

УДК 616. 24

ББК 54. 12

И-24

Иващенко Николай Станиславович, врач, ОАО «Санаторий «Лаба», т.: (962)8519611, e-mail: latin55@mail.ru;

Патутин Виталий Николаевич, профессор, доктор медицинских наук, т.: (960)4976103.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В «САНАТОРИИ «ЛАБА»
(рецензирована)**

Оценивался эффект комплексного воздействия бальнео-климатических ресурсов «Санатория «Лаба» у больных с бронхиальной астмой, хроническими обструктивным и не обструктивным бронхитами. В сравнительном аспекте изучена динамика основных клинико-функциональных показателей у пациентов всех трех нозологий. Значимые положительные изменения получены более чем у 80% больных в период лечения с максимальным их преобладанием в группе с обструктивной патологией. Анализ отдаленных результатов лечения определяет приоритет данного вида терапии в уменьшении частоты и длительности обострений, инвалидизации и улучшения качества жизни больных.

Ключевые слова: комплексное воздействие, бальнео-климатотерапия, хронический необструктивный бронхит, бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, коэффициент эффективности, сравнительная характеристика.

Ivashchenko Nicholai Stanislavovich, MD, JSC "Sanatorium" Laba " t.: (962) 8519611, e-mail: latin55@mail.ru;

Patutin Vitali Nicholaevich, Professor, Doctor of Medical Sciences, t.: (960) 4976103.

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF EFFECTIVE TREATMENT OF PULMONARY
PATIENTS IN THE SANATORIUM 'LABA'**

The effects of the complex effects of spa - climatic resources of "Sanatorium" Laba "in patients with bronchial asthma, chronic obstructive and obstructive bronchitis have been estimated. The dynamics of the main clinical and functional parameters in patients of all three nosologies has been studied in comparative perspective. Significant positive changes were obtained from more than 80% of patients during treatment with the maximum of their predominance in the group with obstructive pulmonary disease. Analysis of remote results of treatment determines the priority of this therapy in reducing the frequency and duration of exacerbations, disability and quality of life partite.

Keywords: integrated impact, spa – climate- therapy, chronic non-obstructive bronchitis, bronchial asthma, chronic obstructive bronchitis, the coefficient of performance, comparison.

Хронические Неспецифические Заболевания Легких (ХНЗЛ) уже более 20 лет устойчиво занимают 3-4 место среди причин смертности населения, одно из первых мест среди причин инвалидизации и 1 место среди причин временной нетрудоспособности [7]. Учитывая тяжесть состояния и аллергизацию пациентов с данной группой заболеваний, медикаментозная терапия в большинстве случаев дополнительно их аллергизирует, оказывает массу побочных эффектов, токсическое воздействие на многие органы, более чем в 50% случаев не предотвращает прогрессирования болезни, дорогостоящая [8]. Поэтому остро назрела необходимость максимально шире использовать возможности природно-климатических, бальнеологических, физических факторов санаториев как в самостоятельной профилактике и реабилитации больных с ХНЗЛ, так и после стационарного этапа лечения. В группе ХНЗЛ нами исследовались наиболее часто встречаемые заболевания – бронхиальная астма (БА), хронический обструктивный бронхит (ХОБ), хронический не обструктивный бронхит (ХБ).

Цель работы: сравнительная оценка клинической эффективности комплексного воздействия бальнеологических, природно-климатических и физических факторов в лечении и реабилитации пульмонологических больных в условиях «Санатория «Лаба».

В течение 2009 г. в санатории было пролечено 241 человек с БА, ХОБ, ХБ. В наблюдении и обследовании все пациенты были разделены на 6 групп: три опытных и три контрольных [1].

Первую группу (1-я опытная группа) составляли 72 (38,5% от общей опытной группы) больных БА средней степени тяжести, в стадии неполной ремиссии (9 мужчин и 63 женщины) в возрасте от 27 до 65 лет (средний возраст $40 \pm 3,2$ года) со средней длительностью заболевания $12 \pm 2,7$ года.

Вторую группу (1-я контрольная) составили 25 (46,3% от общей контрольной группы) больных с БА средней степени тяжести, в стадии неполной ремиссии (4 мужчин и 21 женщин) в возрасте от 31 до 63 лет (средний возраст $36 \pm 3,9$ лет) со средней длительностью заболевания $23 \pm 2,2$ года.

