

## ТЕРАПІЯ

УДК 616.233-002-036.12:616.711-08-039.76

*М.П. Кириченко, С.И. Латогуз*

*Харьковский национальный медицинский университет*

### РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Коррекция нарушенной функции дыхания и замедление прогрессирования воспалительно-обструктивных процессов в легких являются целью дыхательной реабилитации для больных хроническим бронхитом, особенно для больных, имеющих сочетание этой патологии с заболеваниями позвоночного столба. Поддерживая прогрессирование спинальной дистрофии и остеовертебральных дисфункций, хроническое бронхопальмональное воспаление способствует формированию сопряженных респираторных поражений. Новые подходы к реабилитации больных хроническим бронхитом в сочетании с поражениями позвоночника содержат использование фармакопунктуры, игло-рефлексотерапии, глубокого релаксирующего массажа и лечебной гимнастики в кон-сенсуальной последовательности.

**Ключевые слова:** реабилитация, хронический бронхит, заболевания позвоночника, релаксирующий массаж, игло-рефлексотерапия.

В последнее время отмечается неуклонный рост числа больных хроническим бронхитом (ХБ). Прогрессирующее течение ХБ приводит к легочной и сердечной недостаточности, потере трудоспособности и снижению качества жизни больных [1]. Лекарственная терапия ХБ не всегда высокоэффективна, что дает основание для широкого применения немедикаментозных методов в лечении больных ХБ [2]. Показана достаточно высокая эффективность комплексного лечения больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких, получавших курс восстановительного лечения в сочетании с курортной терапией. Терапевтический эффект от проведенных лечебных мероприятий наступал через 2 недели, а число рецидивов заболевания в течение 6 месяцев уменьшилось в 2 раза [3, 4].

Задача стойкого восстановления здоровья у больных ХБ осложняется при наличии

сопутствующих заболеваний. К их числу относятся дистрофически-дегенеративные поражения грудного отдела позвоночника [5]. Актуальность клинической проблемы заключается в том, что вовлечение в патологический процесс мышечно-фасциального каркаса грудной клетки практически при всех вертеброгенных заболеваниях в разной степени отражается на состоянии биомеханики дыхания [6]. Хронический воспалительный процесс в бронхолегочной системе считается фактором, поддерживающим прогрессирование дистрофических поражений грудного отдела позвоночника и постоянно «дышащих» позвоночно-реберных соединений [7, 8]. По нашему мнению, создавшийся порочный круг может быть определяющим в формировании нарушений функции дыхания, представляя определенную сложность для осуществления реабилитации больных ХБ с заболеваниями позвоночника.

© М.П. Кириченко, С.И. Латогуз, 2013

Цель исследования заключалась в разработке новых подходов к респираторно-восстановительной терапии больных ХБ с локализованным вертеброгенным синдромом.

**Материал и методы.** В отделении восстановительного лечения на кафедре физической реабилитации методы немедикаментозного лечения нашли широкое применение в программах респираторно-восстановительной терапии. К ним относится дыхательная кинезитерапия, ингаляционная аэрозольтерапия минеральной водой, регулируемая вентиляция легких с помощью дыхательных тренажеров (ингалятор Фролова), лазерная терапия (Милта Ф-8-01), иглорефлексотерапия, различные методики массажа (вибрационный, вакуумный, классический), фитотерапия, а также ежедневные процедуры психологической разгрузки.

Восстановительное лечение в группе из 8–10 больных ХБ проводилось ежедневно по 3,5 ч в течение 2 недель. Первичный курс лечения получили 180 пациентов в возрасте 24–63 лет, из них у 86 (46,8 %) ХБ сочетался с остеохондрозом грудного отдела позвоночника. В 37 % случаев вследствие торакалгии больные отмечали затруднение дыхания с преимущественным ограничением глубокого вдоха, снижение возможности выполнения наклонов и поворотов туловища. Практически у всех больных ХБ, страдающих остеохондрозом не менее 8 лет, обнаруживалась выраженная ригидность грудной клетки с увеличением ее переднезаднего размера.

