

**ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ МИКРОКЛИМАТА
СОЛЯНЫХ ШАХТ**

(Республиканская аллергологическая больница
пос. Солотвино Закарпатской области)

Методические рекомендации

КИЕВ – 1978

Методические указания подготовили сотрудники
Ужгородского филиала Одесского научно-исследовательского института курортологии
совместно с врачами Республиканской аллергологической больницы пос. Солотвино:
М.Д.Торохтин, А.А.Валковци, П.П.Горбенко, Л.И.Дворцина, В.В.Желтвай, В.П.Казанкевич,
Е.Я.Кирей, С.К.Кубарская, И.С.Лемко, Т.П.Мяло, М.Ю.Палфий, Ю.М.Симйонка, Р.И.Сливко,
В.М.Чекотило.

Ответственный за издание
доктор медицинских наук, профессор –
М.Д.Торохтин

В последние годы значительно шире стало применяться лечение больных бронхиальной астмой в условиях микроклимата карстовых пещер и соляных копей.

В октябре 1968 года по решению МЗ УССР и Закарпатского облисполкома на базе Солотвинских соляных шахт в пос. Солотвино Тячевского района была организована первая в Советском Союзе клинко-экспериментальная областная аллергологическая больница для лечения больных бронхиальной астмой.

В результате проведенных комплексных исследований (1968 – 1971 гг.) был установлен положительный терапевтический эффект лечения больных бронхиальной астмой I ст., взрослых и детей.

На основании результатов научных исследований было принято Постановление Совета Министров Украинской ССР о сооружении новой Республиканской аллергологической больницы МЗ УССР на 240 мест, первая очередь которой на 120 коек вступила в строй в 1975 году, являясь клиникой Ужгородского филиала Одесского научно-исследовательского института курортологии.

Подземное отделение, указанной выше Республиканской аллергологической больницы, со специфическим микроклиматом для лечения больных с аллергическими заболеваниями, размещено на глубине 300 м от поверхности земли в толще соляного пласта. Подземное отделение больницы имеет вентиляционную систему, обеспечивающую регенерацию микроклимата и проветривание палат, водопровод, канализацию, электроосвещение, телефонную связь и лифт для спуска и подъема больных.

Микроклиматические условия подземного отделения характеризуются следующими параметрами: температура воздуха 23 – 24 °С, относительная влажность – 20 – 60%, скорость движения воздуха до 0,2 м/сек, высокодисперсный аэрозоль хлористого натрия – в количестве 0,5 – 5,0 мг/м³, количество частиц до 5 микрон – 70 – 80%, содержание кислорода – 20,7 об%, содержание углекислого газа – 0,03 об%, атмосферное давление – 750 – 775 мм рт. ст., отсутствие патогенных микроорганизмов и аллергенов, уровень шума не более 25 дБ. При помощи спецустройства на вентиляционном канале можно регулировать параметры микроклимата.

Спелеотерапия в условиях микроклимата соляных шахт заключается в систематическом пребывании больного в подземном отделении по специальному графику. Время одного сеанса варьируется в зависимости от состояния больных и составляет от 2 до 12 часов в течение 30 дней. Спуск больных в подземное отделение проводится специальным лифтом.

Первая неделя, после приезда в клинику Ужгородского филиала института курортологии, для больных является адаптационной. В первую неделю, а также в процессе лечения и после окончания его, больные подвергаются тщательным клинко-аллергологическим, бактериологическим, иммунологическим, биохимическим и функциональным исследованиям.

После адаптационного периода на поверхности (3 – 5 дней) начинаются спуски в подземное отделение продолжительностью 3-4-6-8-12 часов (согласно графика спелеотерапии), во время которых происходит приспособление организма к микроклимату подземного отделения и выявляется индивидуальная реакция каждого больного. После адаптационных спусков начинаются спуски в подземное отделение продолжительностью до 12 часов в зависимости от тяжести течения заболевания.

