

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (MEDICAL-SOCIOLOGICAL RESEARCH)

DOI: 10.12731/2218-7405-2015-2-14

УДК 61

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ.

Ильина Э.А., Трофимова Л.В.

В настоящее время, рассматривая вопрос о распространенности бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких, мы вынуждены говорить о социально значимых заболеваниях, которые наносят урон человечеству мирового масштаба с высоким уровнем инвалидизации и смертности населения. Так же важным аспектом является экономическая составляющая данной проблематики. Достаточно большая статья расходов отводится на лечение больных данной категории больных из федерального и регионального бюджета. В связи с этим, стал остро вопрос о совершенствовании алгоритма динамического наблюдения и реабилитационных мероприятий для больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой. Достижения в области медицины позволяют практическому врачу применять лекарственные препараты, направленные на достижение полного контроля заболевания. Но как показывает реальная практика важным является и тот факт, каков достигнут комплаинс между врачом и пациентом. Какие методы еще могут применяться в лечении больных БА и ХОБЛ могут применяться? Конечно это психокоррекция. Большое многообразие клинических проявлений у пациентов с данными патологическими состояниями позволяет нам задуматься о формировании определенного психостатуса больных. Всестороннее изучение БА и ХОБЛ представляет научный интерес для практической медицины, что и явилось актуальным вопросом в нашем исследовании.

В проводимом нами исследовании участвовало всего 330 человек. Из них 185 человек – больных бронхиальной астмой. Из них – 50 человек легкой степени тяжести заболевания, 110 человек – средней степени тяжести и 25 – тяжелой степени тяжести. Средний возраст пациентов составил 38-56 лет. Средний возраст составил 57-63 года.

Пациенты были включены в исследование путем случайной выборки на этапе диспансерного наблюдения в условиях БУ «Сургутская окружная клиническая больница» консультативно-диагностической поликлиники. Наблюдение проводилось на протяжении 2012-2014 гг.

Проводя многостороннее исследование личности больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, мы воспользовались методикой, предлагаемой стандартизированным и адаптированным Миннесотским опросником (ММПИ).

Для статистической обработки материала применен пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 (Stat Soft Inc). Использовали: критерий Стьюдента (t); критерий Вилкоксона для оценки значимости различий количественных переменных в двух связанных выборках; U-критерий Манна-Уитни для оценки значимости различий количественных переменных в двух независимых выборках; критерий Мак Немара % (для связанных выборок) и двухсторонний точный критерий Фишера (для независимых выборок) для сравнения переменных, представленных в виде частот; корреляционный анализ путем вычисления коэффициента корреляции Спирмена [Гланц С., 1995; Гельман В.Я., 2002; Реброва О.Ю., 2002].

В группу больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) вошли 145 человек. Из них 95 человек – больные II стадии тяжести заболевания и 50 человек – III стадии заболевания.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких; бронхиальная астма; реабилитация; организация здравоохранения; доступность медицинской помощи; государственная политика.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN OUTPATIENT

Ilina E.A., Trofimova L.V.

Currently, considering the prevalence of asthma and chronic obstructive pulmonary disease, we have to talk about the social diseases that cause damage to humanity world-wide

with high morbidity and mortality. Another important aspect is the economic component of this problem. Rather large item of expenditure is allocated to the treatment of patients from this groups from the federal and regional budgets. In this regard, the question of improving the algorithm of dynamic monitoring and rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma became actual. Advances in medicine allow the practitioner to use drugs to achieve full control of the disease. But from the real practice it is an important fact, what is a compliance between doctor and patient. What methods can still be used in the treatment of patients with asthma and COPD? Of course it is psycho-correction. The variety of clinical manifestations in patients with these disease states allows us to reflect on the formation of a certain psycho status of patients. Comprehensive study of asthma and COPD is of scientific interest for practical medicine, which was an important issue in our study.

