

УДК 616.24-036.12-08-036.865

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

¹Куницына Н.М., ²Гурко Г.И., ¹Юдина Е.В., ³Ильницкий А.Н.

¹Медицинский центр «Поколение», Белгород, e-mail: kun_nm@list.ru;

²Институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Санкт-Петербург, e-mail: info@gerontology.ru;

³Полотский государственный университет, Новополоцк, e-mail: a-ilmitski@yandex.ru

В статье представлена разработанная схема этапной профилактики инвалидности у пациентов старших возрастных групп с хронической обструктивной болезнью легких и оценена ее эффективность. Показано, что в случае послеоперационного ведения пациента с хронической обструктивной болезнью легких центральным этапом является стационарный, на котором проводится подбор кинезотерапевтических программ и образовательная подготовка. Иная ситуация складывается при консервативном ведении пациентов с обструктивными болезнями легких. Здесь в основе реабилитации находится поликлинический этап, который при обострениях заболевания дополняется стационарным и по мере необходимости санаторным.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, хроническая обструктивная болезнь легких.

THE EFFECTIVENESS ETAPIC PREVENTION OF DISABILITY IN SENIORS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

¹Kunitsyna N.M., ²Gurco G.I., ¹Yudina E.V., ³Ilitskiy A.N.

¹Medical Centre «Pokolenie», Belgorod, e-mail: kun_nm@list.ru;

²St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, NMB of RAMS, St. Petersburg, e-mail: info@gerontology.ru;

³Polotsk State University, Novopolotsk, e-mail: a-ilmitski@yandex.ru

The scheme of etapic prevention of disability in seniors with chronic obstructive pulmonary diseases is presented in this article. The article consist conclusion that hospital is the central stage of medical rehabilitation in case of postoperative situation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The kinesotherapy and medical education are realized in this stage. Other situation take part in conservative case, In thus situation the ceantral stage is polyclinic one. In case of necessary the policlinic stage has such addition as methods in hospital or sanatorium.

Keywords: medical rehabilitation, chronic obstructive pulmonary diseases

В последние годы все больше внимания уделяется такой патологии пожилого возраста, как ХОБЛ, по той причине, что эта патология повышает риск инвалидизации пожилых граждан. В этой связи актуальным представляется разработка мер по медицинской реабилитации данного контингента пациентов [1,2].

Цель работы – оценить эффективность этапной профилактики инвалидности у пациентов старших возрастных групп с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы исследования

Проведено открытое рандомизированное контролируемое исследование эффективности трехэтапной профилактики инвалидности у пациентов с умеренной ХОБЛ. Диагноз умеренной ХОБЛ верифицирован на основе данных анамнеза (длительный период курения или контакта с поллютантами), жалоб (одышка при нагрузках средней интенсивности, продуктивный кашель), физикального осмотра (перкуторный звук с коробочным оттенком, ослабленное дыхание), инструментальных показателей (спирография – объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) 40–59% от должного, бронхолитические тесты – прирост ОФВ1 на фоне ингаляции беродуала в среднем

на 7,6%, что свидетельствует о наличии необратимой бронхиальной обструкции, рентгенография – неструктурные корни, обеднение легочного рисунка и повышенная прозрачность легочных полей).

Критериями включения явились наличие ХОБЛ умеренной степени выраженности, *исключения* – легкая и выраженная ХОБЛ, сопутствующая сердечно-сосудистая патология с сердечной недостаточностью выше I стадии по классификации NYHA, инсульт или инфаркт в анамнезе, облитерирующие заболевания сосудов ног выше I стадии.