Во время адаптационных спусков у некоторых больных наблюдается своеобразная бальнеореакция – состояние несколько ухудшается, что проявляется в учащении приступов удушья, кашля, увеличении количества сухих хрипов в легких и снижении показателей бронхиальной проходимости. К 10 – 15 дню лечения начинает проявляться положительный терапевтический эффект, который подтверждается клиническими данными: урежением и снижением тяжести приступов удушья, уменьшением одышки, сухих и влажных хрипов в легких, облегчением отхождения мокроты и др., улучшением показателей функционального состояния легких. Данные биохимических, иммунологических исследований указывают на снижение или исчезновение активности воспалительного и аллергического процессов в организме. К концу лечения 85 - 95% больных выписываются с улучшением или со значительным улучшением. Для получения высокого терапевтического эффекта сотрудниками Ужгородского филиала Одесского научно-исследовательского института курортологии под руководством профессора М.Д.Торохтина были разработаны лечебные комплексы, которые назначаются больным с бронхиальной астмой дифференцировано, в зависимости от тяжести течения и фазы основного и сопутствующих заболеваний.

Для больных с преаастматическим состоянием, а также больным бронхиальной астмой I ст. с легким и средним течением заболевания в фазе ремиссии применяется только основной лечебный фактор – микроклимат соляных шахт. При поступлении больных с более тяжелым течением, как основного, так и сопутствующих заболеваний в фазе неполной ремиссии применяются лечебные комплексы с включением физиотерапевтических процедур. Диагноз должен быть установлен исходя из данных клинко-аллергологических, иммунологических, биохимических и функциональных исследований.

Принимая во внимание механизмы действия микроклимата соляных шахт с наличием высокодисперсного аэрозоля поваренной соли и других параметров микроклимата (температуры, влажности) методика лечения представлена следующим образом:

1. Больным с предастмой и бронхиальной астмой I ст. легкой и средней тяжести течения заболевания в фазе ремиссии на фоне хронического бронхита и хронической пневмонии в фазе ремиссии назначают ЛЕЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС №1 – применяется микроклимат соляных шахт в течение 200 – 240 часов, ЛФК, диета и больничный режим.

2. Больным поступившим в фазе неполной ремиссии основного и сопутствующих заболеваний для уменьшения воспалительных процессов в бронхолегочном аппарате назначают ЛЕЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС №2, который включает спелеотерапию, ЛФК, диету, больничный режим, а также медикаментозные средства и физиотерапевтические процедуры в зависимости от выраженности и распространенности воспалительного процесса. В лечебный комплекс №2 из физиопроцедур включается: электрическое поле УВЧ по дорзовентральной методике (аппарат УВЧ-300 при мощности поля 80 ватт), продолжительностью 10 минут ежедневно, до 12 процедур на курс лечения; электрофорез 2% раствора хлористого кальция, длительностью 15 минут ежедневно, общий курс до 12 процедур; сочетанные воздействия на организм электрического поля УВЧ с последующим электрофорезом кальция (УВЧ чередовать через день с электрофорезом), всего на курс до 12 процедур. Указанные выше физиопроцедуры назначаются, в основном, в подготовительный период (I декаду).

3. Больным бронхиальной астмой, поступившим в фазе обострения основного и сопутствующих заболеваний, назначается ЛЕЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС №3. С целью ликвидации острых очагов воспаления применяется антибактериальная и физиотерапия, ЛФК, диета, больничный режим. После ликвидации обострения назначается спелеотерапия.

4. Больные бронхиальной астмой с сопутствующими аллергическими риносинусопатиями в фазе ремиссии и неполной ремиссии, назначается ЛЕЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС №4 – наряду со спелеотерапией применяется электрическое поле УВЧ на область придаточных пазух носа в сочетании с ЛФК, диетой на фоне больничного режима.

Для правильного отбора больных (взрослых) на лечение в условиях микроклимата Солотвинских соляных шахт следует пользоваться классификацией бронхиальной астмы, предложенной А. Д. Адо и П. К. Булатовым (1969), а для детей 7 – 14 лет – этой же классификацией с дополнением Н. А. Тюрина и С. Ю. Каганова.

