

Т. А. Перцева, Л. А. Ботвинникова, Л. И. Конопкина
**РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В КОМПЛЕКСНОМ
 ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Существенным компонентом комплексного лечения больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) является пульмонологическая реабилитация пациентов, которую определяют как "форму медицинских мероприятий, целью которых является ограничение тяжести легочной патологии, а также их последствий с учетом персональных особенностей и условий конкретных пациентов" [3, 8]. По данным Европейского респираторного общества, пульмонологическая реабилитация при ХОБ имеет четыре главные цели: уменьшение ограничения воздушного потока, предотвращение и лечение осложнений (гипоксемии и инфекции), уменьшение респираторных симптомов и улучшение качества жизни больных [10]. Выбор оптимальной реабилитационной программы основан на детализации нозологического диагноза с его максимальной индивидуализацией (распространенность и локализация процесса, активность воспаления, состояние функции внешнего дыхания (ФВД), степени легочной недостаточности), оценке общего состояния больного (наличие и характер сопутствующей патологии) [2]. Анализируя результаты исследований многих авторов и с учетом собственного опыта, можно заключить, что целью реабилитации больного ХОБ является восстановление его социальной дееспособности. Таким образом, специализированная пульмонологическая реабилитация направлена на решение следующих задач:

- 1) достижение, стабилизацию и пролонгирование ремиссии заболевания;
- 2) предупреждение обострений ХОБ;
- 3) ограничение прогрессирования бронхиальной обструкции;
- 4) улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных.

В пульмонологической реабилитации больных ХОБ уделяется внимание следующим аспектам:

- медицинскому, охватывающему медикаментозные методы лечения;
- физическому — способам физической тренировки и корригирующей кинезитерапии (лечебной физкультуре), а также массажу, мануальной терапии;
- психологическому, представляющему совокупность методов психотерапии и образования больных [1, 12].

Методология оценки результатов реабилитационных мероприятий предполагает три возможных варианта: субъективная оценка своего состояния больным, оценка состояния больного врачом по сопоставлению результата реабилитации с объективными исходными параметрами, а также сопоставление достигнутого результата с прогнозируемым. Субъективная оценка незаменима при анализе качества жизни больного, так как качество жизни (КЖ) является объективным показателем субъективности [7, 11, 13].

Целью настоящего исследования было определение КЖ больных ХОБ, прошедших курс обучения и длительной реабилитации в "Астма-школе" при кафедре факультетской терапии и эндокринологии Днепропетровской государственной медицинской академии.

Материалы и методы исследований

Для достижения поставленной цели нами было обследовано 80 больных ХОБ различных стадий в возрасте от 20 до 67 лет (средний возраст — $56,7 \pm 4,6$ лет) с длительностью заболевания от 1 до 19 лет (в среднем — $7,3 \pm 1,7$ года), из них 38 (47,5 %) женщин и 42 (52,5 %) мужчин. Диагноз был установлен на основании жалоб, анамнеза, данных клинических и инструментально-лабораторных методов исследования. Для формулировки диагноза использовалась классификация ХОБ, утвержденная приказом МОЗ Украины от 30.12.99 № 311 [4]. Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 54 больных, в комплексное лечение которых были включены длительная реабилитационная и образовательная программы, а во 2-ю — 26 больных, находившихся под амбулаторным наблюдением, но не прошедших курс реабилитации и обучения. В зависимости от стадии болезни и степени компенсации дыхательной и сердечно-сосудистой системы были разработаны индивидуальные программы реабилитации, которые включали дыхательную гимнастику и лечебную физкультуру, направленную на тренировку дыхательных мышц, физиотерапевтические процедуры, массаж и психотерапевтическую коррекцию. Курс обучения в "Астма-школе" состоял из цикла лекций и практических занятий-инструктажей.

Эффективность комплексного лечения и реабилитационных мероприятий оценивали по динамике клинических симптомов (кашель, одышка, отхождение мокроты), показателей вентиляционной функции легких (форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁), пиковая скорость выдоха (ПСВ), средняя объемная скорость выдоха на уровне 25–75 % ФЖЕЛ (СОС₂₅₋₇₅)). Определение показателей функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось на спироанализаторе "MastrLab" фирмы Erich Jaeger, Германия. С целью объективизации и документирования степени снижения толерантности к физической нагрузке проводилась нагрузочная шестиминутная шаговая проба, при которой больному ставилась задача пройти как можно большую дистанцию со спонтанной скоростью за 6 минут, после чего регистрировалось пройденное расстояние [6]. Для определения КЖ была использована "Респираторная анкета клиники Святого Георгия" ("Sent George Respiratory Questionnaire" (SGRQ)) [5, 9]. Анкета SGRQ состоит из 76 вопросов, которые составляют 3 части. Первая часть "Симптомы" измеряет степень беспокойства, обусловленного респираторными симптомами. Вторая часть "Активность" измеряет ограничение подвижности и физической активности. Третья часть "Последствия" измеряет имеющиеся психосоциальные последствия бронхиальной обструкции. Кроме того, рассчитывается итоговая оценка. Опросник SGRQ, методика и все права на использование и работу с ним в Украине предоставлены нам разработчиком профессором P. W. Jones.