Третью группу (2-я опытная группа) составляли 63 (33,7%) пациента с ХОБ средней степени тяжести, в стадии неполной ремиссии (39 мужчин и 24 женщины) в возрасте 47-69 лет (средний возраст $23 \pm 2,4$ года) со средней длительностью заболевания $11 \pm 4,1$ лет.

Четвертую группу (2-я контрольная группа) составили 10 (18,5%) больных с ХОБ средней степени тяжести, в стадии неполной ремиссии (7 мужчин и 3 женщин) в возрасте 44-67 лет (средний возраст $26 \pm 4,2$ года) со средней длительностью заболевания $14 \pm 1,6$ лет.

Пятую группу (3-я опытная группа) составляли 52 (27,8%) больных с ХБ в стадии неполной ремиссии, средней степени тяжести (37 мужчин и 15 женщин) в возрасте 29-66 лет (средний возраст $41 \pm 2,7$ лет) со средней длительностью болезни $17 \pm 5,4$ года.

Шестую группу (3-я контрольная группа) составили 19 (35,2%) больных с ХБ в стадии неполной ремиссии, средней степени тяжести (12 мужчин и 7 женщин) в возрасте 3-61 года (средний возраст $33 \pm 4,4$ года) и средней продолжительностью заболевания $12 \pm 5,3$ года.

Все пациенты опытной и контрольной групп с БА до, и в период санаторного лечения получали медикаментозную ингаляционную базисную терапию (а) β_2 – адреномиметики короткого и длительного действия, м – холинолитики: сальтос, беротек, оксис, форадил, атровент Н б) ингаляционные кортикостероиды – беклозон, пульмикорт в) комбинированные препараты – беродуал, симбикорт), в опытной группе 7, а в контрольной 3 женщины принимали таблетированные кортикостероиды (триамцинолон, преднизолон) [2]. В опытной и контрольной группах с ХОБ все больные, в качестве медикаментозной терапии, использовали ингаляционные препараты – беродуал, серетид, сальбутамол, вентолин, оксис [5, 6]. Медикаментозная терапия обеих групп пациентов с ХБ составляла муколитики (амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин), комбинированный препарат (аскорил), β_2 – адреномиметики короткого действия (сальметерол, сальбутамол) при редких эпизодах продолжительного сухого кашля [9].

Больные опытных и контрольных групп до начала лечения были сопоставимы по основным клиническим и функциональным показателям.

В условиях «Санатория «Лаба» длительность лечебно-реабилитационного курса для пациентов всех групп составляла 21 день.

Лечебный комплекс пациентов опытных групп при всех трех нозологиях был единым и включал:

1) гипоаллергенную диету с учетом индивидуальной непереносимости пищевых продуктов.
2) курсы лечебной физической культуры с применением дыхательной гимнастики по Бутейко, Стрельниковой, доктора Першина, гидрокинезотерапия в бассейнах, в течение всего периода пребывания [3].

3) ежедневное климатолечение с дозированной ходьбой на терренкурах по 40-60 мин 3 раза в день.

4) бальнеотерапию, как основное и специфическое лечение высокоминеральной орто-борной, йодо-бромной, кремнистой, хлориднонатриевой водой скважины 1 – Л БИС (глубина 2400 м) $t^{\circ}C$ на выходе 105° в виде общеминеральных ванн или лечебного бассейна количеством 12 процедур, экспозиция в которых составляла от 8 мин (первый прием) до 15 мин (последний) по нарастающей.

5) ежедневное питье слабоминерализованной, гидрокарбонатно-хлоридно-натриевой воды скважины 2-Л (глубина 460 м., $t^{\circ}C$ на выходе 550) от 3 до 5 р/сут, по 150-250 мл, $t^{\circ}C = 35 - 45$, за 30 – 60-90 мин до приема пищи, и по 150-250 мл такой же температуры не ранее, чем через 40 мин после приема пищи.

