

Т. А. Перцева, Л. И. Конопкина
**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ:
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Днепропетровская государственная медицинская академия

В настоящее время одной из главных задач пульмонологии является улучшение качества медицинской помощи и обеспечение эффективности восстановления утраченных функций организма больных хроническими заболеваниями легких [14]. Решением этой задачи занимается отдельная отрасль пульмонологии — легочная (пульмонологическая) реабилитация.

В Европе пульмонологическая реабилитация (ПР) как наука начала развиваться в семидесятых годах прошлого столетия в связи с ростом заболеваемости и смертности пульмонологических больных, а также увеличением продолжительности жизни населения в общей популяции. Однако исследования, посвященные этим вопросам, активно стали проводиться только в последнее десятилетие [15, 16, 18, 20].

Со временем в научных кругах сформировалось мнение о том, что реабилитация пульмонологических больных, страдающих хроническими заболеваниями, должна осуществляться в двух группах пациентов — в группе так называемых "дыхательных инвалидов" (преимущественно больных нетуберкулезными заболеваниями бронхов и легких) и в группе "часто и длительно болеющих" [4]. В последнем случае речь шла о преодолении тенденции к хронизации вялотекущей и осложненной патологии в амбулаторно-поликлинических условиях.

Как показал опыт других авторов, повышение эффективности восстановительного лечения, оптимизация реабилитационных мероприятий может потребовать выделения и большего числа потоков пациентов: 1) лиц с высокой степенью риска хронических неспецифических заболеваний легких; 2) больных с впервые выявленной патологией; 3) хронических легочных больных с ранее установленным и верифицированным диагнозом [2].

Несмотря на то, что необходимость функционирования системы ПР при хронических заболеваниях легких осознана многими клиницистами и учеными, она и на сегодняшний день еще окончательно не оформилась. Многочисленные исследования предлагают и обосновывают различные методы и средства, зачастую ориентируясь только на степень функциональных нарушений у больных, но при этом не акцентируют внимание на особенностях этиологии и патогенеза конкретного заболевания. Разные подходы к решению реабилитационных задач, разные цели неизбежно вносят и разноречивые мнения.

Пожалуй, существует только одна нозологическая форма, для которой разработан некий стандарт реабилитационных мероприятий — это хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Обобщив результаты исследований, проведенных во многих европейских странах, и проанализировав ситуацию в регионах, эксперты Европейского респираторного общества были достаточно четко и научно обоснованно сформулировали основные направления по проведению реабилитации больных [17, 21, 22]. Предложены следующие компоненты реабилитационной программы при ХОБЛ:

- образование пациентов (включая антисмокинговые программы);
- психосоциальная поддержка;
- физиотерапевтическое лечение;
- общая физическая реабилитация;
- дыхательная реабилитация;
- диетивная коррекция.

Поскольку в структуре ХОБЛ около 90 % приходится на хронический обструктивный бронхит (ХОБ), эти программы могут быть применимы и в отношении больных ХОБ.

Главной целью реабилитации больных ХОБ является достижение стойкой ремиссии заболевания, которая предполагает максимальную ликвидацию клинических симптомов болезни, подавление активности воспалительного процесса в бронхах, улучшение иммунной реактивности организма, нормализацию общей активности больных. Не менее важной целью является восстановление функциональной и социальной дееспособности пациентов.

Несмотря на то, что все компоненты приведенной выше реабилитационной программы, безусловно, имеют важное значение в проведении реабилитации больных ХОБ, национальные программы могут отличаться некоторым смещением акцентов в зависимости от конкретных условий и возможностей их реализации. В данной статье нам хотелось бы остановиться на тех вопросах и направлениях, решение и усовершенствование которых в нашей стране привели бы к успеху в восстановлении здоровья больных ХОБ в обозримом будущем.

