

С. С. Солдатченко, С. Г. Дониц, И. П. Игнатонис
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

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

Необходимость развития медицинской реабилитации в пульмонологической клинике определяется современными представлениями о системных (внелегочных) изменениях, имеющих место при хронических заболеваниях легких (ХЗЛ). Даже при оптимальной медикаментозной терапии больные ХЗЛ имеют значительный дефицит функциональных возможностей: общую слабость, изменения со стороны сердца, низкую работоспособность, депрессию, дисфункцию скелетной и дыхательной мускулатуры, вынужденный малоподвижный образ жизни, снижение массы тела, потерю социального статуса [11]. Эти пациенты более часто и длительно болеют сопутствующими заболеваниями [6].

Большинство исследований, посвященных реабилитации, сфокусированы на больных ХОЗЛ [5, 7, 8]. Однако в настоящее время стало очевидно, что системные изменения характерны и для других ХЗЛ [11]. Следовательно, реабилитация может иметь ценность для всех пациентов, у которых респираторные симптомы связаны с уменьшенной функциональной способностью. Это положение наиболее четко сформулировано в Согласованном Заявлении European Respiratory Society (ERS) и American Thoracic Society (ATS) [ERS/ATS; 2006], где определено, что "легочная (пульмонологическая) реабилитация (pulmonary rehabilitation) является мультидисциплинарной, основанной на доказательной базе, всеобъемлющей системой мероприятий для больного хроническим заболеванием органов дыхания, имеющего клинически значимое течение заболевания и нарушение уровня повседневной активности. Интегрированная в ежедневное лечение легочная реабилитация призвана уменьшить проявления болезни, оптимизировать функциональный статус, улучшить кооперативность и уменьшить стоимость лечения за счет стабилизации или уменьшения системных проявлений болезни" [11]. Существенно, что в указанном документе многие положения, касающиеся различных аспектов легочной реабилитации, приведены с учетом рейтинговой системы оценки научных исследований — уровней доказательности A, B, C, D.

Эффекты легочной реабилитации (ЛР). У больных ХЗЛ медицинская реабилитация занимается рядом проблем, которые не могут быть разрешены только с помощью медикаментозной терапии. При ХЗЛ эти проблемы комплексно взаимосвязаны, и улучшение любого из этих связанных друг с другом процессов может разорвать "порочный круг" — в результате достигаются позитивные изменения, затрагивающие все аспекты болезни:

- повышается толерантность к физической нагрузке (уровень доказательности A);
- уменьшается интенсивность приступов удушья (уровень доказательности A);
- улучшается обусловленное здоровьем качество жизни (уровень доказательности A);
- уменьшаются количество и длительность госпитализаций (уровень доказательности A), а также беспокойство и депрессия, связанные с ХЗЛ (уровень доказательности A);
- тренировка силы и выносливости верхней группы мышц улучшает функцию рук (уровень доказательности B);
- улучшается выживаемость больных (уровень доказательности B);
- тренировка дыхательных мышц приносит пользу, особенно если сочетается с общей физической тренировкой (уровень доказательности C);
- психосоциальные вмешательства приносят положительный эффект (уровень доказательности C).

Принципы легочной реабилитации (ЛР). В соответствии с целью конкретного этапа ЛР разрабатываются и утверждаются индивидуальные программы. Последние основаны на реабилитационном потенциале пациента, то есть научно обоснованном пределе возможного восстановления дефицитных (нарушенных) физиологических функций в конкретном случае.

Каждый больной ХЗЛ, включенный в реабилитационную программу, должен рассматриваться как уникальный индивидуум со специфическими физио- и психопатологическими изменениями, вызванными основным заболеванием. При таком подходе компоненты ЛР должны быть индивидуализированы на основе тщательного обследования пациента, включающего:

1. Детальное изучение анамнеза и физикальное обследование.
2. Спирографическое исследование.
3. Оценку физических возможностей больного с использованием возрастающей нагрузки на тредмиле или велоэргометре, теста с 6-минутной ходьбой или шаттл-теста с возрастающим темпом ходьбы. Для определения повседневной активности пациента применяют детекторы движений — шагомеры, а также трехмерные акселерометры.
4. Измерение уровня состояния здоровья и влияния одышки с помощью вопросников SF-36, St. George Respiratory Questionnaire, Chronic Respiratory Disease Questionnaire и др. Большинство из них имеют сопоставимые психометрические характеристики, но некоторые вопросники были первоначально разработаны для исследовательских целей и поэтому не вполне удобны для практического использования.
5. Оценку силы инспираторных и экспираторных мышц, а также мускулатуры нижних конечностей (например, квадрицепсов) у больных с потерей мышечной массы.