6) Ингаляционно-аэрозольную терапию на аппаратах Boreal F 40, Фитотрон, позволяющие дозировать подачу летучих компонентов эфирных масел и лекарственных препаратов, ингаляции проводились с минеральной водой Лабинской – 2 с добавлением в нее эфирных масел фенхеля,

эвкалипта, облепихи, пихты, по показаниям – лазолвана, β_2 – адrenomиметиков [5], м – холиколитиков, беродуала, №10 на курс по 5-10 минут.

7) Спелеотерапию отрицательными аэроионами калийных Пермских месторождений от 10 до 60 минут, по нарастающей, №10 процедур на курс.

8) Лечебный вибрационный сегментарный массаж грудной клетки №10. (при его назначении физиотерапевтические методы не использовались [3].

9) Физиотерапевтические процедуры в виде электрофореза с минеральной водой 1-Л БИС или лекарственными препаратами (эуфиллин), ультразвукового воздействия на область бронхов №10 на курс (при их воздействии ручной массаж не назначался) [3].

10) Локально-сегментарную, низкочастотную лазеротерапию на область, бронхов, проекцию нижних отделов легких и их верхушек, аппаратами «Узор – 3/3К, Улей – 2К », генерирующих инфракрасное излучение с длиной волны 890 нм в постоянном магнитном поле с частотой 80 Гц, по 2 мин на 1 зону.

11) Интерференцпелоидотерапию паравертебрально, на область грудной клетки, при поперечном расположением электродов с суспензией иловых сульфидных грязей болот Пятигорского месторождения «Тамбукан», №10 на курс, по 15 минут.

12) Медикаментозное лечение (традиционное, симптоматическая и базисная терапия).

Пациенты контрольных групп получали лечебный комплекс по идентичным схемам с опытными группами, состоящий из:

1) гипоаллергенной диеты с исключением индивидуально непереносимых продуктов.

2) лечебной физкультуры с аналогичными видами дыхательных гимнастик и гидрокинезотерапией в бассейнах ежедневно.

3) климатолечения с дозированной ходьбой на терренкурах по 40-60 мин трижды в день.

4) бальнеолечения водой 1 – Л-БИС №12 с идентичной временной экспозицией.

5) Ингаляционно-аэрозольной терапии по вышеописанной методике на аппаратах Boreal F 40, Фитотрон.

6) Питья минеральной воды 2 – Л- 3 - 5 раз в день соответствующими объемами, ежедневно.

7) Медикаментозного лечение (традиционное, симптоматическая и базисная терапия).

Все пациенты до начала и после окончания лечения были обследованы по схеме: 1) объективные клинические методы (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, сбор жалоб и анамнеза) 2) параклинические методы исследования: а) лабораторные исследования: общий анализ крови (динамический контроль уровней лейкоцитов, эозинофилии, СОЭ), биохимическое и иммунологическое исследование крови с контролем динамики уровней гаптоглобина (г/л), уровня и активности сиаловых кислот (усл. ед.) [4, 6], б) исследование функции внешнего дыхания с проведением бронхолитических проб [1, 8]; 3) динамика клинических симптомов заболевания и данных физикального исследования оценивали по бальной шкале (в процессе лечения учитывалось общее самочувствие пациентов по их самооценке, ЧДД, ее изменение в ходе стандартной физической нагрузки, состояние кашлевого рефлекса, изменение мокроты, анализировались лабораторные данные) [7].

