

карда вследствие воздействия гипоксии и интоксикации, что обуславливает нарушения его сократительных свойств. На этом фоне и незначительно выраженная легочная гипертензия является дополнительным патогенетическим фактором в развитии нарушений насосной функции сердца. На более поздних стадиях болезни у части больных может развиваться и дилатация правого желудочка.

Однако недостаточность кровообращения является более широким понятием, включающим не только сосудистый, но и сердечный компоненты. В связи с этим, не будет ошибкой, если мы сердечную недостаточность при двух заболеваниях, относящихся, согласно органному принципу, к пульмонологии (первичная легочная гипертензия, хроническая постэмболическая легочная гипертензия), будем именовать недостаточностью кровообращения. В равной мере это относится и к случаям застоя крови в большом круге, частично обусловленным повреждением миокарда вследствие гипоксии и интоксикации и дополнительной нагрузкой по причине легочной гипертензии.

При установлении клинической стадии недостаточности кровообращения (НК) классификация Н.Д. Стражеско — В. Х. Василенко не может быть использована в полном объеме по следующей причине.

ЛН I степени и НК I стадии (по Н.Д. Стражеско — В. Х. Василенко) имеют единый клинический критерий диагностики (одышка во время привычной физической нагрузки). Таким образом, клинически установить наличие НК I стадии не представляется возможным, так как одышка является проявлением прежде всего легочной недостаточности.

В связи с этим предлагается следующая группировка больных по стадиям застойной НК:

НК I стадии — наличие не резко выраженных признаков застоя крови в большом круге — отеки на ногах, увеличение печени, которые исчезают под влиянием терапии только основного заболевания или в комбинации с диуретиками;

НК II стадии — наличие резко выраженных отеков и гепатомегалии, требующих интенсивного, часто комбинированного, лечения диуретиками; на этой стадии, как правило, наблюдаются нарушения сократительной функции миокарда, в связи с чем требуется комплексное лечение с использованием средств коррекции сосудистого тонуса, инотропных препаратов, антиагрегантов;

НК III стадии — терминальная стадия, характеризующаяся вторичным поражением других органов и систем; единственным средством, способным сколько-нибудь продлить жизнь этих пациентов, является непрерывная оксигенотерапия.

Приведенная группировка по стадиям относится только к недостаточности кровообращения в большом круге кровооб-

ращения, так как посткапиллярный застой крови в малом круге (левожелудочковая недостаточность в виде сердечной астмы и отека легких) у больных хроническими заболеваниями легких, как правило, не наблюдается.

Формулировка диагноза складывается из четырех составляющих: наименование заболевания (с указанием степени тяжести и фазы течения)/ ЛН (с указанием степени)/ хроническое легочное сердце/ НК (с указанием стадии).

В диагнозе целесообразно отражать только случаи декомпенсированного хронического легочного сердца, то есть при наличии застойной НК. Это обусловлено следующим.

В соответствии с определением, хроническое легочное сердце — это гипертрофия и (или) дилатация правого желудочка, развивающиеся вследствие заболеваний (за исключением сердца), поражающих структуру или только функцию легких.

При заболеваниях легких правый желудочек находится в состоянии гиперфункции (компенсаторное увеличение сердечного выброса и нагрузка сопротивлением вследствие легочной гипертензии). В связи с этим у подавляющего большинства больных имеет место гипертрофия миокарда правого желудочка. Если она не регистрируется при ультразвуковом исследовании, то это связано с недостаточной чувствительностью метода эхокардиографии. Поскольку существует гиперфункция, то гипертрофия является обязательным следствием, если не на макроскопическом, то на ультраструктурном уровне.

То есть, компенсированное хроническое легочное сердце существует практически у всех больных хроническими заболеваниями легких. Указание наличия компенсированного хронического легочного сердца в диагнозе не вносит никаких изменений в тактику лечения больного, так как на этой стадии необходима только терапия основного заболевания.

В заключение приводим примеры формулирования диагноза.