Согласно классификации А. Д. Адо и П. К. Булатова:

- под термином «предастматическое» состояние следует понимать состояние, при котором у больного имеются вазомоторные расстройства дыхательных путей, либо острый и хронический бронхит, острая или хроническая пневмония с элементами бронхоспазма, а также аллергии (эозинофилия, положительные кожные тесты с экстрактами аллергенов и т.д.), но нет еще у этих больных выраженных приступов удушья, указывающих на начало бронхиальной астмы;

- первая стадия бронхиальной астмы характеризуется периодическими приступами удушья различной тяжести. Под легким течением бронхиальной астмы как инфекционно-аллергической, так и атопической формы подразумевают то состояние, при котором обострение болезни возникает не чаще 2 – 3 раза в год, приступы удушья купируются, как правило, без инъекций, приемом различных спазмолитических препаратов внутрь. В межприступном периоде признаки бронхоспазма отсутствуют;

- при течении бронхиальной астмы средней тяжести, (1И2, 1А2) обострение возникает 3 – 4 раза в год, приступы удушья протекают тяжелее и купируются инъекциями бронхолитических средств, в ряде случаев приемом кортикостероидных препаратов. В межприступном периоде выявляются симптомы бронхоспазма;

- при тяжелом течении бронхиальной астмы (1ИЗ, 1АЗ) обострение болезни возникает 5 и более раз в году с тяжелыми и затяжными приступами удушья, с длительным астматическим состоянием, купируемым с трудом. Ремиссии непродолжительны и наблюдаются редко. Вторая стадия заболевания бронхиальной астмы (III, IIА) кроме частых обострений и приступов удушья различной тяжести, характеризуется возникновением морфологических и функциональных изменений дыхательного аппарата (хроническая пневмония III стадии, пневмосклероз, эмфизема легких, легочная недостаточность III степени).

При постановке основного клинического диагноза бронхиальной астмы необходимо учитывать сопутствующие заболевания: хронические пневмонии, хронический бронхит, их стадии и фазы течения, а также осложнения – дыхательную, легочную и сердечную недостаточности.

По КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ (принятой в 1964 году на Всесоюзном симпозиуме терапевтов в г.Минске с дополнениями, предложенными профессором Н. С. Молчановым и др., Тбилиси, 1972) различают три стадии хронической пневмонии. К I-ой стадии хронической пневмонии относят возникшую на фоне хронического бронхита затяжную или повторную пневмонию в одном и том же участке легких, не разрешившуюся в течение 8 недель.

При II-ой стадии пневмонии отмечают частые (несколько раз в году) обострения. Процесс имеет тенденцию к развитию бронхоэктазов, пневмосклероза и эмфиземы, что доминирует в клиническом течении заболевания.

III-я стадия характеризуется частыми обострениями хронической пневмонии, протекающей с выраженными симптомами легочной или легочно-сердечной недостаточности.

Клинически деление ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ на три степени проводится по выраженности одышки у больных.

Первая степень дыхательной недостаточности характеризуется появлением одышки после привычной физической нагрузки.

Вторая степень – появлением небольшой одышки в покое, которая усиливается при незначительной физической нагрузке и сопровождается у ряда больных появлением цианоза и участием в дыхании вспомогательной мускулатуры.

Для третьей степени дыхательной недостаточности характерна постоянная одышка в покое, значительный цианоз и выраженное участие вспомогательной мускулатуры при дыхании.

Различают три стадии функциональных нарушений при хронических неспецифических заболеваниях легких, указанных в классификации хронических пневмоний.

Первая стадия ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ выявляется при специальных инструментальных исследованиях, при этом отмечают нестойкие нарушения вентиляции и бронхиальной проходимости в фазе обострения и при бронхоспазме.

Вторая стадия выраженной легочной недостаточности – в основном без признаков легочного сердца или с наличием их. На спирограмме изменения более выраженные, чем в первой стадии. Возможны нарушения газового состава крови и кислотно-щелочного равновесия, переходящая недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу I – II степени.

Третья стадия легочно-сердечной недостаточности характеризуется выраженными нарушениями функции внешнего дыхания, артериальной гипоксемией и изменениями кислотно-щелочного равновесия; недостаточность кровообращения выражена (IIА степени) или резко выражена (IIБ – III степени).