Больные наблюдались в течение 12 месяцев.

Результаты исследований и их обсуждение

У больных 1ой группы положительная динамика изучаемых клинических показателей была отмечена уже на

Таблиця 1

Результаты теста с 6-минутной ходьбой у больных ХОБ ($M \pm m$, m)

Стадия ХОБ	Основная группа (n=54)		Группа сравнения (n=26)	
	До обучения	После обучения	Исходно	Спустя 12 месяцев
1-я стадия	345,7±23,71 (n=16)	449,63±19,78* (n=16)	365,34±22,07 (n=8)	378,44±16,75 (n=8)
2-я стадия	321,22±21,09 (n=25)	372,65±15,8* (n=25)	328,75±18,71 (n=16)	312,54±11,54 (n=16)
3-я стадия	309,87±12,6 (n=13)	321,54±21,2 (n=13)	314,67±28,7 (n=2)	299,6±13,04 (n=2)
Средний показатель	325,6±10,57 (n=54)	381,27±37,23* (n=54)	336,25±15,1 (n=26)	330,19±24,4 (n=26)

Примечание: * — статистически достоверно ($p < 0,05$) по сравнению с показателем до лечения.

6-ом месяце проводимого комплексного обучения и лечения, и была наиболее выражена к окончанию цикла терапии. Как известно, о прогрессировании ХОБ свидетельствует уменьшение ОФВ₁ более чем на 50 мл (1,5 %) в год. При анализе спирометрических показателей в динамике у больных ХОБ независимо от стадии заболевания не было отмечено ухудшения клинической симптоматики и ФВД. У части больных (16 человек) отмечено достоверное улучшение как клинических, так и функциональных показателей: уменьшилась одышка, кашель, повысились показатели толерантности к физической нагрузке, ОФВ₁ возрос на 14,7 %, ФЖЕЛ — на 11,4 %, ПСВ — 11,2 %, СОС₂₅₋₇₅ — на 12,4 % ($p < 0,05$).

У больных 2-ой группы выраженного улучшения клинической симптоматики и изменения, показателей ФВД не было выявлено; отмечалась тенденция к уменьшению показателей при проведении 6 минутного нагрузочного теста (табл. 1).

Несмотря на то, что улучшение функции внешнего дыхания является важным показателем лечения больных ХОБ, оно не дает представления об общем влиянии конкретного лекарственного средства или метода на благополучие пациента и его повседневную деятельность. С одной стороны, повышение КЖ больного — конечная цель действий врача. С другой, ожидания пациента и медика не всегда совпадают, улучшение объективных параметров состояния могут не соответствовать степени комфортности больного в его каждодневной жизни и деятельности.

У больных ХОБ обеих групп исходные показатели КЖ по всем шкалам были значительно изменены по сравнению с нормативными показателями — все данные свидетельствовали о низком КЖ пациентов. При этом максимальное ухудшение КЖ как по шкалам "симптомы", "активность", "последствия", так и общего показателя КЖ было выявлено у больных с 3-ей стадией заболевания в обеих группах (общий показатель был увеличен по сравнению с нормативным показателем и составил $(66,5 \pm 4,44)$ % и $(68,31 \pm 5,48)$ % в 1-ой и 2-ой группах соответственно). Больные отмечали достаточно выраженную симптоматику болезни, которая сопровождалась значительным ограничением активности. Болезнь оказывала значительное влияние на все сферы жизни и деятельности больных — эмоциональную, социальную и трудовую.

После обучения в астма-школе улучшение общего состояния больных основной группы сопровождалось существенным повышением качества их жизни — значительно и достоверно улучшились показатели по всем шкалам опросника 80КО. Одновременно со снижением выраженности симптомов у больных улучшились показатели физической активности, значительно уменьшилось

влияние заболевания на все сферы жизни и деятельности. Наиболее значительные изменения по всем шкалам были выявлены у больных ХОБ с 1-й стадией заболевания.