1. Хронический обструктивный бронхит, I стадия, фаза обострения, ЛН I степени.
2. Хронический обструктивный бронхит, III стадия, фаза обострения, ЛН II степени, хроническое легочное сердце, НК I стадии.
3. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (+), ХТ (10.10.2000), ЛН II степени.
4. Первичная легочная гипертензия, ЛН III степени, хроническое легочное сердце, Н II стадии.
5. Двухсторонняя бронхоэктатическая болезнь с локализацией в нижних долях, фаза обострения, хронический гнойно-обструктивный бронхит, фаза обострения, ЛН II степени, хроническое легочное сердце, Н I стадии.

УДК: 005.616.24:612.13

Е.Н. Амосова, Л.Ф. Коноплева, Л.Г. Воронков, О.В. Коркушко О ПРОЕКТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца
Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско АМН Украины
Институт геронтологии АМН Украины*

Рабочая классификация сердечной недостаточности, принятая на V Конгрессе кардиологов Украины, не включает хроническое легочное сердце. Это обусловлено особенностями патогенеза застоя крови в большом круге у больных заболеваниями легких.

В настоящее время установлено, что основной причиной застоя крови в большом круге при хронических обструктивных заболеваниях легких является повышение внутригрудного давления, которое способствует экстрагрудальному депонированию крови. За счет повышения внутригрудного давления и удлинения

выдоха значительно ухудшаются условия для венозного возврата крови к сердцу и создаются предпосылки для застоя в системе нижней полой вены. Об этом свидетельствует значительное уменьшение скорости кровотока и увеличение диаметра нижней полой вены. Необходимо отметить, что сократительная функция миокарда правого желудочка при наличии отеков и гепатомегалии может сохраняться на достаточном уровне.

В связи с этим следует согласиться с авторами проекта и сохранить термин "недостаточность кровообращения" при определении застоя крови в большом круге у больных хроническими заболеваниями легких.

Со временем у больных развивается первичное поражение миокарда вследствие воздействия гипоксии и интоксикации,

что обуславливает нарушения его сократительных свойств. На этом фоне и незначительно выраженная при заболеваниях легких легочная гипертензия является дополнительным патогенетическим фактором в развитии нарушений гемодинамической функции сердца. На более поздних стадиях болезни у части больных может развиваться и дилатация правого желудочка.

Однако недостаточность кровообращения является более широким понятием, включающем не только сосудистый, но и сердечный компоненты. В связи с этим термин "недостаточность кровообращения" может быть использован и для характеристики более тяжелых случаев застоя крови в большом круге, в патогенезе которого существенное значение имеет правожелудочковая недостаточность сердца.

В проекте, представленном рабочей группой Ассоциации фтизиатров и пульмонологов Украины, предлагается группировка больных обструктивными заболеваниями легких по трем стадиям застойной недостаточности кровообращения (НК).

I стадия НК — это не резко выраженные признаки застоя крови (отеки на ногах, увеличение печени), основной причиной которого являются экстракардиальные факторы. Симп-

томы НК у этих больных исчезают под влиянием терапии основного заболевания или в комбинации с диуретиками.

У больных с НК II стадии в патогенезе застоя крови уже имеют значение нарушения сократительной функции миокарда вследствие длительного влияния гипоксии и интоксикации. В связи с этим на данной стадии НК требуется комплексное лечение с использованием средств интенсивной диуретической терапии, коррекции сосудистого тонуса, инотропных препаратов, антиагрегантов. НК III стадии — терминальная, характеризующаяся вторичным поражением других органов и систем.

С нашей точки зрения, предложенная классификация требует дополнения объективными функциональными критериями оценки степени тяжести недостаточности кровообращения, которые для больных с хроническим легочным сердцем до настоящего времени не разработаны.

Суммируя вышеизложенное, считаем целесообразным использование в клинической практике предложенной группировки в качестве рабочей классификации с рекомендациями ее дальнейшего совершенствования.

УДК: 616.24-085:362.13

С.С. Солдатченко, А.М. Ярош

КУРОРТНО-КЛИМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова

Цель курортного лечения больных воспалительными заболеваниями легких (ВЗЛ) — ликвидация остаточных воспалительных изменений в легких, десенсибилизация (при бронхиальной астме) и осуществление полноценной реабилитации и вторичной профилактики. Соответственно, на курортно-климатическое лечение направляются больные в фазе затихающего обострения, неполной и полной ремиссии.