Our study involved a total of 330 people. From them 185 people are patients with bronchial asthma. From them – 50 with mild disease, 110 people – moderate severity and 25 – severe. The average age of patients was 38-56 years. The average age was 57-63 years.

Patients were included in the study by random sampling at the stage of clinical supervision in a BU «Surgut district Hospital» consultative and diagnostic clinic. Observation was performed during 2012-2014.

Through multilateral study of individual patients with bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease, we used the method proposed by standardized and adapted the Minnesota questionnaire (MMPI).

For statistical processing of the material software package STATISTICA 6.0 (Stat Soft Inc) was used. We used: Student's t test (t); Wilcoxon test to assess the significance of differences in the two quantitative variables related samples; U-Mann-Whitney test to assess the significance of differences of quantitative variables in two independent samples; criterion Mac-Nemar % (for related samples) and two-sided Fisher's exact test (for independent samples) to compare the variables presented in the form of frequencies; Correlation analysis by calculating the Spearman correlation coefficient [Glanz C., 1995; V.Y. Gelman, 2002; Rebrov O., 2002].

The group of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) includes 145 people. From them, 95 people – patients with stage II severity and 50 – III stage.

Keywords: *chronic obstructive pulmonary disease; asthma; rehabilitation; health organization; access to health care; public policy.*

Актуальность исследования

Бронхиальная астма – это наиболее распространенное хроническое заболевания дыхательной системы, как у детей, так и у взрослых. Насчитывается около 235 миллионов человек страдают данным заболеванием (А.Г. Чучалин, 2012).

Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность бронхиальной астмы в несколько раз превышает показатели официальной статистики. Причинами гиподиагностики являются незнание практическими врачами критериев диагноза, нежелание регистрации болезни из-за боязни ухудшить отчетные показатели, Проблемы с диагностикой приводят к отсутствию или позднему началу профилактических и лечебных мероприятий, в связи с чем данные проводимых в регионе эпидемиологических исследований приобретают важное значение.

В настоящее время говорить об инвалидности вследствие бронхиальной астмы не приходится, зачастую это заболевание входит в раздел сопутствующих. Но важность проведения реабилитационных мероприятий велика в связи с выраженной психосоматикой у данной категории больных, коррекция которой позволит достичь высокого комплаенса между врачом и пациентом и хорошей приверженности к лечению.

Хроническая обструктивная болезнь легких – это заболевание которое оказывает негативное влияние на качество жизни и уровень смертности населения на популяционном уровне. Организация и осуществление программ реабилитации позволяет восстановить трудоспособность больных хронической обструктивной болезнью легких до 65-75%, а у больных бронхиальной астмой до 80-90% случаев при снижении обострений в 2-3 раза и уменьшении сроков нетрудоспособности в 2,5-3 раза (А.Г. Малявин, 2006). Не зависимо от степени тяжести и фазы течения заболевания, базисными реабилитационными мероприятиями являются медикаментозная терапия, психосоциальная поддержка и обучение. Именно реабилитация, согласно современным представлениям, является важной частью лечебно-диагностического процесса.

В настоящее время Европейское респираторное общество уделяет особое внимание реабилитации. Это мультидисциплинарный, научно обоснованный подход терапии больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой с целью достижения оптимального физического и психологического состояния больного.

Принципы легочной реабилитации

- мультидисциплинарный подход, позволяющий врачам многих специальностей (пульмонологам, физиотерапевтам, диетологам, работникам патронажной службы, медицинским сестрам) контролировать состояние больного;

- каждая программа легочной реабилитации должна быть адаптирована для каждого пациента индивидуально;
- необходимо знать, что улучшение функциональной способности легких и качество жизни пациента может не сопровождаться улучшением легочной функции объективно.

Важно так же отметить, что легочная реабилитация должна применяться и на уровне стационара, и на уровне санаторно-курортного лечения и в особенности в условиях амбулаторно-поликлинических.

