

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ С ПОЗИЦИЙ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА (заметки клинициста)

Купеев В.Г.

Центр восстановительной медицины ООО «Аирмед»

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одно из наиболее распространенных заболеваний в мире – на 1000 человек болеют 9,3 мужчин и 7,3 женщин. В России официально, по данным МЗ РФ, около 2,4 млн. больных. В действительности истинное количество реально больше, чем 16 млн. человек. Распространенность ХОБЛ в мире неуклонно увеличивается и составляет $\approx 1\%$ всего населения, а среди лиц старше 40 лет – до 10%. Это единственное заболевание, вследствие которого частота летальности значительно возросла за последние годы в США: по ИБС отмечено уменьшение (-59%), по инсульту – (-64%), по цереброваскулярным заболеваниям – (-35%), по другим причинам – (-7%). По ХОБЛ регистрируется увеличение – (+163%) [1,5,13].

ХОБЛ часто не диагностируется, своевременно выявляется только в 25% случаях. По данным ВОЗ за 2012 год ХОБЛ поднялась на 3 место по причинам смертности, 90% из них – не получают правильного лечения, предусмотренного современными рекомендациями. Хотя ХОБЛ у мужчин пока встречается чаще, чем у женщин, в настоящее время и у женщин отмечено увеличение числа больных ХОБЛ, приближаясь к распространенности среди мужчин. К факторам риска относятся: курение, техногенные загрязнения от работы металлургической, горнодобывающей, химической промышленности, других экологических загрязнений [7,11].

Все хронические заболевания легких начинаются с острого воспалительного процесса в их структурах (легочной ткани, трахеи и бронхах). Острый трахеобронхит и острая бронхопневмония – с течением времени переходят в хроническую форму [4]. Но этого могло бы не происходить, если бы лечащий врач этого или этих пациентов оказался хорошим клиницистом, «думающим» врачом. Он должен обследовать и лечить не только бронхи, лёгкие или трахею, а весь организм и найти те проблемы и нарушения, которые мешают организму быстро и полноценно избавиться от воспалительного процесса в бронхолёгочной системе. Это – остеохондроз грудного отдела позвоночника, сколиоз, кифосколиоз, и другая патология позвоночника. Именно они являются источником постоянного бронхоспазма и не дают бронхам своевременно расслабляться,

дренироваться, при этом нарушается отхождение мокроты, обтурирующей бронхи, бронхиолы, что служит почвой для размножения болезнетворных микробов, провоцирует приступы одышки, удушья, постоянного кашля и др. симптомов.

Поскольку, в условиях узкой специализации, патология позвоночника является «не профильной» для пульмонологов, они с завидным терпением и упорством лечат бронхи и лёгкие, меняя одни препараты на другие, используя их различные комбинации и сочетания (антибиотики с бронхолитиками и отхаркивающими, противовоспалительные препараты с иммуномодуляторами и противоаллергическими средствами, ингаляции с бронхолитиками и гормонами). Затем проводится промывание бронхов (бронхиальный лаваж) различными сочетаниями препаратов, проводится электрофорез и фонофорез, с использованием новых и эффективных лекарств. При этом удается достичь временного облегчения в виде купирования бронхоспазма и уменьшения воспалительных явлений, особенно на фоне приёма сильнодействующих, комплексных препаратов, сочетающих сильные бронхолитики с гормонами.

Но этот эффект сохраняется только на определенное время, поскольку сохраняется компрессия корешков спинномозговых нервов в грудном отделе позвоночника. Это неизбежно опять повлечёт за собой спазм бронхов, явления застоя мокроты и очередного обострения хронического бронхита, бронхиальной астмы и т.д. Эти пациенты ходят по замкнутому кругу от одного пульмонолога к другому, выучив наизусть названия всех препаратов-бронхолитиков, гормонов, противовоспалительных средств и карманных ингаляторов. Без них они уже не представляют себя ни дома, ни на работе, прячась и забегая в укромные уголки, чтобы сделать ингаляцию для снятия мучительного кашля, одышки, удушья, на какое-то время приобрести свободное дыхание, и продолжать свои дела. И так изо дня в день, месяцами, годами, пополняя ряды хроников и инвалидов с диагнозом ХОБЛ.