Для нивелирования систематической ошибки на этапе отбора проведена рандомизация 49 пациентов с умеренной ХОБЛ на 2 группы. Опытная состояла из 25 больных, которые, наряду с традиционной терапией ингаляционными бронходилататорами, метилксантинами и десенсибилизирующими средствами, прошли мероприятия этапной профилактики инвалидности в поликлинике – 3 курса по 2 недели, стационаре – 1 курс 2 недели, санатории – 1 курс 3 недели на протяжении 9 мес. В контрольную группу попало 24 пациента, которые получали традиционную медикаментозную терапию и мероприятия по профилактике инвалидности в поликлинике на протяжении 4 недель. Общий период наблюдения составил 18 мес. Средний возраст больных был $58 \pm 3,7$ лет, в исследование вошло 67% мужчин и 33% женщин. Динамика состояния пациентов фиксировалась на 3,

6 мес. и в конце периода реабилитации, а затем в 12 и 18 мес. от начала исследования. Для этого использовались методы объективизации одышки посредством визуальной шкалы одышки (шкала из 100 пунктов, напротив которых больной фиксирует выраженность одышки после 6-минутной ходьбы), физическая работоспособность (велозергометрически и посредством теста с 6-минутной ходьбой – расстояние, которое способен пройти пациент на протяжении 6 минут), состояние функции внешнего дыхания (спирографически). Исследование завершили 38 больных, остальные

выбыли по причине несоблюдения протокола. Статистическая обработка данных выполнена с привлечением компьютерной программы Statgraphics plus for Windows, версия 7,0 на основе критерия *t*-Стьюдента, разность достоверна при $p < 0,05$

Результаты исследования и их обсуждение

Данные о динамике состояния пациентов с ХОБЛ в процессе исследования представлены в таблице.

Данные о динамике состояния пациентов с ХОБЛ в процессе исследования

Показатель состояния больного	Группа	До начала программ	3 мес. исследования	6 мес. исследования	9 мес. исследования	12 мес. исследования	18 мес. исследования	Достоверности разности показателей в динамике
Физическая работоспособность, кгм/мин	Опытная	453,6 ± 13,5	497,8 ± 13,6	542,9 ± 14,0	532,4 ± 12,8	537,9 ± 12,9	511,0 ± 11,8	$p < 0,05$
	Контрольная	455,8 ± 9,0	489,5 ± 10,3	469,2 ± 9,7	460,0 ± 10,1	457,8 ± 9,6	450,9 ± 9,9	$p < 0,05$
Тест с 6-минутной ходьбой	Опытная	232,8 ± 3,2	276,6 ± 2,8	311,5 ± 2,2	301,4 ± 3,2	297,4 ± 2,9	278,2 ± 3,2	$p < 0,05$
	Контрольная	227,9 ± 2,8	299,3 ± 1,9	313,0 ± 2,6	270,5 ± 2,9	268,9 ± 2,1	239,4 ± 2,8	$p < 0,05$
Толерантность к одышке (в баллах)	Опытная	4,4 ± 0,2	6,7 ± 0,3	7,9 ± 0,1	8,1 ± 0,2	8,0 ± 0,3	7,8 ± 0,2	$p < 0,05$
	Контрольная	4,5 ± 0,1	5,9 ± 0,4	6,3 ± 0,2	5,8 ± 0,4	5,9 ± 0,2	5,6 ± 0,3	$p < 0,05$
ОВФ1, %	Опытная	83,4 ± 1,1	84,3 ± 1,4	86,1 ± 1,1	84,0 ± 1,2	83,7 ± 1,1	84,8 ± 1,3	$p > 0,05$
	Контрольная	82,1 ± 0,9	82,7 ± 1,5	81,6 ± 1,6	82,7 ± 1,7	82,4 ± 1,9	83,6 ± 1,7	$p > 0,05$

В результате проведения исследования выявлено, что в группе больных, проходивших мероприятия этапной профилактики инвалидности, имеет место достоверное улучшение показателей физической работоспособности с 3 мес. с момента начала исследования, которые нарастают в 6 мес., сохранялись на достигнутом уровне с 9 по 12 мес., а затем, к 18 мес., несколько уменьшились, при этом отмечались их разность по сравнению с показателями в начале реабилитации, $p < 0,05$.

Аналогичные тенденции выявлены при изучении динамики расстояния, пройденного пациентом в течение 6 минут, $p < 0,05$. Показатели спирограммы не претерпели достоверных изменений. Степень одышки уменьшилась, что достигло статистической значимости уже в 3 мес., сохранялась на одном уровне на протяжении периода реабилитации и не имела тенденции к значимому уменьшению после ее окончания в 12 и 18 мес., $p < 0,05$.