Мультидисциплинарный подход легочной реабилитации позволяет врачам многих специальностей (пульмонологам, врачам лечебной физкультуры, физиотерапевтам, медицинским сестрам) контролировать состояние больных и на практике использовать различные виды помощи больному: фармакотерапия, изменение модели дыхания, физические тренировки, психосоциальная поддержка, рациональное питание, образовательные программы.

Цель реабилитации – уменьшение симптомов заболевания, повышение качества жизни больных, снижение социальной изоляции (что особенно актуально для больных хронической обструктивной болезнью легких III-IV стадии), снижение физической детренированности.

Основные компоненты легочной реабилитации включают образование больных, психосоциальную поддержку, общие физические тренировки, и селективный мышечный тренинг, методы физиотерапии, рациональное питание. Особенно актуальны сегодня антисмогинговые программы которые реализуются многими амбулаторными звеньями в рамках выполнения Федеральной антисмогинговой программой, направленной на различные возрастные категории граждан. Именно эти программы составляют важное звено в реабилитации больных как бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких на всех стадиях заболевания.

Результаты исследования

На основании проведенного нами анализа разработан алгоритм ведения больных с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких в условиях амбулаторной медицинской службы.

Данная схема позволит добиться у большего количества пациентов контроля заболевания и как трудовой, так и психологической реабилитации.

Реабилитация больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких должна быть комплексной и охватывать многие аспекты жизнедеятельности пациента. С одной стороны. Это медикаментозное лечение с целью улучшения функции легочной си-

стемы и поддержания достигнутого положительного результата длительный период времени. С другой стороны, это не только повышение качества жизни больного, но и его социализация в обществе. Говоря как о бронхиальной астме, так и о хронической обструктивной болезни легких мы подразумеваем хронические заболевания которые полностью изменяют жизненную активность больных. Если при бронхиальной астме мы достаточно быстро достигаем положительного терапевтического эффекта и пациент «адаптируется к заболеванию», то в случае с больными хронической обструктивной болезнью легких говорить о достаточно быстром и стойком положительном эффекте от проводимой терапии говорить не приходится.

Проведенные нами исследования, которые четко продемонстрировали психологический портрет пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, диктуют нам некоторые различия в психологической реабилитации.

В период проведения значимых реформ в сфере здравоохранения, стоит отметить тот факт, что все реабилитационные мероприятия проводятся в условиях амбулаторно-поликлинической службы при которой сегодня функционируют отделения медицинской профилактики и реабилитации. Практика показывает необходимость разработки программы-алгоритма для практикующего врача-терапевта и врача-реабилитолога. Задачи реабилитации будут несколько различны в случае работы с пациентом с установленной группой инвалидности и работы с больным без явлений нетрудоспособности.

1 этап – этап диагностики, который включает в себя весь необходимый спектр лабораторно-инструментального и клинического обследования, рекомендованные GINA и GOLD.

2 этап – этап назначения лечения, которое будет подразделяться на 2 вида. Лечение в период ремиссии и лечение в период обострения.

На втором этапе важно отметить обязательную диспансеризацию которая должна отвечать одному требованию – продлить работоспособность больного и предотвратить прогрессирование заболевания. В связи с этим, на наш взгляд, именно на этом уже этапе необходимо проводить разъяснительную работу с пациентом и при необходимости включать консультации клинического психолога, что позволит достичь высокого комплаенса уже на раннем этапе работы.

В случае определения группы нетрудоспособности, что сегодня является особенно актуальным для больных хронической обструктивной болезнью легких, наступает период реализации и выполнения индивидуального плана реабилитации. Данный план в установленной форме включает в себя два основных раздела – медикаментозное лечение и социальная реабилитация пациента.

