; XIV - 22, 17; PC - 3; AP - 13, 31, 78.

Лікувальна фізкультура дає можливість розширити адаптивні можливості апарату зовнішнього дихання та організму в цілому, формує певний стереотип їх функціонування. Це надзвичайно дієвий метод немедикаментозного впливу на організм хворої людини. Фізичні вправи є ні з чим незрівнянним і незамінним по своїй фізіологічності засобом укріплення здоров'я. Найбільший ефект в реабілітації хворих із захворюваннями легень дає раціональне поєднання різних форм лікувальної фізкультури: ранкової гігієнічної гім-

настики, лікувальної дихальної гімнастики, дозованої ходи, спортивних вправ. І хоча для хворих пульмонологічного профілю дихальні вправи є основною формою лікувальної фізкультури, вони обов'язково повинні поєднуватись із гімнастичними вправами загальноукріплюючого характеру, що й отримало назву респіраторної гімнастики. Дозовані заняття лікувальною фізкультурою потрібно починати ще в стаціонарі при розрішенні гострого легеневого запального процесу. Здійснюватись вони можуть тільки під керівництвом лікаря ЛФК чи досвідченого методиста. У цей період важливими є спеціальна укладка хворих для здійснення локальних дихальних вправ, засвоєння й регулярне виконання діафрагмального дихання. У період нестійкої ремісії бронхолегеневого запального процесу особливо важливими є заняття респіраторною гімнастикою із поступовим збільшенням фізичних навантажень. В останні десятиріччя широкого розповсюдження та популярності в комплексному лікуванні легеневих хворих набули нетрадиційні методики ЛФК: вольова ліквідація глибокого дихання за К.П. Бутейко та парадоксальна дихальна гімнастика за А.Н. Стрельниковой. Вольова ліквідація глибокого дихання є показаною пацієнтам здебільшого із важкими формами бронхообструктивних захворювань. Дихання за методикою А.Н. Стрельниковой рекомендується пацієнтам із трахеобронхіальною дискінезією.

Кліматотерапія – використання лікувального впливу різноманітних метеорологічних факторів і особливостей клімату певної місцевості, а також спеціальних дозованих кліматопроектур з лікувальною та профілактичною метою. Вона широко застосовується в комплексному лікуванні хворих із захворюваннями органів дихання. Кліматичні фактори на відміну від багатьох інших впливів є природними подразниками для організму людини. У процесі тисячоліть людина пристосовувалась до факторів зовнішнього середовища, й організм у процесі еволюції сформував різноманітні пристосувально-компенсаторні механізми до змін температури, вологості, швидкості руху повітря, барометричного тиску, електричного та магнітного поля, хімічних речовин, що виділяються в повітря рослинами, променевої енергії тощо. Реакції апарату зовнішнього дихання мають виключне значення в їх реалізації. Так, наприклад, за термоадаптації легенева поверхня бере участь в її належному забезпеченні за рахунок адекватності структури дихального акту та споживання кисню. У свою чергу, як свідчить клінічна практика, за покращення термоадаптаційних можливостей організму частота простудних захворювань зменшується в 5 разів. У цілому застосування кліматотерапії в комплексному лікуванні захворювань органів дихання сприяє зниженню функціональної напруги в апараті зовнішнього дихання та

засвоєнню кисню організмом оптимальними фізіологічними механізмами. Також кліматичні фактори, змінюючи стан рецепторного апарату організму людини, модулюють функціонування його основних захисних систем, що й визначає характер певної модифікації перебігу бронхолегеневого запального процесу. Зумовлена зміною холіно- та адренорецепторних структур модифікація стану вегетативної нервової системи обумовлює системні зрушення в організмі й трансформує функціонування основних систем, що суттєво впливає на перебіг запального процесу в легенях. Так, в осіб, що займаються зимовим купанням схильність до лабільності гемосудин при різних екстремальних впливах є мінімальною, а висока бактеріоцидність полінуклеарних лейкоцитів та оптимальне відношення ана- та катаболічних процесів у легенях є характерним для пацієнтів із бронхолегеневою патологією за регулярних курсів кліматотерапії. Спелеотерапія підвищує функціональну активність β_2 -адренорецепторів дихальних шляхів, що з успіхом застосовується в лікуванні пацієнтів із бронхолегеневою патологією з бронхоспастичними реакціями.