Образование больных

Образованию больных ХОБ в последние годы уделялось значительно больше внимания, чем еще 10–15 лет назад. Созданная "клубная" система обучения пациентов (пульмо-клубы, пульмо-школы и др.) во многих регионах нашей страны, в том числе и организованная нами "Астма-школа" для больных с бронхообструктивной патологией [6, 7, 8, 12], способствовала лучшему пониманию пациентами особенностей течения заболевания, усвоению знаний по тактике лечения как в период обострения, так и при стабильном состоянии. Больные научились методикам правильного использования ингаляторов различных конструкций, многие были обучены технике использования спейсеров и небулайзеров при проведении бронхолитической и муколитической терапии.

В то же время и на сегодняшний день приходится сталкиваться с тем, что многие врачи-терапевты не знакомы или мало знакомы с принципами ингаляционной терапии пульмонологических больных и с критериями подбора медикаментозных средств при определенной нозологической форме, затрудняются объяснить больным правила пользования ингаляторами, не владеют знаниями по трактовке данных спирометрических исследований. Несомненно, все эти вопросы следовало бы шире вносить в планы подготовки как студентов, будущих специалистов, так и курсантов факультетов усовершенствования врачей.

Антисмокинговые программы

Основными факторами риска формирования ХОБ в настоящее время признаны поллютанты, которые можно условно подразделить на 2 группы: 1) табачный дым; 2) поллютанты окружающей среды. Наиболее агрессивным фактором риска является табакокурение ввиду химического состава табачного дыма. Агрессивность дыма обусловлена не только газообразными химически активными соединениями, обладающими канцерогенными свойствами (формальдегид, бензпирен и др.), но и элементами твердой фазы табачного дыма (соединениями кадмия, никеля, полония, некоторыми другими тяжелыми металлами).

Статистические данные различных опросов населения показывают, что около 70 % постоянно курящих людей хотели бы бросить курить. Однако самостоятельно отказаться от табакокурения могут немногие, что определяется, прежде всего, никотиновой зависимостью. Только 7 % пожелавших прекратить курение смогли достичь одного года воздержания от курения. В связи с этим роль врача в помощи желающим бросить курить приобретает особое значение.

Основной субстанцией, вызывающей привыкание к курению табака, является никотин, воздействующий на центральные хо-

линергические структуры гипоталамической области и оказывающий негативное влияние на эмоциональный настрой курящего человека [13]. Под влиянием никотина формируется целый комплекс депрессивных реакций, которые особо остро проявляются в период отказа от курения. Толерантность и привыкание являются строго индивидуальными процессами, обусловленными временным интервалом нейроадаптации. В связи с этим и степень никотиновой зависимости является параметром индивидуальным.

Для оценки степени никотиновой зависимости был предложен тест Фагерстрема. К сожалению, он применяется только при проведении научных исследований, но не в клинической практике. Задача ближайшего будущего — создание консультативных кабинетов и центров, где врач смог бы уделить внимание каждому курящему пациенту и предложить одну из лечебно-профилактических программ:

— пациентам, которые хотят бросить курить, необходимо предложить программу лечения табачной зависимости;

— пациентов, которые не хотят бросить курить, необходимо обеспечить аргументированной информацией и литературой с целью мотивировать их к отказу от курения.

Одной из достаточно сильных мотиваций к прекращению курения может стать желание курящих родителей уберечь от пагубного воздействия своих некурящих детей.

Возможна организация групповых занятий с пациентами с привлечением к беседам психотерапевтов, ведь психологическая поддержка чрезвычайно важна для уменьшения симптомов отмены, которые неизбежно, в большей или меньшей степени, развиваются при прекращении поступления никотина в организм. Для снятия или уменьшения симптомов отмены может быть применима и другая тактика — использование никотинсодержащих препаратов — Никоретте-жевательная резинка и Никоретте-ингалятор.