Одним из важных результатов использования комплексной реабилитационной программы, позитивно повлиявшим на уровень КЖ больных, стало изменение спектра используемых больными ХОБ лекарственных препаратов. Исходно 72,2 % больных основной группы не принимали базисную бронхолитическую терапию; 3 больных (5,6 %) — принимали метилксантины короткого действия (эуфиллин, теофиллин); 11 пациентов (20,4 %) с 3-ей стадией заболевания применяли сальбутамол или беротек для купирования симптомов бронхообструкции. В группе сравнения 12 человек (46,2 %) не получали постоянной базисной бронхолитической терапии, 5 (19,2 %) — постоянно принимали эуфиллин, 3 (11,5 %) — использовали пролонгированные метилксантины, 6 больных (23,1 %, из них 2 с 3-ей стадией заболевания) принимали сальбутамол или вентолин.

Всем больным ХОБ с целью индивидуального подбора терапии с учетом стадии заболевания, возраста, сопутствующей патологии, состояния сердечнососудистой системы были проведены ингаляционные фармакологические пробы с бронхолитиками, выпускаемыми в виде дозированных аэрозолей:

1) с комбинированным препаратом, в одну дозу которого входит β_2 -агонист (фенотерола гидробромид (50 мкг)) и холинолитик (ипратропиума бромид — 20 мкг);

2) с комбинированным препаратом, включающим 120 мкг сальбутамола сульфата и 20 мкг ипратропиума бромида в одной дозе;

3) с препаратом ипратропиума бромидом (20 мкг).

По результатам ингаляционных проб и в соответствии со стадией заболевания, каждому больному был подобран бронхолитический препарат. Больным с 1-ой стадией ХОБ бронхолитик был рекомендован к применению при обострении, а больным со 2-ой и 3-ей стадиями — для постоянного применения. Больным со 2-ой и 3-ей стадиями ХОБ были подобраны оптимальные комбинации бронхолитиков (например, М-холинолитик + пролонгированный теофиллин или комбинированный препарат + пролонгированный теофиллин или М-холинолитик + β_2 -агонист).

Через 12 месяцев было выявлено, что все больные, прошедшие курс реабилитации и обучения, используют соответственно назначению врача препараты базисной бронхолитической терапии, четко соблюдая режим и дозирование медикаментов (табл. 2). Были получены результаты о том, что больные при обострении заболевания, правильно ориентируясь в группах препаратов, могли сами составлять комбинации последних и регулировать режим их приема и способ доставки (с помощью спейсера или

небулайзера). Это позволило уменьшить тяжесть и сократить длительность обострений (до 7–10 дней).

Необходимо отметить также тот факт, что через 12 месяцев больные ХОБ, слушатели "Астма-школы", демонстрировали высокий уровень знаний, касавшихся мукогиперпродуктивных препаратов, наиболее распространенными из которых являются амброксол, ацетилцистеин и карбоцистеин. Пациенты знали, что использование в качестве муколитических средств протеолитических ферментов недопустимо в связи с высоким риском развития серьезных побочных эффектов — аллергии, кровохарканья, бронхоконстрикции. Таким образом, партнерство врача и больного приносит ощутимые результаты: с одной стороны, у многих больных уменьшился страх перед ингаляционным введением препаратов, а с другой стороны — уменьшился страх перед применением комбинированных бронхолитиков. Использование разработанной нами программы пульмонологической реабилитации позволило не только обеспечить пациентов информацией о сути заболевания, методах диагностики и лечения, но и сделать больного активным участником лечебного процесса, что не могло не сказаться на результатах лечения и уровне КЖ пациентов.

Использование системы длительной пульмонологической реабилитации и образования в комплексном лечении больных ХОБ способствует не только улучшению общего состояния и вентиляционной функции легких, но и существенно повышает КЖ больных.

Выводы

1. У больных ХОБ выявлено значительное ухудшение качества жизни, проявляющееся снижением повседневной жизненной активности, что обусловлено влиянием симптоматики заболевания на физическую, психическую и эмоциональную сферы пациентов.

2. Включение программ образования, физической и психологической реабилитации в комплексное лечение больных ХОБ способствует изменению спектра принимаемых лекарственных средств и, как следствие, уменьшению выраженности бронхиальной обструкции, о чем свидетельствует улучшение или стабилизация показателей функции внешнего дыхания, а также повышение толерантности к физической нагрузке.

3. Включение в комплексное лечение индивидуальных программ длительной физической реабилитации и психокоррекции ведет к достоверному улучшению качества жизни больных ХОБ.