А ведь надо совсем не много: проявить участие и врачебную компетентность. Показать и объяснить пациенту, что имеется компрессия (сдавление) корешков, которая провоцирует бронхоспазм, и без её устранения – лечение будет недостаточно эффективным и результативным, эффект кратковременным и нестойким. Необходимо дать рекомендации, как уменьшить сдавление корешков. Добавить к лечению массаж, ЛФК, растяжение позвоночника, йогу, упражнения на увеличение объема движений в позвоночнике, его разгрузку и расслабление мышц, поддерживающих позвоночник. Думающий и компетентный врач сможет и должен показать пациенту с ХОБЛ, что не только грудной отдел позвоночника виновен в хронизации его болезни, но также и нарушения в других отделах позвоночника, которые так же влияют на течение основного заболева-

ния. Так, компрессия в шейном отделе позвоночника нарушает кровоснабжение головного мозга и щитовидной железы. Это ведёт к гормональному дисбалансу, что, соответственно, не может не влиять на бронхолёгочную систему, так как процессы выздоровления и восстановления в организме регулируются гормонами. Компрессия корешков в поясничном отделе нарушает работу кишечника, почек, надпочечников и это также не может не отражаться на работе бронхолёгочной системы. Но ведь это уже область гастроэнтерологии и нефрологии, может возразить «узкий» пульмонолог и, естественно, будет не прав. Все процессы очищения организма от шлаков, токсинов и аллергенов идут через желудочно-кишечный тракт, он же является фабрикой иммунитета, то же самое относится и к почкам. Очевидно, что без учёта всего комплекса нарушений в организме – не может быть правильного, эффективного и качественного лечения ХОБЛ [2,3,6,10,12].

Есть множество примеров – пациентов, прошедших лечение в наших центрах, и полностью избавившихся от хронических заболеваний бронхолёгочной системы: хронического бронхита, бронхиальной астмы, бронхоэктатической болезни. Можно привести множество историй болезни пациентов в возрасте от 7 до 90 лет с различными диагнозами ХОБЛ. Это и обструктивный бронхит, и гормонально-зависимая бронхиальная астма, и бронхоэктатическая болезнь. Эти болезни годами и десятилетиями лечились самыми современными лекарствами и в лучших пульмонологических центрах, но излечиться и полностью избавиться от дыхательных проблем смогли только после комплексного лечения, учитывающего все нарушения в организме, влияющие на патологию бронхолёгочной системы [8].

Всё вышеописанное относится так же и к реабилитации и восстановительному лечению пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, осложнённую пневмонией с последующим пневмосклерозом и пневмофиброзом.

Коронавирусная инфекция в основном распространяется воздушно-капельным путём. Вирусы попадают в верхние дыхательные пути через слизистые оболочки носа и рта. Инфицирование может произойти также через слизистые глаза, при касании их грязными руками. Если местный иммунитет слизистых носа, рта, глаз – сильный, то процесс здесь же и заканчивается. Иммунные тела слизистой или кожи быстро справляются с коронавирусом. Пациенты быстро восстанавливаются, а иногда даже не замечают, что был контакт с вирусом. Так чаще бывает у здоровых детей и здоровых молодых людей. Если сравнить кожу и слизистые детей и стариков, то сразу видно, почему вирус выбирает их. У пожилых людей кожа и слизистые дряблые, атрофичные, бледные, с мелкими трещинами, в которые легко внедряется вирусы и другие возбудители. Из-за снижения кровоснабжения в коже и слизистых пожилых людей снижает-