Первые два пункта имеют целью оценить исходный уровень больного и его пригодность для включения в программу реабилитации, но не результаты ЛР. Последние три пункта применяются для исследования как исходного уровня больного, так и результатов ЛР.

Для осуществления ЛР требуется объединение персонала различных медицинских специальностей в мультидисциплинарную бригаду, работу которой обычно координирует опытный специалист-пульмонолог. В зависимости от программы в команду включают терапевтов, медицинских сестер, специалистов по респираторному восстановительному лечению, физиотерапии (кинезитерапии), профессиональным заболеваниям, психологов, диетологов и социальных работников. Особое внимание сегодня уделяется согласованности действий всех медицинских работников — организаторов здравоохранения, пульмологов, терапевтов, семейных врачей, профпатологов, врачей ВТЭК и страховых компаний — в процессе постановки диагноза, оценки тяжести, лечения и реабилитации больных ХЗЛ. Такой подход соответствует концепции интегрированной медицинской помощи, сформулированной Всемирной Организацией Здравоохранения в 2001 г. [12].

Положительные результаты ЛР описаны при ее проведении как в стационарах, так и в амбулаторных или домашних условиях [13]. Чаще всего на выбор режима ЛР влияют соображения стоимости и доступности. Образовательные мероприятия и физические тренировки обычно проводят в группах, состоящих из 6–8 больных (уровень доказательности D). Важнейшую роль играет активное вовлечение больного и его семьи в проведение различных методов и комплексов ЛР.

Отбор пациентов и дизайн программ ЛР. ЛР должна применяться у больных с ХЗЛ, имеющих одышку и другие респираторные симптомы, сниженную переносимость физической нагрузки, ограничения в активности вследствие болезни или на-

рушенное состояние здоровья. Специфических показателей функции легких, которые были бы показанием для реабилитации, нет, поскольку симптомы и функциональные ограничения, а не тяжесть основной патологии указывают на необходимость реабилитации. Рекомендуются как можно более раннее начало ЛР, что позволит своевременно применить профилактические программы, такие как отказ от курения, коррекция нутритивного статуса и методы физической тренировки [6].

Хотя для определения критериев отбора больных для ЛР нужно больше информации, установлено, что практически у всех больных ХЗЛ отмечаются положительные сдвиги в результате выполнения программ физической тренировки. Это отражается не только в улучшении переносимости физической нагрузки, но и в уменьшении одышки и слабости (уровень доказательности А). Исследования показывают, что данные изменения могут сохраняться даже после одного курса реабилитации [8]. Улучшение не исчезает после окончания программы, однако если ЛР продолжается дома, статус больного поддерживается на уровне выше того, который отмечался до реабилитации (уровень доказательности В).

Курильщики являются подходящими кандидатами для реабилитации, и у них можно достичь, возможно, того же эффекта, как у некурящих или бывших курильщиков. Здесь отказ от курения является важной составной частью реабилитации [1].

Абсолютных противопоказаний к ЛР не существует, хотя отсутствие мотивации больного и низкий комплаенс к терапии могут служить серьезным ограничением для завершения пациентом предложенных программ и достижения значимого эффекта от них. Препятствия для проведения ЛР можно разделить на две категории:

1) состояния, которые могут не позволить проводить реабилитацию (например, тяжелые психические расстройства);

2) состояния, которые обуславливают риск при физической тренировке (например, нестабильная стенокардия).

Программы амбулаторной реабилитации должны состоять как минимум из 6 недель физических упражнений, обучения пациентов, а также психологических и социальных вмешательств. Занятия следует проводить не менее трех раз в неделю, причем два из них должны проходить под наблюдением специалиста (уровень доказательности С). Минимальная продолжительность ЛР составляет 2 месяца; чем длительнее она продолжается, тем больший эффект наблюдается (уровень доказательности В).

Компоненты ЛР значительно варьируют, однако полноценная реабилитационная программа должна включать [6, 7, 8, 13]:

- физические тренировки для развития силы и выносливости скелетной и дыхательной мускулатуры,
- психологическое/поведенческое воздействие,
- коррекцию нутритивного статуса;
- образование больных.