Результаты динамического контроля лабораторных исследований крови (общего анализа и иммунологического – белков острой фазы) отражали регресс воспалительного процесса. В первых опытной и контрольной группах до лечения: лейкоциты (Л) – $8,4 \pm 1,2$ и $8,1 \pm 1,97$ (Г/л), эозинофилия (Э) % – $9,1 \pm 2,3$ и $9,35 \pm 2,48$, СОЭ – $14,1 \pm 3,3$ и $13,36 \pm 4,1$ мм/ч, гаптоглобин (Г) – $2,03 \pm 0,21$ и $2,08 \pm 0,19$ г/л, сиаловые кислоты (СК) – 234 ± 18 и 237 ± 21 усл.ед. В данных группах после комплексного лечения: (Л) – $5,8 \pm 1,47$ и $7,35 \pm 2,14$; (Э) – $4,97 \pm 1,48$ и $8,13 \pm 1,01$; СОЭ – $7 \pm 2,11$ и $12,12 \pm 1,84$; (Г) – $1,37 \pm 0,16$ и $2,02 \pm 0,12$; (СК) – 165 ± 14 и 211 ± 12 . У пациентов с ХОБ, в опытной и контрольной группах, до лечения: (Л) – $8,19 \pm 1,69$ и $8,23 \pm 1,62$; (Э) – $5,4 \pm 1,1$ и $5,29 \pm 1,49$; СОЭ – $11 \pm 2,16$ и $10,6 \pm 2,47$; (Г) – $1,63 \pm 0,43$ и $1,7 \pm 0,11$; (СК) – 179 ± 21 и 167 ± 23 . В данных группах после лечения: (Л) – $5,69 \pm 0,32$ и $7,08 \pm 0,55$; (Э) – $3,12 \pm 1,02$ и $5,12 \pm 0,35$; СОЭ – $8,3 \pm 1,47$ и $10,1 \pm 1,62$; (Г) – $0,93 \pm 0,12$ и $1,45 \pm 0,23$; (СК) – 137 ± 21 и 160 ± 15 . В опытной и контрольной группах пациентов с ХБ до лечения: (Л) – $7,26 \pm 1,12$ и $8,14 \pm 0,85$; (Э) – $4,86 \pm 1,3$ и $4,37 \pm 1,11$; СОЭ – $10,4 \pm 2,93$ и $9,34 \pm 1,65$; (Г) – $1,36 \pm 0,43$ и $1,51 \pm 0,76$; (СК) – 164 ± 14 и 158 ± 19 . В данных группах после комплексной терапии: (Л) – $7,68 \pm 0,21$ и $8,02 \pm 0,14$; (Э) – $2,97 \pm 0,24$ и $4,14 \pm 0,2$; СОЭ – $6,58 \pm 1,37$ и $8,16 \pm 0,43$; (Г) – $0,96 \pm 0,24$ и $1,32 \pm 0,12$; (СК) – 127 ± 11 и 153 ± 14 . Среди всех обследованных по данным показателям пациентов, минимальная положительная их динамика наблюдалась у больных БА, получающих пероральную кортикостероидную терапию.

Исследование функции внешнего дыхания с проведением бронхолитических проб осуществлялось на спироанализаторе РИД – 124D по существующей методике [6]. Регистрировались значения пиковой скорости форсированного выдоха (ПСВ) по отношению к должному, ее суточная вариабельность; показатели и прирост ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких) и основных скоростных составляющих петли «поток – объем» (МОС₂₅ □₇₅, ЖЕЛ, ОФВ₁) при проведении проб с бронхолитиками – ингаляции беротека в дозе 200 мкг.

К 5-7-му дням лечения стабилизация индивидуальных норм ПСВ ($\geq 80\%$ от должного) в 1-й опытной группе была отмечена у 83% пациентов, суточный разброс в начале лечения $35 \pm 8,3\%$, к концу лечения $24 \pm 4,6\%$; в первой контрольной, соответственно, у 61%, суточный разброс ПСВ $37 \pm 7,5\%$ и $28 \pm 3,2\%$. Во второй опытной группе нормальные показатели ПСВ к 18-20 дням лечения были у 78% больных, суточный разброс ПСВ в начале лечения $32 \pm 4,5\%$, к концу лечения $22 \pm 3,8\%$; во второй контрольной – норма ПСВ у 66%, суточный разброс $34 \pm 3,9\%$ и $31 \pm 4,2\%$ соответственно. В третьей опытной группе – норма ПСВ к концу лечения отмечена у 71%, суточный разброс ПСВ в начале и в конце терапии – $27 \pm 4,7\%$ и $21 \pm 3,2\%$; в третьей контрольной группе – нормализация уровней ПСВ у 60%, суточный разброс – $29 \pm 2,8\%$ и $25 \pm 2,6\%$ соответственно. Данные показатели определяют меньшую эффективность базового комплекса лечения больных контрольных групп. После проведенного курса лечения у пациентов опытных групп снизился прирост уровней петли «поток – объем» на ингаляцию беротека, что свидетельствует об уменьшении гиперреактивности бронхильного дерева [8]. При этом наиболее выраженное увеличение прироста отмечено в первой и второй опытных группах, менее выраженное, в соответствующих контрольных группах, минимальная динамика в третьей контрольной группе. В опытных группах пациентов, получавших соответствующий комплекс лечения, выявлен значительный прирост показателей ОФВ, скоростных показателей кривой «поток – объем» (таблица 1). Это указывает на противовоспалительный и бронхолитический эффекты комплексной терапии [7]. Максимальная положительная динамика прироста данных показателей отмечена у пациентов со значительными исходными явлениями бронхообструкции, у больных с ХОБ; менее выраженная динамика отмечалась у пациентов с умеренно выраженной бронхообструкцией, у больных с БА; минимальные же ее изменения наблюдались у пациентов с незначительными и легкими бронхообструктивными признаками. Прирост показателей МОС₂₅ □₇₅ по окончании лечения был умеренно выражен в первой и второй опытных группах, у пациентов с умеренной и значительной бронхообструкцией, и более выражен в третьей опытной группе, с соответствующими меньшими явлениями (таблица 1).