Важно помнить о существовании еще одной проблемы табакокурения — проблемы пассивного курения. Известно, что табачный дым может вызывать серьезные нарушения здоровья у некурящих: головокружение и головную боль, желудочные расстройства, нарушения сердечной деятельности, изменения со стороны дыхательной системы. Сотрудниками нашей кафедры было показано негативное влияние пассивного курения на реактивность бронхов [19]. Полученные результаты могут использоваться для популяризации здорового образа жизни среди населения, при работе с молодыми людьми, особенно с будущими матерями.

Таким образом, реабилитация курящих больных ХОБ, на наш взгляд, должна осуществляться в несколько этапов:

1 этап — оценка степени никотиновой зависимости;

2 этап — изучение мотивации больного;

3 этап — выбор антисмокинговой программы:

— немедикаментозная антисмокинговая реабилитация (индивидуальные и/или групповые занятия, психологическая поддержка);

— медикаментозная помощь (никотинсодержащие препараты);

— коррекция психических нарушений (лечение депрессии, обусловленной синдромом отмены).

Психосоциальная поддержка

Этот вид реабилитации необходим всем без исключения больным ХОБ. Медицинская проблема состоит в выборе программы в зависимости от степени нарушения психологического статуса пациента. Как было показано в наших исследованиях [1, 9], при развитии депрессии, обусловленной самим заболеванием, необходима квалифицированная помощь психотерапевта или психиатра.

Физиотерапевтическое лечение

Основной целью этого направления является улучшение дренажной функции бронхов и улучшение мукоцилиарного клиренса. Используются физиотерапевтические методы, улучшающие реологические свойства мокроты, ее эвакуацию из бронхов, стимулирующие цилиарную активность (ингалирование отхаркивающих средств, постуральный дренаж, массаж грудной клетки и др.).

Общая физическая реабилитация

Повышение толерантности к физической нагрузке имеет большое значение в улучшении функционирования всех органов и систем больного ХОБ. Для оценки этого параметра используются тесты 6- и 12-минутной ходьбы.

В нашей клинике было проведено исследование по изучению эффективности бронхолитической терапии больных ХОБ на основании динамики изменений результатов теста 6-минутной ходьбы [11]. Показана возможность использования метода, рекомендовано его более широкое применение в клинической практике.

Дыхательная реабилитация

Для уменьшения проявлений одышки чрезвычайно важным является повышение силы дыхательной мускулатуры путем выполнения больным ХОБ дыхательных упражнений. Прежде всего, пациенты обучаются диафрагмальному дыханию, а также технике медленного и глубокого дыхания.

Дигестивная коррекция

Снижение веса тела у больных ХОБ, особенно при выраженной эмфиземе, прежде всего обусловлено метаболическими и энергетическими нарушениями. Часто у пациентов имеет место сочетанная патология дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта. Легочная кахексия неизбежно приводит к уменьшению силы дыхательной и периферической мускулатуры, а значит и к снижению качества жизни больных. В связи с этим проблема дигестивной коррекции при ХОБ приобретает актуальность и требует дальнейшего изучения.

В большинстве зарубежных стран реабилитация осуществляется преимущественно у тяжелых больных с ХОБ при выраженной дыхательной и легочно-сердечной недостаточности. Проведение реабилитационных мероприятий у них определяется реальными возможностями так называемой респираторной поддержки в больничных условиях и/или на дому, включающей длительную, не менее 15 часов в сутки, оксигенотерапию (при PaO_2 менее 55 мм рт. ст.) и искусственную вентиляцию легких (инвазивные и/или неинвазивные методы). Это относительно новое направление реабилитации, получившее название **длительной оксигенотерапии**, является социально необходимым и гуманным. Оно постоянно совершенствуется и обогащается перспективными медико-техническими достижениями [3]. Хочется надеяться, что скоро и в нашей стране такой тяжелый контингент больных ХОБ не будет безнадежным.