**Результаты и их обсуждение.** В 64,5 % случаев у больных ХБ при поражении грудного отдела позвоночника на ЭКГ регистри-

ровались изменения зубца Т и сдвиги сегмента ST, сходные с изменениями при ишемической болезни сердца. У пациентов с сочетанной патологией легких и позвоночника по данным велоэргометрии выявлено снижение толерантности к физической нагрузке, составившей изначально (47,7±2,1) Вт, после лечения (65,0±2,1) Вт. Аналогичные показатели при ХБ были выше, составляя в начале и по окончании восстановительной терапии (50,0±2,4) и (75,0±3,1) Вт соответственно.

Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) показало, что вентиляционные нарушения были более выраженными у больных ХБ с вертеброгенной патологией, чем при отсутствии таковой в другой группе пациентов (табл. 1). Обнаруженные при этом достоверные различия в динамических показателях (форсированная жизненная емкость легких – ФЖЕЛ, объем форсированного выдоха за 1 с – ОФВ<sub>1</sub>, мгновенная объемная скорость в крупных бронхах – МОС<sub>75</sub>) свидетельствуют о преобладании обструктивных нарушений ФВД, что, по-видимому, связано с длительностью вертеброгенного синдрома, которая составляет (6,8±0,9) года. Показатели легочных объемов (ЖЕЛ) существенных различий между собой не имеют.

К особенностям клиники ХБ при имеющемся месте остеохондрозе грудного отдела позвоночника следует отнести наличие стойких респираторных нарушений, выступающих наряду с торакалгией. Учитывая патогенетическую значимость вертебровисцеральных связей и механизм действия некоторых физических факторов, в лечебный комплекс внесены фармакопунктура и релаксирующий

*Таблица 1 Показатели функции внешнего дыхания у больных ХБ с патологией позвоночника*

Показатель, %	Больные ХБ (n=72)	Больные ХБ с патологией позвоночника (n=80)	t (критерий Стьюдента)
ЖЕЛ	84±2,9	76±3,1	1,88
ФЖЕЛ	79±2,2	68±2,1*	3,68
ОФВ <sub>1</sub>	76±3,1	65±3,1*	3,20
Индекс Тиффно	96±2,8	95±2,2	0,28
МОС <sub>50</sub>	61±3,4	57±3,0	0,81
МОС <sub>75</sub>	71±3,7	58±3,1*	2,69

*Примечания:* 1. МОС<sub>50</sub> – мгновенная объемная скорость в средних бронхах.

2. Различие значимо, если t > 2.

массаж (дефанотерапия). Целенаправленное купирование вертеброгенного болевого синдрома осуществлялось с помощью дефанотерапии, иглорефлексотерапии, локальным введением новокаина в комплексе с гидрокортизоном в триггерные и паравертебральные зоны. Стихание торакалгии приводило к увеличению лимитированной вследствие болевых ощущений экскурсии грудной клетки, создавая условия для улучшения дренажной функции бронхов средствами лечебной физкультуры. Отсутствие болевого дискомфорта в грудной клетке также открывало возможность более эффективного использования дыхательных тренажеров. Достаточно быстрый регресс торакалгии и восстановление вентиляционных нарушений явились основой положительных изменений психоэмоционального статуса пациентов. По окончании курса восстановительного лечения у половины больных на ЭКГ отсутствовали изменения зубца Т и сегмента ST, а произошедшие изменения некоторых показателей ФВД свидетельствуют о восстановлении вентиляционных нарушений (табл. 2).

*Таблица 2. Динамика показателей ФВД у больных ХБ с патологией позвоночника в процессе восстановительного лечения*

Показатель	До лечения	После лечения
ФЖЕЛ	68	95
ОФV <sub>1</sub>	65	85
МОС <sub>75</sub>	55	70

Больные ХБ, неотягощенные вертеброгенной патологией в более ранние сроки адаптировались к процедурам респираторно-восстановительной терапии.

### Список литературы

1. Балабан И. Э. Пелоидоинтерференцтерапия больных хроническим обструктивным бронхитом на курорте / И. Э. Балабан, Г. Н. Пономаренко // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной и физической культуры. – 2002. – № 6. – С. 11–14.
2. Древинг Е. Ф. Травматология: Методика занятий лечебной физкультурой / Е. Ф. Древинг. – М.: Познавательная книга плюс, 2002. – 336 с.
3. Каледина Л. А. Опыт работы Кисловодского респираторно-восстановительного центра / Л. А. Каледина, О. Е. Костенко // Проблемы терапевтической и хирургической пульмонологии: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – СПб., 2009. – № 249. – С. 35–38.
4. Клячкин Л. М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: рук-во для врачей / Л. М. Клячкин, А. М. Щегольков. – М., 2006. – 657 с.