Таблица 1 - Динамика показателей кривой «поток – объем» у больных БА, ХОБ, ХНБ (в % от должного) в период лечения в «Санатории «Лаба»

Показатели	БА				ХОБ				ХНБ			
	1-я опытная группа (n=72)		1- контрольная группа (n=25)		2-я опытная группа (n=63)		2-я контрольная группа (n=10)		3-я опытная группа (n=52)		3-я контрольная группа (n=19)	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
ОФВ ₁	63±2,1	73±2,4	64±3,2	69±2,8	53±3,5	66±4,1	55±3,7	59±1,3	69±2,2	75±2,5	68±3,3	71±1,4
ЖЕЛ	56±2,6	64±1,8	55±1,4	59±2,1	55±2,7	63±2,3	57±3,3	60±1,8	67±2,4	74±2,4	68±3,2	72±2,4
ПОС _{выд}	42±3,8	51±1,9	44±2,6	49±2,4	41±2,0	52±1,7	43±3,6	49±2,5	68±2,4	73±3,3	70±3,8	74±1,6
МОС ₂₅	43±3,5	52±4,2	41±2,7	48±2,2	42±2,6	51±3,5	39±2,8	44±3,1	59±3,8	68±3,5	57±2,3	61±2,3
МОС ₅₀	33±2,9	45±3,6	32±2,8	41±1,6	31±1,9	41±2,2	31±2,4	37±3,2	49±3,6	57±1,7	46±3,2	50±2,8
МОС ₇₅	34±4,1	44±3,5	33±3,6	41±1,4	31±2,1	42±2,5	32±3,6	39±2,4	46±2,9	51±2,3	44±2,7	47±3,5
СОС ₂₅₋₇₅	34±3,6	46±2,7	32±1,4	42±3,1	32±2,3	42±2,8	33±2,6	37±2,5	48±3,4	57±2,3	51±2,8	55±3,4

В процессе лечения, на 4-7-й дни, активизировалась дренажная функция бронхов: у 185 пациентов (98,9%) опытных групп отхождение мокроты стало заметно легким и в больших чем обычно объемах.

Положительная динамика клинического состояния пациентов в результате проведенного курса лечения отмечена во всех группах. У всех больных уменьшились симптомы дневной и ночной бронхообструкции, продолжительность и интенсивность кашля, хрипы в легких и объем отделяемой