По Н. Д. Стражеско и Б.Х. Василенко различают три стадии СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: I, IIA, IIB, III. При первой стадии отсутствуют объективные признаки расстройства кровообращения. Они могут быть обнаружены только при физической нагрузке (одышка, утомляемость, сердцебиение). Во II стадии к субъективным явлениям присоединяются объективные данные: сердце расширяется за счет миогенной дилатации. При левожелудочковой недостаточности развиваются застойные явления в легких, при правожелудочковой – увеличивается застойная печень, появляются отеки на ногах. Во IIB стадии все признаки недостаточности резко выражены, развивается тотальная недостаточность кровообращения. В третьей стадии развиваются резко выраженные необратимые изменения функций всех органов, нарушения обмена и питания (желтушно-цианотичный оттенок кожных покровов, скопление жидкости в полостях и др.).

При постановке диагноза хронических бронхитов необходимо пользоваться классификацией, разработанной Всесоюзным научным обществом терапевтов на материале Пленума Всесоюзного общества терапевтов (октябрь, 1972г.) и утвержденной президиумом Всесоюзного общества терапевтов (январь, 1973 г.)

Правильный отбор больных бронхиальной астмой для спелеотерапии в условиях микроклимата соляных шахт с использованием разработанной институтом методики лечения дал положительный терапевтический эффект. Непосредственно после курса лечения выписано со значительным улучшением и улучшением 82 – 90% больных взрослых 90 – 95% детей. Отдаленные результаты лечения больных с предастмой и бронхиальной астмой I ст. с легким течением заболевания показывают стойкую ремиссию в течение 2-х лет, у больных со средней тяжестью течения – 12 – 18 месяцев. У больных бронхиальной астмой I стадии с легким и средним течением, поступивших в фазе неполной ремиссии или обострения, эффективность менее выражена и удерживается до одного года. Больные, поступившие с более тяжелым течением основного заболевания или принимающие гормональную терапию, выписываются с незначительным улучшением и продолжительность ремиссии длится 3 – 6 месяцев.

Учитывая результаты наших научных исследований по лечению больных с бронхиальной астмой в условиях микроклимата соляных шахт, были разработаны показания для лечения взрослых в условиях микроклимата соляных шахт:

ПОКАЗАНИЯ.

- предастма
- бронхиальная астма I-ой ст., инфекционно-аллергическая, атопическая формы, легкой и средней тяжести течения заболевания, легочная недостаточность I – II ст., легочно-сердечная недостаточность I ст.
- бронхиальная астма I ст. с сопутствующим хроническим бронхитом и хронической пневмонией I – II ст. в фазе ремиссии
- хронический бронхит с астматическим компонентом в фазе ремиссии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

1. Абсолютные

- бронхиальная астма I ст. инфекционно-аллергическая и атопическая формы с тяжелым течением с сопутствующей эмфиземой легких, диффузным пневмосклерозом с явлениями легочной недостаточности III ст. и сердечной недостаточности II – III ст.

- бронхиальная астма II стадии;
- бронхиальная астма с сопутствующей хронической пневмонией с наличием бронхоэктазов, нагноительных процессов в легких;
- гормонозависимая форма бронхиальной астмы;
- туберкулез всех форм и стадий;
- ослабленные больные, имеющие сопутствующие заболевания других органов и систем, требующие лечение в специализированных отделениях, в том числе:
 - пороки сердца в стадии субкомпенсации и декомпенсации;
 - кардиосклероз с явлениями нарушения кровообращения II – III ст. и явлениями хронической коронарной недостаточности;
 - гипертоническая болезнь II – III ст.
 - острые и хронические заболевания почек и почечно-каменная болезнь;
 - язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки;
 - хронический гепатит и холецистит;
 - анемии различной этиологии;
 - тиреотоксикоз;
 - сахарный диабет средней тяжести и тяжелое течение;
 - заболевание ЛОР-органов, при которых противопоказаны резкие перепады атмосферного давления;
 - нарушения церебрального крово- и ликворообращения.

2. Относительные

- гормонотерапия;
- хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов в фазе обострения;
- анатомические изменения в носовых ходах (полипы, искривление носовой перегородки);
- хронический холецистоангиохолит;
- отсутствие верхней или нижней конечности, затрудняющее быстрое передвижение больного (при аварийных ситуациях);
- хронические полиартриты;
- общие противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение.