ся местный иммунитет, а т.к. общий иммунитет у них тоже ниже чем у молодых, вследствие общего остеосклероза и наличия различных хронических болезней, то вирусы начинают бурно размножаться и внедряться дальше по дыхательным путям в организм. Следующие этапы после носо- и рото- глотки – это гортань, трахея, бронхи, лёгкие. И здесь та же картина. Если местный и общий иммунитет снижен, то процесс течет быстро и бурно, захватывая все новые и новые зоны, вызывая массовые изменения в дыхательных органах в виде воспаления, отека, застоя, выпотевания жидкости. Впоследствии, если у больного имеются хронические патологии в виде хронического бронхита, пневмонии, бронхиальной астмы, а также при наличии остеохондроза грудного отдела позвоночника, то воспаление, вызванное коронавирусом, не рассасывается бесследно, как у здоровых людей, а затягивается, оставляя на месте воспаления склерозированные участки (пневмофиброз, пневмосклероз). Вот эти склерозированные зоны и находят рентгенологи в лёгких в виде «матового стекла» после перенесённой коронавирусной пневмонии. Эти склерозированные участки лёгких – неполноценны и всю оставшуюся жизнь будут доставлять проблемы человеку, снижая жизненную ёмкость лёгких, нарушая их эластичность и уменьшая дыхательный объём и другие функции лёгких. Необходимо избавить организм от этих неполноценных зон в лёгких, восстановить эластичность легочной ткани и их дыхательный объём. Это достигается нормализацией иннервации и кровоснабжения лёгких.

Поэтому необходимо изучить весь организм в целом, найти все проблемные зоны, препятствующие быстрому и полноценному восстановлению бронхо-лёгочной системы, независимо от близости их расположения к лёгким. Это и позвоночник, и органы желудочно-кишечного тракта, и центральная нервная система, эндокринная система, органы мочевого выделения и т.д. Такой подход позволяет добиться полного и быстрого восстановления при осложнениях, вызванных коронавирусной инфекцией.

Быстрый и качественный эффект рассасывания склерозированных участков легочной ткани дают физиопроцедуры – электрофорез, лазерофорез, фонофорез с фитоэкстрактами рассасывающего действия. Быстрый эффект обеспечивает фотодинамическая терапия. Это совместное применение лазерного излучения с фотосенсибилизаторами растительного происхождения. Намечены пути управления жизнедеятельностью коронавируса воздействием электромагнитных полей [9].

Уже после 1-2-х процедур отмечается облегчение дыхания, исчезновение одышки, появление чувство свободного дыхания «полной грудью». Естественно выздоровление идет гораздо быстрее на фоне нормальной работы органов пищеварения и выделительных систем. Ведь всё необходимое для синтеза но-

вых молодых тканей в лёгких можно получить только с пищей и только при нормальном их всасывании в здоровом желудке и кишечнике. А все неполноценные ткани, образующиеся при рассасывании, должны быть удалены из организма.

Нами разработана и успешно применяется методика качественной и быстрой реабилитации таких больных. После проведенного лечения участки пневмофиброза рассасываются, и лёгочная ткань восстанавливает свою функциональную активность и функцию внешнего дыхания.