мокроты. Однако в опытных группах динамика симптомов, указывающих на уменьшение бронхообструктивных явлений и улучшение дренажной функции бронхов, была более выражена и показательно отличалась от таковой в контрольных группах, что определено результатами объективной оценки динамики клинико-функциональных критериев эффективности лечения по бальной системе (таблица 2) [1, 5]. Контроль медикаментозной нагрузки базисной ингаляционной терапии до и после лечения позволил выявить уменьшение потребности в β_2 -адреномиметиках короткого и длительного действия, преимущественно в опытных группах. Так, в первых опытной и контрольной группах до лечения – $7,8 \pm 0,8$ и $8 \pm 1,2$ ингаляционных доз в сутки (доз / сут; из расчета, что с одной ингаляцией может вводиться 1 и более доз), по окончании лечения $2,6 \pm 1,1$ и $5,7 \pm 1,12$ доз/сут. У больных опытных и контрольных групп с ХОБ до лечения $6 \pm 1,4$ и $6,5 \pm 1,82$ доз/сут, после лечения $2,2 \pm 0,4$ и $4,3 \pm 0,53$ доз/сут. В опытной и контрольной группах пациентов с ХБ до лечения $0,7 \pm 0,27$ и $0,63 \pm 0,3$ доз/сут, к концу лечения в опытной группе – без медикаментозной ингаляционной терапии, в контрольной – $0,5 \pm 0,23$ доз/сут. Данные изменения медикаментозной нагрузки показывают выраженное уменьшение потребности в ингаляциях β_2 -агонистов в течении суток, что свидетельствует о положительной динамике симптомов БА и ХОБ, уменьшения воспаления и гиперреактивности бронхиального дерева, которое обусловлено повышением эффективности базисной противовоспалительной терапии под влиянием комплексного лечения [2]. Причем максимально выражено в опытных группах больных с БА и ХОБ, в меньшей степени в третьей опытной группе. У 5 из 7 пациенток первой опытной группы, получавших пероральную кортикостероидную терапию, удалось снизить медикаментозную нагрузку к концу лечения, которая составляла до лечения $3,5 \pm 0,78$ таблеток в сутки, после – $2,1 \pm 0,32$. В контрольной группе, не у одной из трех пациенток, с учетом динамики состояния, уменьшения таблетированной кортикостероидной терапии не было. [8] В сравнении с опытными, в контрольных группах положительная динамика была выражена значительно меньше, что указывает на приоритет полного комплексного лечения по отношению к базовому.

Оценка состояния больного дается по показателям. Условно значение этих показателей оценивалось в баллах. Подсчитывалась сумма баллов, учтенных показателей в начале лечения и после его окончания. Определялся коэффициент эффективности путем деления суммы баллов до лечения на сумму баллов после лечения. Оценка эффективности лечения проводилась по величине коэффициента: 3-4 – «выраженное улучшение»; 2-3 – «умеренное улучшение»; 1,2-1,99 – «улучшение»; 1,0-1,19 – «без перемен»; меньше 1,0 – «ухудшение».

Таблица 2 - Клинико-функциональные критерии эффективности лечения больных ХНЗЛ в условиях «Санатория «Лаба»

Показатель	Оценка показателей, баллы			
	5	10	15	20
Приступ удушья	Нечастые	Слабо выраженные 1-2 раза в сутки	2-3 раза в сутки, купирующиеся бронхолитиками	Частые, до 4-5 раз в сутки
Кашель	Легкое покашливание	Утренний кашель	Умеренно выраженный	Изнуряющий
Характер мокроты	Отсутствует	Отделяется легко	Отделяется с незначительным затруднением	Отделяется с трудом
Хрипы в легких	Единичные, непостоянные	Умеренно выраженные	Обильные, дыхание жесткое	Жесткое дыхание, обильные хрипы
Одышка	Одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на возвышение	Одышка при медленной ходьбе	Одышка заставляет делать остановки при ходьбе на 100 м	Одышка при одевании и раздевании
Мощность форсированного выдоха, % от	70 - 79	60 - 69	40 - 59	Менее 40

должной величины				
Суточная потребность в ингаляции β_2 -агонистов (ингаляций/сутки)	1 - 2	2 - 3	3 - 5	5 - 7

Результаты эффективности лечения бронхолегочных больных с использованием полной комплексной терапии после определения данного коэффициента в опытных группах составили: в первой опытной «умеренное улучшение» у 18,7%, «улучшение» у 81,3% больных; во второй опытной «умеренное улучшение» у 16,5%, «улучшение» у 83,5%; в третьей опытной «умеренное улучшение» у 33,1%, «улучшение» у 66,9% больных. В контрольных группах: в первой «улучшение» у 48,4%, «без перемен» у 51,6%; во второй «улучшение» у 50,2%, «без перемен» у 49,8%; в третьей «улучшение» у 52,7%, «без перемен» – 47,3%.