При ВЗЛ из всех видов курортной терапии ведущей является климатотерапия. Минеральные воды и лечебные грязи играют вспомогательную роль и используются в очень ограниченных объемах для ускорения рассасывания воспалительных очагов (аппликации грязей на область проекции очага воспаления) или стимуляции отхождения мокроты (питье и ингаляции щелочных минеральных вод).

Климатотерапию ВЗЛ проводят на климатических курортах следующих типов: приморские, горные, лесные, спелеокурорты, а также смешанные. Среди последних чаще всего встречаются приморские лесные и горные лесные. Уникальным в этом плане климатическим курортом является Южный берег Крыма, где на обращенных к морю склонах Главной гряды Крымских гор имеются участки, сочетающие в себе элементы горного (низкогорье), лесного и морского (перенос бризми морского воздуха) курортов. В Украине, кроме того, приморские климатические курорты расположены по всему побережью Черного и Азовского морей (северный Крым, Одесская, Бердянская, Мариупольская группы курортов), горные — в Карпатах (в Ивано-Франковской области — Яремче и Ворохта, в Закарпатской области — Верховина, Горная Тиса), спелеокурорт — соляные шахты Солотвино (Закарпатье).

Основным курортным фактором лесного, морского и спелеокурортов является их воздух. Пребывание на открытом воздухе в экологически чистом месте всегда полезно, поскольку улучшает оксигенацию организма как за счет повышенного, в сравнении с помещениями, содержания кислорода, так и за счет стимуляции дыхания, ведущей к улучшению вентиляции альвеол. В прохладный период года парциальная плотность кислорода в воздухе выше, чем в теплый, что делает оксигенацию организма более эффективной. Кроме того, в этот период дыхание сопровождается холодным раздражением слизистых верхних дыхательных путей, что способствует их закаливанию.

Усиленным вариантом данного вида воздействий является круглосуточное пребывание на открытом воздухе. В теплое время года круглосуточная аэротерапия является щадящим методом климатолечения и может назначаться почти всем больным, находящимся в фазе ремиссии. В холодное время года здесь имеет место сочетание аэро- и термического (холодового) воздействий, что повышает нагрузочность данного вида терапии. Поэтому он нуждается в специальной организации, чтобы минимизировать холодовую нагрузку, которая в данной ситуации не может быть дозирована общепринятыми методами.

Но дыхание воздухом климатических курортов благоприятно не только усиленной оксигенацией организма. Оно представляет собой долговременную ингаляцию веществами, содержащимися в воздухе курорта. Причем их набор и, соответственно, действие на организм больного, зависит от типа курорта.

Морской воздух в сравнении с воздухом суши обогащен частицами солей натрия, магния, кальция и др. Он также содержит больше озона и легких отрицательных аэроионов, в том числе — йода, брома и др. Соли, содержащиеся в морской воде, благотворно действуют на слизистые дыхательных путей. Отрицательные легкие ионы благоприятны для нервной (седативное действие) и сердечно-сосудистой систем, стимулируют обмен веществ, активируя дыхательные ферменты тканей, оказывают гипосенсибилизирующее действие, повышают устойчивость организма.

Лесной воздух отличается чистотой и насыщенностью кислородом. Влияние его на людей, особенно на больных, в значительной степени зависит от выделяемых растениями летучих биологически активных веществ (ЛБАВ), среди которых есть вещества действующие на организм человека, на микроорганизмы (собственно фитонциды), а также обладающие обоими видами действия. Их состав и концентрация зависят от состава растительности, густоты посадок и размеров массива, сезона, погоды.

Страдающим бронхо-легочными заболеваниями больше подходят ЛБАВ, выделяемые хвойными растениями. Они обладают антибактериальным действием, улучшают бронхиальную проходимость, вентиляцию легких, оказывают противовоспалительное действие. В жаркую солнечную погоду в воздухе хвойных лесов за счет фотохимических реакций с участием ЛБАВ повышается концентрация озона, который, обла-