Анализ 1800 ИПР в ГП№2 и ГП№1 г. Сургута показал, что у 65% пациентов второй раздел или включает минимум мероприятий по реабилитации пациента, либо, отсутствует совсем. На наш взгляд, этим и объяснимо растущее количество жалоб со стороны пациентов в адрес МСЭ и Департамента социального обслуживания населения. При отсутствии в течение одного или двух лет мероприятий направленных на восстановление работоспособности, повышение качества жизни больного, назначается переосвидетельствование группы инвалидности. При этом, можно наблюдать тот факт, что при отсутствии реабилитации или снимается группа инвалидности, или меняется на группу выше. В связи с этим мы должны подчеркнуть важность проведения разъяснительных работ на этапе после прохождения МСЭ и акцентирования активного участия самого больного в восстановительной терапии.

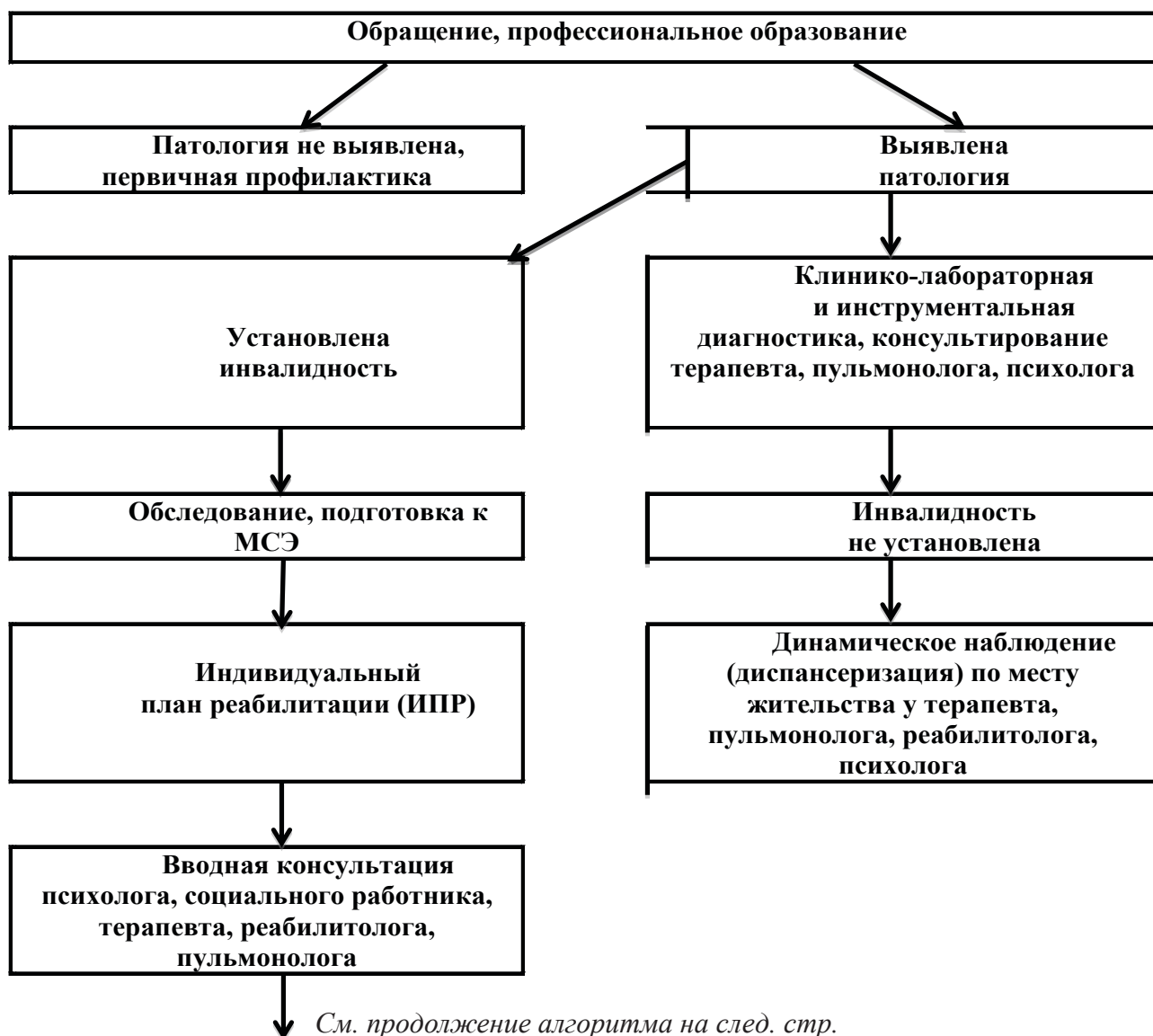
Безусловно, присуждая группу нетрудоспособности на определенный период времени, МСЭ подразумевает проведение комплекса мероприятий по восстановлению утраченной функции органа или системы, повышение качества жизни больного и полную его социализацию в обществе, так как мы говорим о хроническом процессе. В связи с этим, является актуальной тема по реализации Федеральной программы интеграции инвалидов в общество.