Литература

1. Абдуллаев В.А., Бахшалиев А.Б., Юсифов Р.Н. Показатели эффективности рациональной фармакотерапии при сочетании ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких // Світ медицини та біології. 2015. Т. 11. № 4-1 (53). С. 8-12. 0
2. Белевитин А.Б., Гусак Ю.К., Дармограй В.Н., Еськов В.М., Зилов В.Г., Карасева Ю.В., Кидалов В.В., Купеев В.Г., Лобзин Ю.В., Макеев Б.Л., Морозов В.Н., Морозова В.И., Несмеянов А.А., Никитин А.Э., Панов П.Б., Потоцкий В.В., Филатова О.Е., Хадарцев А.А., Хадарцева К.А., Хапкина А.В. и др. Диверсификация результатов научных открытий в медицине и биологии. Том 1. Тула, 2009.
3. Болотова Е.В., Дудникова А.В. Особенности дисфункции почек у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Клиническая нефрология. 2015. № 2-3. С. 27-32. 9
4. Давыдченко С.В., Бова А.А. Значение респираторной инфекции в обострении хронической обструктивной болезни легких // Клиническая медицина. 2007. Т. 85. № 5. С. 10-15.
5. Даурова М.Д. Клинико-патогенетические особенности и оптимизация терапии больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертензией // Дис. ... к.м.н. Северо-Осетинская государственная медицинская академия. Владикавказ, 2014
6. Кароли Н.А., Ребров А.П. Хроническая обструктивная болезнь легких и ишемическая болезнь сердца // Клиническая медицина. 2005. Т. 83. № 6. С. 72-76.
7. Китанина К.Ю., Хромушин В.А., Хадарцев А.А. Метод сравнительной оценки загрязненных территорий в анализе безопасности жизнедеятельности населения // Известия Тульского государственного университета. Науки о Земле. 2019. № 1. С. 135-142.
8. Короли И.А., Орлова Е.Е., Маркова А.В., Ребров А.П. Коморбидность при хронической обструктивной болезни легких // Терапевтический архив. 2008. Т. 80. № 3. С. 20-24.
9. Хадарцев А.А. Биофизические аспекты управления жизнедеятельностью коронавирусов // Вестник новых медицинских технологий. 2020. №1. С. 119-125
10. Хадарцев А.А., Еськов В.М., Винокуров Б.Л., Зилов В.Г., Морозов В.Н., Цогоев А.С., Михайлова А.А., Купеев В.Г., Олейникова М.М., Дзасохова П.В., Митюшкина О.А. Восстановительная медицина. Тула, 2010. Том II.
11. Хадарцев А.А., Кашинцева Л.В., Хромушин В.А., Седова О.А., Панарин В.М., Митюшкина О.А., Панышина М.В. Техногенные загрязнения атмосферного воздуха и здоровье населения. Тула, 2020.

12. Хадарцев А.А., Купеев В.Г., Зилов В.Г., Морозов В.Н., Тутаяева Е.С. Диагностические и лечебно-восстановительные технологии при сочетанной патологии внутренних органов и систем. Тула, 2003.

13. Хромушин В.А., Хадарцев А.А., Ластовецкий А.Г. Оценка смертности населения тульской области от пневмонии // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2020. № 2. С. 39-45.

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (краткое сообщение)

¹Савищева А.А., ²Федулов Ф.Н., ²Гостеева Н.С.

¹Тульская областная клиническая больница

²ГУЗ «Городская больница № 13»

Аннотация. Обосновано включение в диагностику и терапию сердечно-сосудистых заболеваний новых методов. **Цель исследования.** Изучение возможности снижения медикаментозной нагрузки при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, имеющих психологические предпосылки своего возникновения. **Материал и методы.** В исследование включено 64 человека в возрасте 40-80 лет с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, верифицированными клиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями. Проводилась арт-терапия и транскраниальная электростимуляция на портативном аппарате «Альфария» по 20 мин. ежедневно перед арт-терапией. **Результаты.** установлено уменьшение количества пароксизмов нарушения ритма, стабилизация артериального давления, уменьшение количества экстрасистол, страхов, появилось адекватное восприятие заболевания. Улучшились показатели биохимических и инструментальных методов исследования – выявлено снижение влияния симпатической нервной системы.

Введение.

По современным эпидемиологическим данным, распространенность функциональных расстройств *сердечнососудистой системы* (ССС) среди населения достигает 15-18% на протяжении жизни, отмечена высокая частота (68-97%) и значительная вариабельность психических расстройств у этих больных. Имеются многочисленные исследования, показывающие распространенность психоэмоционального стресса, соматоформных и психосоматических расстройств [4-6]. Показана значимость в их генезе механизмов адаптации, проявляющихся в динамике показателей синтоксических и кататоксических программ адапта-