Оценка эффективности комплексного лечения осуществлялась и в отдаленном периоде, при этом контрольным показателем являлось состояние пациентов опытных групп до прохождения ими курса полной комплексной терапии. У больных первой опытной группы, поступивших на лечение впервые, длительность ремиссии до него составляла $2,4 \pm 0,3$ месяца, после лечения – $5,8 \pm 0,5$ месяцев, у повторных – $11,7 \pm 1,2$ месяца; во второй опытной группе длительность ремиссии до этой терапии – $3,7 \pm 1,12$ месяцев, после лечения у впервые прибывших – $4,6 \pm 1,2$ мес., у повторных – $10,8 \pm 1,7$ мес. В третьей опытной группе аналогичные показатели до лечения – $6,3 \pm 2,3$ мес., после – $10,5 \pm 1,4$ мес., у повторных – 1 год и более. Около 80 % больных БА и 62% пациентов с ХОБ в последующем отмечали более стабильное и мягкое течение заболевания, уменьшение выраженности и частоты как дневных и ночных бронхообструктивных симптомов, так и реакций на внешние аллергические раздражители.

Базисная медикаментозная терапия у больных с ХНЗЛ, прибывших на лечение в «Санатории «Лаба», являлась малоэффективной, что было подтверждено исследованием основных и специфических лабораторных, функциональных, объективно-клинических параметров тяжести их состояния. В сравнении с вышесказанным, результатами наших исследований доказана высокая эффективность комплексной терапии в условиях данного санатория, составившая более 80 %. Сравнительная характеристика динамики основных исследуемых показателей тяжести состояния больных БА, ХОБ и ХБ, сопоставимых до начала лечения по основным клинико-функциональным показателям, выявила превосходящий эффект полного комплекса терапии в опытных группах по сравнению с базовым в контрольных группах. Наиболее значимыми были исследования динамики ФВД у пациентов опытных и контрольных групп. В результате, в опытных группах по сравнению с контрольными, был более выраженный рост показателей ПСВ и уменьшение его суточного разброса, прирост скоростных показателей ОФВ кривой «поток – объем», положительный ответ ее скоростных показателей на бронхолитик, улучшение показателей бронхиальной проходимости, что подтверждает более значимое бронхолитическое действие полного комплексного лечения и повышение чувствительности β_2 -адренорецепторов бронхов к адреномиметикам, устранения дискринического компонента бронхообструкции, уменьшение воспаления, гиперреактивности слизистой бронхов. Максимальные положительно-динамические изменения отмечены у пациентов в общей группе обструктивных заболеваний, с преобладающим эффектом у больных бронхиальной астмой, что обусловлено обратимостью бронхиальной обструкцией [1, 2, 4]. Сравнительный анализ коэффициентов эффективности лечения и его отдаленных результатов определяют приоритет комплексного базисно-санаторного воздействия ресурсами «Санатория «Лаба» над базисной медикаментозной терапией больных БА, ХОБ и ХБ, и позволяет эффективно улучшать качество жизни, удлинять периоды ремиссии, уменьшать медикаментозную нагрузку и тяжесть течения заболевания, тем самым снижать частоту эпизодов временной нетрудоспособности, риск инвалидизации и смертности больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Литература:

1. Шмелев Е.И. Бронхиальная астма в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких: стратегические проблемы терапии // Consilium medicum. 2006. 8 (3): 846-51.

2. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: рук. для практикующих врачей / под ред. А.Г. Чучалина. М.: Литтерра, 2004. 874 с.
3. Пономаренко Г Н. Частная физиотерапия. М.: Медицина, 2005. 744 с.
4. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 3. Диагностика болезней органов дыхания. М.: Мед. лит., 2007. 464 с.
5. Ноников В.Е. Хроническая обструктивная болезнь легких: терапия при стабильном течении // Consilium medicum. 2006. 8 (3): 838-42.
6. Стандарты по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2005. 96 с.
7. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2006. 173: 1390–413.
8. Global Initiative for Asthma. NHLB/WHO Workshop Report. - National Heart Lung Blood Institute, Publication number 95-3659, 2006 – Chapter 3//www.ginasthma.org.
9. Anzueto AR, Schaberg N. Acute exacerbations of chronic bronchitis. Science Press Ltd. 2003; 3.