Важным вопросом, на наш взгляд, является не столько обсуждение "компонентов" ПР, сколько "степень их внедрения" на том или ином этапе лечения больных ХОБ: 1) амбулаторно-поликлиническом; 2) стационарном (в специализированных терапевтическом, реабилитационном и хирургическом отделениях); 3) санаторно-курортном. Задачей амбулаторно-поликлинического этапа является, прежде всего, профессиональная и социальная реабилитация больных; стационарного — уточнение клинического диагноза, улучшение функциональных способностей организма с помощью медикаментозных средств, а при определенных показателях (буллезная эмфизема и др.) — и путем хирургических вмешательств; санаторно-курортного — сохранение достигнутого клинического эффекта. Учитывая опыт наших коллег и анализируя результаты своей работы, мы хотели бы предложить схему предпочтительного использования того или иного компонента ПР в зависимости от этапа ведения больных ХОБ или наблюдения пациентов групп риска (табл. 1).

Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий на всех этапах наблюдения и лечения больных ХОБ необходимо изучать такой интегральный показатель здоровья как "качество жизни" (КЖ) больных. Результаты проведенных нами исследований [5, 10] позволяют заключить, что важным является не только оценка КЖ в целом или по отдельным сферам жизнедеятельности больных, но и измерение показателя "внутри" каждого направления реабилитационной программы в зависимости от:

— использования той или иной образовательной программы;

— направленности антисмокинговой программы;

— фармакологической структуры применяемого лекарственного препарата, вида доставочного устройства, длительности проводимой терапии;

Предпочтительные реабилитационные мероприятия для больных ХОБ и пациентов групп риска в зависимости от этапа наблюдения и/или лечения

Этап наблюдения и/или лечения		Проводимые мероприятия
Амбулаторно-поликлинический		— Образовательные программы. — Антисмокинг-программы. — Профессиональная реабилитация.
Стационарный в специализированном отделении	терапевтическом	— Программа восстановительного медикаментозного лечения. — Дигестивная коррекция.
	реабилитационном	— Психосоциальная поддержка. — Физиотерапевтическое лечение. — Дыхательная реабилитация.
	хирургическом	— Эндоскопические методы восстановления дренажной функции бронхов. — Редукция объема легких. — Трансплантация легких.
Санаторно-курортный		— Общая физическая реабилитация. — Климатотерапия. — Физиотерапевтическое лечение.

— методики повышения силы дыхательной мускулатуры;
— режимов общих тренировочных мероприятий;
— метода проводимой хирургической манипуляции;
— вида физиотерапевтического лечения, длительности его проведения и т.д.

Таким образом, разработка методов ПР, их популяризация и широкое внедрение в практику должны, с одной стороны, уменьшить количество потенциальных больных ХОБ, с другой — уменьшить груз экономических затрат как для индивидуума, так и для государства в целом, а также способствовать улучшению качества жизни больных и укреплению здоровья населения страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гашинова К. Ю., Перцева Т. О., Конопкина Л. И.* Залежність рівня депресії від стану вегетативної нервової системи у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень // Укр. пульмонолог. журн. — 1998. — № 1 (19). — С. 36–38.
2. *Журавлева Т. А., Клячкин Л. М., Орлова Г. Г.* О необходимости оптимизировать реабилитацию больных неспецифическими заболеваниями легких // Пульмонология. — 1999. — № 1. — С. 36–38.
3. *Зильбер А. П.* Респираторная медицина. — Петрозаводск: Изд. Петрозавод. ун-та, 1996.
4. *Кокосов А. Н.* Реабилитация больных нетуберкулезными заболеваниями бронхов и легких: наш опыт и взгляд на перспективу проблемы // Пульмонология. — 2000. — № 4. — С. 43–47.
5. *Конопкина Л. И., Ботвинникова Л. А.* Влияние применения ингаляционных кортикостероидов на качество жизни больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) // II з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України: Матеріали наукових праць. — Київ, 1998. — С. 173.
6. *Конопкина Л. И., Перцева Т. А., Богацкая Е. Е.* Организация мониторинга клинического течения бронхообструктивных заболеваний в условиях "Астма-школы" // II з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України: Матеріали наукових праць. — Київ, 1998. — С. 30.
7. *Ласица О. И., Усова Е. И.* Опыт работы Киевского астма-клуба // 7-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания: (Сб.-резюме). — Москва, 1997. — С. 239, публ. 877.