Анализ результатов проведенной восстановительной терапии у больных свидетельствует о коррекции нарушений функции дыхания, замедления темпов прогрессирования хронического бронхолегочного воспаления и обструктивных процессов в легких. У 46 больных ХБ с заболеванием позвоночника продолжительность ремиссии основного заболевания составила (5,7±0,6) месяца, период отсутствия рецидивов сопутствующего заболевания колебался от 7 до 9 месяцев. После выписки из стационара большинство больных уменьшили на 50 % дозы ингаляционных бронходилататоров (атровент, беродуал). 8 пациентов на неопределенный срок прекратили прием пролонгированных форм теофиллина (теотард), это были лица, продолжившие лечение в санаторно-курортных условиях.

### Выводы

1. Реальная возможность восстановления функции дыхания зависит от совершенствования адаптивно-компенсаторных реакций, восстановления утраченных межсистемных связей в организме больных ХБ.
2. Эффективность лечебно-реабилитационных воздействий также зависит от рационального сочетания и координации основных терапевтических и реабилитационных мероприятий (фармакопунктура, глубокий релаксирующий массаж, иглорефлексотерапия, дыхательная кинезитерапия).
3. Восстановительная терапия больных ХБ, страдающих заболеваниями позвоночника, может быть проведена на всех этапах медицинской реабилитации, включая санаторно-курортный.

5. *Лернер Л. С.* // Иммунореабилитация и реабилитация в медицине: Тезисы 4 международного конгресса / Л. С. Лернер, В. Ю. Никитюк, Л. Е. Мушкетова. – Сочи, 2008. – № 630. – С. 69–73.

6. Медицинская реабилитация : рук-во для врачей // под ред. В.А. Епифанова. – М. : МЕД-пресс-информ, 2005. – 458 с.

7. *Попелянский А. Ю.* Болезни периферической нервной системы : рук-во для врачей // А.Ю. Попелянский. – М., 1989. – С. 12–15.

8. *Цветкова О. А.* Острый и хронический бронхиты, пневмония / О. А. Цветкова // Приложение к журналу «Врач». – М., 2007. – С. 78–80.

***М.П. Кириченко, С.І. Латогуз***

#### **РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА**

Корекція порушеної функції дихання і уповільнення прогресування запально-обструктивних процесів в легенях є метою дихальної реабілітації для хворих на хронічний бронхіт, особливо для хворих, що мають поєднання цієї патології із захворюваннями хребетного стовпа. Підтримуючи прогресування спінальної дистрофії і остеовертебральних дисфункцій, хронічне бронхопульмональне запалення сприяє формуванню зв'язаних респіраторних уражень. Нові підходи до реабілітації хворих з хронічним бронхітом у поєднанні з ураженнями хребта містять використання фармакопунктури, голкорексфлексотерапії, глибокого релаксуючого масажу і лікувальної гімнастики в консенсуальній послідовності.

**Ключові слова:** реабілітація, хронічний бронхіт, захворювання хребта, релаксуючий масаж, голкорексфлексотерапія.

***M.P. Kirichenko, S.I. Latoguz***

#### **REHABILITATION OF CHRONIC BRONCHITIS PATIENTS WITH SPINAL DISEASE**

Correction of disturbed respiratory function and inhibition of progression of pulmonary inflammatory and obstructive processes is the aim of respiration rehabilitation in CB patients with spinal diseases meets with difficulties as the corresponding level. By supporting progression of dystrophic spinal and osteovertebral junction disorders, chronic bronchopulmonary inflammation participates in formation of interrelated respiratory affections. New approaches to rehabilitation of CB patients with spinal lesions lie in use of pharmacopuncture, acupuncture, deep reflex-muscular massage and therapeutic exercise in consensual sequence.

**Key words:** rehabilitation, chronic bronchitis, spinal disease, reflex-muscular massage, acupuncture.

*Поступила 11.09.12*