В странах СНГ традиционными компонентами ЛР являются аппаратная физиотерапия и санаторно-курортное лечение.

Обучение пациентов является важным компонентом полноценной ЛР и входит во все реабилитационные программы. В связи с этим его изолированный эффект не может быть четко определен. Среди потенциальных положительных эффектов обучения имеются следующие: активное участие пациента в процессе лечения, улучшенные навыки преодоления болезни, лучшее понимание физических и физиологических изменений при хроническом заболевании, лучшее следование рекомендациям врача [6]. В дополнение к стандартным беседам в программы можно включать обучение больных правильному дыханию.

Социально-экономический аспект ЛР относится к вопросам трудоустройства больного, экспертизы трудоспособ-

ности, взаимоотношения больного и общества, больного и семьи. Значительный эффект может быть достигнут при объединении реабилитационных центров и учреждений МСЭК, что подтверждается, в частности, опытом Симферопольского реабилитационного пульмонологического центра, в состав которого включена Крымская республиканская специализированная ВКК. Благодаря текущему анализу соответствия медицинских документов объективному статусу пациентов, а также оперативной оценке эффективности ЛР и базисной терапии, достигнуто снижение интенсивного показателя первичного выхода на инвалидность больных ХЗЛ с 2,9 на 10 тысяч населения в 2003 г. до 1,6 в 2007 г. (по Украине — 1,9). Что касается больных ХОЗЛ, то здесь обсуждаемый показатель снизился с 0,8 на 10 тыс. населения в 2003 г. до 0,5 в 2007 г. (по Украине — 0,8).

Осуществление целостной системы ЛР возможно только в специализированных пульмонологических учреждениях с полномасштабной системой служб и сквозной программой мероприятий. В основе управления данной системой должна лежать количественная оценка валидных критериев эффективности реабилитации [2]. Подобный подход может быть реализован во вновь создаваемых в нашей стране пульмонологических реабилитационных центрах, где предусмотрена организация медицинской помощи в виде амбулаторного приема или дневного стационара. Здесь также возможно полноценное проведение образовательных программ для пациентов (антисмокинговых, "астма-школ", "школ для больных ХОЗЛ" и др.), направленных на решение проблем первичной и вторичной профилактики заболеваний органов дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврисюк В. К. Хроническое легочное сердце: механизмы патогенеза и принципы терапии [Текст] / В.К. Гаврисюк // Укр. пульмон. журн. — 2006. — №4 — С. 6–13.
2. Перцева Т. А. Реабилитация больных хроническим обструктивным бронхитом: достижения и перспективы [Текст] / Т.А. Перцева, Л.И. Конопкина // Укр. пульмон. журн. — 2003. — № 3 — С. 63–65.
3. Солдатченко С. С. Реализация программ легочной реабилитации в Автономной Республике Крым [Текст] / С.С. Солдатченко, С.Г. Донич, И.П. Игнатонис // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2007. — №2. — С. 127–128.
4. Фещенко Ю. И. Хроническое обструктивное заболевание легких [Текст] / Ю.И. Фещенко, С.С. Солдатченко // Крымский медицинский формуляр. — 2005. — № 10. — С. 3–96.
5. American College of Chest Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based guidelines. ACCP/AACVPR Pulmonary Rehabilitation Guidelines Panel [Text] // Chest. — 1997. — V. 112. — P. 1363–1396.
6. American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation [Text] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2006. — V. 173. — P. 1390–1420.
7. American Thoracic Society. Pulmonary rehabilitation -1999 [Text] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1999. — V. 159 — P. 1666–1682.
8. BTS statement. Pulmonary rehabilitation [Text] // Thorax. — 2001. — V. 56. — P. 827–834.
9. Donner C.F. Selection criteria and programmes for pulmonary rehabilitation in COPD patients. Rehabilitation and Chronic Care Scientific Group of the European Respiratory Society [Text] / C.F.Donner, J.F.Muir // Eur. Respir. J. — 1997 — № 10. — P. 744–757.
10. Eccles M. North of England evidence based guidelines development project: methods of guidelines development [Text] / M.Eccles [et al.] // BMJ. — 1996. — V. 312. — P. 760–762.
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2006: [Электрон. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.goldcopd.com>. — Заголовок с экрана.
12. Grone O. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services [Text] / O.Grone [et al.] // Int. J. Integr. Care. — 2001. — № 1. — P. 115.
13. Troosters T. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / T.Troosters [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2005. — V. 172 — P. 19–38.