Таким образом, если бронхиальную астму с помощью новых препаратов и совершенствованных подходов к лечению мы можем контролировать длительное время и сегодня нам редко приходится говорить об инвалидности среди данной категории больных. То, для пациентов хронической обструктивной болезнью легких этот вопрос остается открытым. Заболевание имеет тенденцию к быстрому прогрессированию с вовлечением различных органов и систем. Зная средний возраст больных (около 46-50 лет) все же приходится говорить о населении трудоспособного возраста. Данный аспект еще раз подтверждает актуальность разработки алгоритма реабилитации для больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. Актуален вопрос реабилитации в особенности для больных, проживающих в условиях высоких широт, так как длительное воздействие (более 9 месяцев) холодного воздуха на органы дыхания провоцирует более быстрое развитие дыхательной недостаточности у данной категории больных. Так же, многие исследования доказывают особенность психосоциального статуса жителей Севера (Яковлев Б.П., 2008, Гильбурд О.А., 2009).

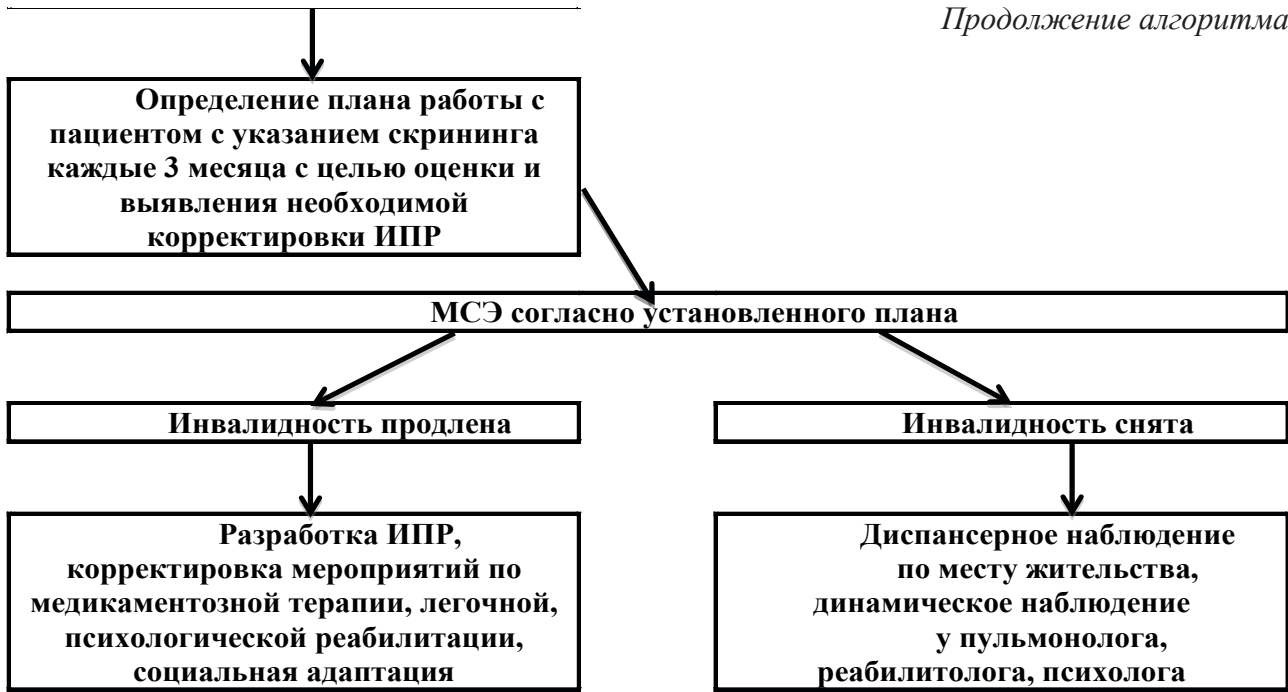
Чтобы говорить об эффективной реабилитации необходимо оценить реабилитационный потенциал ((РП) пациента, а так же факторы которые оказывают непосредственное комплексное воздействие. Реабилитационный потенциал – это комплекс как биологических, так и психологических, социальных факторов, которые позволят реализовать потенциальные возможности