В группе контроля была выявлена положительная динамика показателей физической работоспособности в 3 и 6 мес., которые уменьшились в 9 мес. и пришли к исходному уровню к 12 мес., $p < 0,05$. Расстояние, пройденное пациентом за 6 минут,

увеличилось в 3 и 6 мес., сохранялось на достигнутом уровне в 9 мес., вернулось к исходному уровню к 18 мес. исследования, $p < 0,05$. Степень одышки имела тенденцию к уменьшению в 3 и 6 мес. и сохранялась на этом уровне в течение всего периода исследования до 18 мес., $p < 0,05$. Показатель ОФВ1 достоверно не изменился.

Сравнение полученных данных в опытной и контрольной группах показывает, что в результате этапной профилактики инвалидности имеет место большая степень увеличения мобильности, физической работоспособности и толерантности к одышке ($p < 0,05$), которые сохраняются на протяжении 9 мес. после ее окончания.

Полученные данные свидетельствуют о положительном эффекте трехэтапной профилактики инвалидности, в том числе по данным велозергометрии, и позволяют утверждать то, что возможно организовать выполнение полномасштабных профилактических и реабилитационных программ у лиц с ХОБЛ на основе функционирующих структур оказания медицинской помощи на основе системы поликлиника – санаторий – стационар. Это представляется актуальным, поскольку результаты опубликованных к настоящему времени исследований освещают

эффективность этапной профилактики инвалидности у лиц с обструктивными болезнями легких, перенесших оперативное лечение – трансплантацию легких или вмешательства, редуцирующие легочные объемы.

При этом профилактические и реабилитационные программы рассчитаны на четыре недели стационарного и семь недель амбулаторного ведения. Роль санаторного этапа при этом не обсуждается. По окончании стационарного этапа происходит восстановление исходного до операции уровня физической активности, а поликлинический этап способствует фиксации этой динамики. Получается, что в случае послеоперационного ведения пациента с ХОБЛ центральным этапом является стационарный, на котором проводятся подбор кинезотерапевтических программ и образовательная подготовка. Иная ситуация складывается при консервативном ведении пациентов с обструктивными болезнями легких. Здесь в основе реабилитации находится поликлинический этап, который при обострениях заболевания дополняется стационарным и по мере необходимости санаторным.

Заключение

Представленные нами данные доказывают более выраженную эффективность трехэтапной схемы профилактики инвалидности по сравнению с одноэтапной и прежде всего в плане формирования долгосрочных результатов.

Список литературы

1. Ильницкий А.Н. Эффективность трехэтапной реабилитации пациентов с хроническими обструктивными болезнями легких // *Терапевт. арх.* – 2003. – №3. – С. 50–53.
2. Клячкин Л.М. Метаболическая реабилитация в пульмонологии / Л. М. Клячкин, А. М. Щегольков // *Пульмонология.* – 2003. – №4. – С. 7–14.
3. Степанищева Л.А. Клинические и экономические доказательства целесообразности обучения больных ХОБЛ / Л.А. Степанищева, Г.Л. Игнатова, Е.В. Николаева // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* – 2005. – №4. – С. 60–61.
4. Сухова Е.В. Программа медико-психологической реабилитации больных хроническими обструктивными болезнями легких // *Пульмонология.* – 2004. – №5. – С. 36–41.
5. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких в пожилом и старческом возрасте // *Клин. геронтология.* – 2006. – №12. – С. 20–28.
6. Polkey M.I. Inspiratory pressure support prolongs exercise induced lactatemia in severe COPD / M.I. Polkey, P. Hawkins, D. Kyroussis // *Thorax.* – 2000. – № 55. – P. 547–549.
7. Stoller J.K. Inpatient management of chronic obstructive pulmonary disease / J.K. Stoller, P.A. Lange // *Respir. Care Clin. N. Am.* – 1998. – №4(3). – P. 425–438.

Рецензенты:

Процаев К.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского государственного университета Минобрнауки РФ, г. Белгород;

Белый Ю.А., д.м.н., профессор, зам. директора по науке Калужского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии», г. Калуга.

Работа поступила в редакцию 15.03.2011.