8. *Первые шаги клуба "Хронические обструктивные заболевания легких"* / Яшина Л. А., Феценко Ю. И., Полянская М. А. и др. // II з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України: Матеріали наукових праць. — Київ, 1998. — С. 37.
9. *Перцева Т. А., Гашинова Е. Ю.* Зависимость выраженности депрессии от уровня холинэстеразы эритроцитов у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // Вісник проблем біології і медицини. — 1998. — вип. 24. — С. 29–32.
10. *Перцева Т. О., Ботвинникова Л. А.* Медико-соціальні аспекти визначення якості життя у хворих на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт // Укр. пульмонолог. журн. — 2000. — № 1 (27). — С. 19–22.
11. *Перцева Т. А., Онищенко Т. С.* Эффективность длительной бронхолитической терапии у больных хроническим обструктивным бронхитом // Укр. пульмонолог. журн. — 2002. — № 2. — С. 13–16.
12. *Принципи організації та досвід роботи "Астма-школи" при Дніпропетровській медичній академії* / Перцева Т. О., Конопкіна Л. І., Богацька К. Е. та ін. // Медичні перспективи. — 1998. — Т. 3, № 2. — С. 47–49.
13. *Сахарова Г. М., Чучалин А. Г.* Лечение табачной зависимости // Рус. мед. журн. — 2001. — Т. 9, № 5. — С. 168–171.
14. *Феценко Ю. И.* Проблемы хронических обструктивных заболеваний легких // Укр. пульмонолог. журн. — 2002. — № 1 (35). — С. 5–10.
15. *Celli B. R.* Pulmonary rehabilitation in patients with COPD // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1995. — Vol. 152. — P. 861–864.
16. *Cole T. M., Fishman A. P.* Workshop on pulmonary rehabilitation research // Am. J. Phys. Med. Rehab. — 1994. — Vol. 73. — P. 132–134.
17. *Decramer M., Donner C. F.* Rehabilitation of chronic obstructive pulmonary disease. — May, 1998. — Vol. 3. — Monograph 7.
18. *Fishman A. P.* Pulmonary rehabilitation research // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1994. — Vol. 149. — P. 825–833.
19. *Gashynova K. Y.* Effect of smoking on the specific cholinergic hypersensitivity of airways in patients with chronic obstructive pulmonary disease // European Respiratory Journal. — September, 2002. — Vol. 20. — Suppl. 38. — P. 178.
20. *Hodgkin J. E.* Pulmonary rehabilitation // Clin. Chest Med. — 1990. — Vol. 11. — P. 447–460.
21. *Pulmonary rehabilitation (European Respiratory Monograph).* — March, 2000. — Vol. 5. — Monograph 13.
22. *Pulmonary rehabilitation in COPD with recommendation for its use.* ERS Task Force // Eur. Resp. Rev. — 1991. -V. 1. — P. 463–569.

Е. М. Рекалова УСЛОВНО-ПАТОГЕННАЯ МИКРОФЛОРА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины

Организм человека в норме содержит сотни видов микроорганизмов. Среди них доминируют бактерии. Вирусы и простейшие представлены значительно меньшим количеством видов. На 1 клетку организма человека приходится приблизительно 10 микроорганизмов [22].

Наибольшее количество микроорганизмов находится в желудочно-кишечном тракте. Подавляющее число таких микроорганизмов — сапрофиты-комменсалы (комменсализм — разновидность симбиоза, при которой выгоду извлекает только один партнер, не принося видимого вреда другому), но взаимоотношения микро- и макроорганизма могут носить как симбиотический, так и паразитический характер [11].