Форми й методи застосування кліматотерапії визначають відповідно до індивідуального стану організму, специфіки дії кліматичних факторів, їх сумісності з іншими лікувальними процедурами. Клінічна практика та наукові дослідження доводять, що ефективність та якість медичної реабілітації пульмонологічних пацієнтів значною мірою залежать від дотримання етапності лікування: стаціонар-поліклініка-санаторій. Аналіз захворюваності та інвалідизації населення, сучасні наукові підходи до реабілітації підтверджують необхідність не лише збереження практики раннього санаторного лікування, а й можливість розширення його, використовуючи санаторно-курортні заклади як стаціонарозамінні. В одному випадку ми будемо надавати перевагу лікуванню пацієнта в санаторії певної кліматичної зони, в іншому – у місцевому санаторії, у третьому – проведенню кліматопроектур безпосередньо в лікувально-профілактичному закладі. Сучасні розробки вітчизняних вчених дозволяють здійснювати для пацієнтів із захворюваннями легень сеанси кліматопроектур в звичайних умовах. Практика застосування камери штучного гірського клімату «Оротрон», індивідуального апарату штучного гірського повітря «Борей», апаратного комплексу «Гіпотрон» засвідчила можливість якісного здійснення гіпоксичних тренувань навіть в умовах денного стаціонару. При цьому, тільки правильне здійснення лікарем загальної практики чи дільничим терапевтом «терапії вибору» щодо немедикаментозного лікування на кожному із етапів реабілітації легеневих хворих здатне забезпечити належне формування пристосувально-компенса-

торних реакцій організму, що сприяють саногенезу та відновленню еволюційно сформованих механізмів внутрішньої та міжсистемної взаємодії. Зазначимо, що правильний вибір немедикаментозних методів лікування в комплексній терапії пацієнтів із захворюваннями органів дихання може забезпечити тільки інтегральний принцип аналізу лікувально-профілактичної дії фізичних та кліматичних факторів. Володіння сучасними даними про механізми дії основних факторів немедикаментозної терапії та виконання рекомен-

дацій клінічних протоколів санаторно-курортного лікування пульмонологічних хворих є основою для успішного здійснення такого аналізу. Оскільки, власне, на санаторно-курортному етапі немедикаментозні методи лікування застосовуються найширше, то в другій частині статті базуючись на нормативних матеріалах Наказу МОЗ України №56 від 06.02.2008 року ми розглянемо конкретний алгоритм лікування пацієнтів із найбільш розповсюдженими легеневиими захворюваннями саме на цьому етапі.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про курорти» // Відомості Верховної Ради України. - 2000. - N 50. - 435 с.
2. Кремлевская медицина. Клинический вестник. (Тематический выпуск: Восстановительная медицина и курортология). - №3. - 2008. - 96 с.
3. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidencebased guidelines. ACCP/AACVPR Pulmonary Rehabilitation Guidelines Panel. American College of Chest Physicians. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation // Chest - 5-Nov-1997; 112(5): 1363-1396.
4. Респіраторна допомога на етапі санаторно-курортного лікування хронічного обструктивного захворювання легенів: : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.27 - «Пульмонологія» / М.М. Юсупалієва; Крим. респуб. наук-дослід. інст. фіз. мет. лікування і мед. кліматології ім. І.М. Сеченова. - Ялта, 2008. - 44 с.

SANATORIUM-AND-SPA TREATMENT OF PULMONOLOGICAL PATIENTS

I.M. Dzeman

Summary

In this article nowadays aspects of the sanatorium-and-spa treatment of pulmonological patients are considered.

Keywords: sanatorium-and-spa treatment, pulmonological patients.