человека. [Глотов А.В. и др., 2008]. В исследовании для оценки РП, наряду с общепринятыми показателями, отражающими выраженность функциональных и органических нарушений респираторной системы, использовали интегральные: суммарную оценку симптомов, КЖ согласно данным опросника SR-36, толерантности к физической нагрузке, социальной недостаточности.

На основании проведенных нами исследований и анализа был разработан алгоритм реабилитационных мероприятий на уровне амбулаторно-поликлинического звена медицинской помощи населению.



Продолжение алгоритма



Выводы

Таким образом, проведенное нами исследование доказывает, что «центром» реагирования на комплексную реабилитацию больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой является амбулаторно-поликлиническая служба. Именно она выходит на пьедестал в реализации государственной стратегии адаптации инвалидов в современном обществе. В связи с этим, врачу в реальной терапевтической практике необходимо учитывать не только клинические проявления заболеваний, но и нарушение психологической адаптации личности. Совместная деятельность врач-клинический психолог позволит быстрее и качественнее проводить комплексное лечение заболевания и быстрее достичь комплаенса между врачом и пациентом.

Список литературы

1. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний. Отчет рабочей группы // ВОЗ. 1998. – М., 2001.
2. Ambrosino N. Pulmonary rehabilitation: a year in review / N. Ambrosino, M. Serradori // Breathe. 2006. № 2(3). Pp. 237-244.

3. Clini E.M. Nonpharmacological treatment and relief of symptoms in COPD / E.M. Clini, N. Ambrosino // Eur. Respir. J. 2008. №32. Pp. 218-228.
4. Guell R. Home-based Rehabilitation / R. Guell // Breathe. 2008. №5. Pp. 139-141.
5. Finnerty J.P. The Effectiveness of Outpatient Pulmonary Rehabilitation in Chronic Lung Disease: A Randomized Controlled Trial / J.P. Finnerty [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1999. №159. Pp. 896-901.
6. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease // NHLBI/WHO workshop Report. Last updated. 2008.
7. Hui K.P. A Simple Pulmonary Rehabilitation Program Improves Health Outcomes and Reduces Hospital Utilization in Patients With COPD / K.P. Hui, A.B. Hewitt // Chest. 2003. №124. Pp. 94-97.
8. Jones R. Pulmonary rehabilitation / R. Jones, M.D.L. Morgan // Thorax. 2002. №57(5). Pp. 468-468.
9. Monninkhof E. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review / E. Monninkhof [et al.] // Thorax. 2003. №58(5). Pp. 394-398.
10. Nguyen H.Q. Dyspnea Self-Management in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Moderating Effects of De-pressed Mood / H.Q. Nguyen, V. Carrieri-Kohlman // Psychosomatics. 2005. №46. Pp. 402-410.
11. Pulmonary Rehabilitation. Official Statement of The American Thoracic Society // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1999. №1(159). Pp. 321-340.
12. Pulmonary rehabilitation. British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation // Thorax. 2001. №56. Pp. 827-834.
13. Pulmonary rehabilitation. European Respiratory Monograph / Ed. by C.D. Donner, M. Decramer // Monograph 13. 2000. Vol. 5.
14. Vellosso M. Functionality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: energy conservation techniques / M. Vellosso, J.R. Jardim // J. Bras. Pneumol. 2006. №32(6). Pp. 580-586.