Таблица 2

Изменение спектра препаратов базисной бронхолитической терапии у больных ХОБ

Группа препаратов	Основная группа (n=16)		Группа сравнения (n=26)	
	До обучения	После обучения	Исходно	Через 12 месяцев
Симпатомиметики короткого действия	11 (20,4 %)	7 (13 %)	6 (23,1 %)	9 (34,6 %)
M-холинолитик	—	22 (40,8 %)	—	3 (11,5 %)
Метилксантины короткого действия	3 (5,55 %)	7 (13,0 %)	5 (19,2 %)	3 (11,5 %)
Пролонгированные метилксантины	1 (1,85 %)	7 (13,0 %)	—	3 (11,5 %)
Комбинированные бронхолитики	—	25 (46,2 %)	—	—
Без каких-либо бронхолитиков	39 (72,2 %)	—	12 (46,2 %)	6 (23,1 %)

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайков С. В. Хронический обструктивный бронхит: современные подходы к диагностике и лечению. — Киев, 1998. — 40 с.
2. Клячкин Л. М., Савинов В. А. Принципы реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких на госпитальном, поликлиническом и санаторных этапах: Метод. рекомендации. — Саратов, 1998. — 51 с.
3. Клячкин Л. М. Реабилитационные программы при хронической обструктивной болезни легких // Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. А. Г. Чучалина. — Москва, 1998. — С. 291–309.
4. Матеріали до II з'їзду фізіатрів 1 пульмонологів України: бронхіальна астма, хронічний обструктивний бронхіт, пневмонія — сучасне уявлення проблеми // Укр. пульмонолог. журн. — 1998. — № 1. — С. 5–10.
5. Оценка качества жизни больного в медицине / А. А. Новик, С. А. Матвеев, Т. И. Ионова и соавт. // Клин. медицина. — 2000. — № 2. — С. 10–13.
6. Хронические обструктивные болезни легких: Федеральная программа. — Москва, 1999. — 19 с.
7. Шмелев Е. И., Беда М. В., Чучалин А. Г. Качество жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // Пульмонология. — 1998. — № 2. — С. 79–80.
8. Фещенко Ю. І. Хронічні обструктивні захворювання легень // Укр. пульмонолог. журн. — 1997. — № 2. — С. 3–8.
9. A self-complete measure for chronic airflow limitation — the St. George's Respiratory Questionnaire / Jones P. W., Quirk F. H., Baveystock C. M. et al. // Am. Rev. Resp. Dis. — 1992. — Vol. 145. — P. 1321–1327.
10. Dormer C. F., Decramer M. Pulmonary rehabilitation / Eur. Resp. Monograph. -2000. — Vol. 5, № 13/3 — 200 p.
11. Dormer C. F., Carona M., Bertolotti G. Methods of assessment of quality of life // Eur. Resp. Rev. — 1987. — Vol. 7, № 42. — P. 43–45.
12. Folgering H., Royackers J., Herwaarden C. Education and cost-benefit ratios in pulmonary patients // Monaldi Archives for Chest Disease. — 1994. — Vol 49, № 4 (2). — P. 166–168.
13. Jones P. W. Quality of life measurement: the value of standardization // Eur. Respir. Rev. — 1997. — Vol. 7, № 42. — P. 46–49.

РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Т. А. Перцева, Л. А. Ботвиникова,
Л. И. Конопкина

Резюме

С целью оценки изменений качества жизни обследовано 80 больных хроническим обструктивным (ХОБ) до и после 12-месячного цикла длительной реабилитации. Изучались клинические симптомы, показатели вентиляционной функции легких и толерантности к физической нагрузке. Для оценки качества жизни использовалась специфическая "Респираторная анкета клиники Святого Георгия" (SGRQ). Выявлено, что правильно подобранная терапия в сочетании с обучением и продолжительной реабилитацией больных ХОБ позволяет не только улучшить клинические и функциональные показатели течения заболевания, но и существенно улучшить качество их жизни.

A ROLE OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

Т. А. Pertseva, L. A. Botvinikova,
L. I. Konopkina

Summary

The aim of the study was to assess the quality of life of patients with chronic obstructive bronchitis (COB), who attended the rehabilitation and educational cycle during 12 months. We examined 80 patients with COB. The clinical signs, indices of lung ventilation were studied. For assessment of a quality of life a specific "Sent George Respiratory Questionnaire" (SGRQ) was used. It was determined, that the therapy in combination with pulmonary rehabilitation and education of patients with COB allowed to improve clinical and functional signs of the disease, and essentially increase the quality of their life as well.