При отборе больных детей на лечение в условиях микроклимата соляных шахт следует пользоваться классификацией бронхиальной астмы А.Д.Адо и П.К. Булатова с дополнениями С.Ю.Каганова и Н.А.Тюрина и классификацией неспецифических заболеваний бронхо-легочного аппарата по Ю.Ф.Домбровской, С.В.Рачинскому, С.Ю.Каганову и др. (1973).

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МИКРОКЛИМАТА СОЛЯНЫХ ШАХТ

- предастма;
- бронхиальная астма I стадии инфекционно-аллергической и атопической формы легкой и средней тяжести течения заболевания при легочной недостаточности I – II ст.;
- бронхиальная астма с сопутствующим рецидивирующим бронхитом и хронической пневмонией I – II ст. в фазе ремиссии;
- хроническая пневмония с астматическим синдромом.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1. Абсолютные:

- бронхиальная астма I стадии инфекционно-аллергической и атопической формы с тяжелым течением и сопутствующей эмфиземой легких, диффузным пневмосклерозом с явлениями легочной недостаточности II – III ст.
- бронхиальная астма II стадии

- диффузный пневмосклероз (синдром Хаммана-Рича);
- кисты легкого;
- бронхиальная астма с сопутствующей хронической пневмонией с наличием бронхоэктазов, нагноительных процессов в легких;
- тубвираж, туберкулез всех форм и стадий;
- пороки сердца в стадии суб- и декомпенсации;
- острые и хронические заболевания почек;
- хронический гепато-холецистит;
- хронические полиартриты;
- сахарный диабет средней тяжести и тяжелое течение;
- заболевания ЛОР-органов, при которых противопоказаны резкие перепады атмосферного давления.

2. Относительные:

- гормонотерапия;
- анатомические изменения в носовых ходах (полипы, аденоиды)
- анурез.

Отбор и направление больных бронхиальной астмой на лечение в Республиканскую аллергологическую больницу проводят областные аллергологические центры. Больных принимают на лечение в возрасте от 7 до 55 лет.

Больные, отобранные аллергологическими центрами, с соответствующей медицинской документацией (перечень которой указан ниже), направляются для контрольной врачебной комиссии в Ужгородский филиал Одесского научно-исследовательского института курортологии (ул. Боженко, 4). После тщательного медицинского контроля при поликлинике института больные госпитализируются в Республиканскую больницу – клинику Ужгородского филиала института.

Больные, направленные облздравотделами на лечение, должны иметь при себе следующую документацию:

1. Направление облздравотдела, согласованное с институтом – вызов института.
2. Выписка из истории болезни с указанием диагноза легочной патологии и др.
3. Рентгенограмму органов грудной клетки (оригинал).
4. Рентгенограмму придаточных пазух носа (оригинал).
5. Заключение отоларинголога, фтизиатра, гинеколога.
6. Электрокардиограмму (оригинал).
7. Спирограмму (оригинал).
8. Общие анализы крови, мокроты, мочи, кала на яйца глист (не более 3-х недельной давности).
9. Справка об эпидобстановке для детей.

Подготовленные нами методические рекомендации для отбора больных с неспецифическими заболеваниями органов дыхания, в т.ч. больных бронхиальной астмой на лечение в условиях микроклимата соляных шахт, предусматривают краткое ознакомление с новым методом лечения, проводимым Ужгородским филиалом Одесского НИИ курортологии. Методические рекомендации позволят улучшить отбор больных и не допустить направление непоказанных больных, в связи с чем повысится эффективность лечения указанного контингента больных методом спелеотерапии.

ОТРЫВНОЙ ЛИСТ УЧЕТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Направить в обл(гор)здравотдел или головной институт
по подчиненности

1. Показания для лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких в условиях
микrokлимата соляных шахт _____

(наименование методического документа)

2. Методические указания утверждены приказом министра здравоохранения
УССР №415 от 01.08.78 г.

3. _____
(кем и когда получен)

4. Количество лечебно-профилактических учреждений, которые внедрились новые
методы профилактики, диагностики и лечения, рекомендованные данным документом _____

5. Формы внедрения (семинары, подготовки и переподготовки специалистов, со-
общение и др.) и результаты внедрения метода (количество наблюдений за год и эффектив-
ность) _____

6. Замечания и пожелания (текст) _____

М.П. _____
(должность, ф.и.о. лица заполнившего документ)