References

1. *Terapevticheskoe obuchenie bol'nykh*. [Therapeutic patient education]. Continuing education programs for health professionals in the prevention of chronic diseases. Report of the Working Group // WHO. 1998. – Moscow, 2001.

2. Ambrosino N. Pulmonary rehabilitation: a year in review / N. Ambrosino, M. Serradori // *Breathe*. 2006. №2 (3): 237-244.
3. Clini E.M. Nonpharmacological treatment and relief of symptoms in COPD / EM Clini, N. Ambrosino // *Eur. Respir. J.* 2008. №32: 218-228.
4. Guell R. Home-based Rehabilitation / R. Guell // *Breathe*. 2008. №5: 139-141.
5. Finnerty J.P. The Effectiveness of Outpatient Pulmonary Rehabilitation in Chronic Lung Disease: A Randomized Controlled Trial / JP Finnerty [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999. №159: 896-901.
6. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease // NHLBI / WHO workshop Report. Last updated. 2008.
7. Hui K.P. A Simple Pulmonary Rehabilitation Program Improves Health Outcomes and Reduces Hospital Utilization in Patients With COPD / KP Hui, A.B. Hewitt // *Chest*. 2003. №124: 94-97.
8. Jones R. Pulmonary rehabilitation / R. Jones, MDL Morgan // *Thorax*. 2002. №57 (5): 468-468.
9. Monninkhof E. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review / E. Monninkhof [et al.] // *Thorax*. 2003. №58 (5): 394-398.
10. Nguyen H.Q. Dyspnea Self-Management in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Moderating Effects of De-pressed Mood / HQ Nguyen, V. Carrieri-Kohlman // *Psychosomatics*. 2005. №46: 402-410.
11. Pulmonary Rehabilitation. Official Statement of The American Thoracic Society // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999. №1 (159): 321-340.
12. Pulmonary rehabilitation. British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation // *Thorax*. 2001. №56: 827-834.
13. Pulmonary rehabilitation. European Respiratory Monograph / ED. by C.D. Donner, M. Decramer // *Monograph 13*. 2000. Vol. 5.
14. Vellosso M. Functionality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: energy conservation techniques / M. Vellosso, JR Jardim // *J. Bras. Pneumol.* 2006. №32 (6): 580-586.

ДАнные ОБ АВТОРАХ

Ильина Элла Андреевна, к.м.н., доцент, врач–пульмонолог БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Российский государственный социальный университет (филиал в г. Сургуте)

*ул. 30 лет Победы, 19, Сургут, Ханты-Мансийский Автономный округ – Югра АО, Россия
ella.ilina.1974@mail.ru*

Трофимова Людмила Валерьевна, врач иммунолог-аллерголог

БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

ул. Энергетиков, 14, Сургут, Ханты-Мансийский Автономный округ – Югра АО, Россия

DATA ABOUT THE AUTHORS

Ilina Ella Andreyevna, MD, PhD, doctor-pulmonologist BU «Surgut district Hospital»

Russian State Social University (branch in Surgut)

19, 30 let Pobedy st., Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Area – Yugra AO, Russia

ella.ilina.1974@mail.ru

Trofimova Lyudmila Valerievna, physician immunologist-allergist

BU «Surgut district Hospital»

14, Energetikov, Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Area – Yugra AO, Russia