

Огляд сучасних рекомендацій з ведення хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень

Підсумки Всеукраїнської тренінг-програми для лікарів «Мистецтво лікування: контроль, профілактика, якість життя» та Всеукраїнської соціально-просвітницької акції про здоровий спосіб життя «Живи активно!» в м. Дніпропетровськ

Одним із напрямів, якому присвячена значна частка освітньої програми для лікарів та широкого загалу Асоціації превентивної

Наступним містом, яке відвідала Всеукраїнська громадська організація «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини» зі своїми освітніми проектами, було місто Дніпропетровськ. 12 грудня 2015 року в культурно-діловому центрі «Менора» всі лікарі Дніпропетровська мали можливість взяти участь у Всеукраїнській тренінг-програмі «Мистецтво лікування: контроль, профілактика, якість життя», а всі активні жителі міста, кому не байдужі питання власного здоров'я та здоров'я членів сім'ї, мали можливість відвідати Всеукраїнську соціально-просвітницьку акцію про здоровий спосіб життя «Живи активно!». Проекти відбулися за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської міської ради, Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» та Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара.



Доктор медичних наук, професор О.К. Дуда, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (Київ)

та антиейджинг медицини, є раннє виявлення, своєчасне лікування та профілактика хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), оскільки на сьогодні ХОЗЛ залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я. В медико-соціальному та економічному плані воно є однією з основних причин захворюваності та смертності в усьому світі; люди страждають від цього захворювання роками і передчасно вмирають від нього або від його ускладнень. У всьому світі спостерігається прискорене зростання ХОЗЛ внаслідок тривалого впливу факторів

ризиків і старіння населення. Частка ХОЗЛ як однієї з провідних причин смертності постійно збільшується. Так, у 1990 році ХОЗЛ була на 6-му місці серед причин смертності, до 2020 року – переміститься на 3-тє місце. ХОЗЛ спостерігається у 8–22% дорослих у віці 40 років і більше.

В рамках Всеукраїнської тренінг-програми «Мистецтво лікування: контроль, профілактика, якість життя» кожен із 600 офіційно зареєстрованих лікарів мав можливість у кабінеті профілактики пройти майстер-клас зі спірометрії, на підставі якої виявляється та об'єктивно підтверджується наявність ХОЗЛ у пацієнтів відповідно до уніфікованих протоколів МОЗ України. У цій самій зоні тренінг-програми лікарі проходять майстер-клас з небулайзеротерапії за допомогою Юлайзерів вітчизняної компанії «Юрія-фарм». На сьогоднішній день Юлайзери представлені на вітчизняному ринку в найбільшому асортименті на різні потреби споживача:

- Юлайзер Pro – професійний небулайзер для спеціалізованих відділень лікувальних закладів;
- Юлайзер First Aid – небулайзер для бригад швидкої допомоги;
- Юлайзер Home – небулайзер для використання вдома для всіх членів сім'ї;
- Юлайзер Air – найкомпактніший компресійний небулайзер, який має надзвичайно невеликий розмір – 128/66 мм. Його перевагою, окрім розмірів, є можливість працювати від акумулятора та автомобільної розетки, що робить його абсолютно універсальним у використанні. Тобто пацієнт може проводити лікування незалежно від своєї мобільності – інгаляцію можна проводити навіть в автомобілі або за умови відсутності електропостачання.

Про «Новини сучасної небулайзерної терапії» йшла мова у доповіді завідувача кафедри інфекційних хвороб Національної



Майстер-клас зі спірометрії

Вибрані положення уніфікованого клінічного



Майстер-клас з небулайзеротерапії



Вручення цінних подарунків Юлайзер Хоум переможцям розіграшу призів

медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктора медичних наук, професора Олександра Костянтиновича Дуди.

Наприкінці тренінг-програми для лікарів соціально активна компанія «Юрія-фарм» представила три Юлайзери на розіграш призів серед зареєстрованих учасників заходу.

В рамках Всеукраїнської соціально-просвітницької акції про здоровий спосіб життя «Живи активно!» всі активні жителі Дніпропетровська, кому не байдужі питання власного здоров'я та здоров'я членів сім'ї, мали можливість визначити фактори ризику розвитку основних хронічних неінфекційних захворювань, пройти майстер-клас з юлайзеротерапії, ознайомитися з можливими комбінаціями лікарських засобів, які можна використовувати для профілактики та лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій, гострих бронхітів та ХОЗЛ. Також учасники мали можливість пройти визначення рівня свого артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, виявити наявність порушень серцевого ритму та прослухати лекції про здоровий спосіб життя від провідних медичних експертів. Кожен учасник акції мав можливість приєднатися до майстер-класу з фізичної активності від Олімпійських чемпіонів.

Хронічне обструктивне захворювання легень

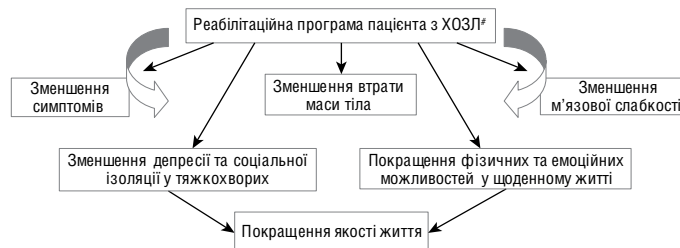
*Продовження – в наступному номері.

протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Хронічне обструктивне захворювання легень (наказ МОЗ України від 27 червня 2013 р. №555)

<http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Частина 5*

Алгоритм реабілітації



Положення протоколу

Примітка: # – реабілітаційна програма має бути довготривалою, включати фізичний тренінг, консультації щодо харчування, навчання та підтримку пацієнта.

Основними заходами медичної реабілітації при ХОЗЛ є легенева реабілітація та санаторно-курортне лікування.

Легенева реабілітація під час санаторно-курортного лікування реалізується через пріоритетне використання природних лікувальних чинників, кліматотерапії та застосування немедикаментозних методів лікування.

Пріоритетом санаторно-курортного лікування є використання кліматотерапії, лікувальної фізкультури (ЛФК), фізіотерапевтичних методів лікування.

1. Легенева реабілітація

Доведеними ефектами легеневої реабілітації є:

- покращення фізичної працездатності;
- зниження інтенсивності;
- поліпшення якості;

- зниження числа госпіталізацій і днів, проведених у стаціонарі;
- зниження вираженості депресії та ступеня тривоги, пов'язаних із ХОЗЛ;
- поліпшення стану пацієнтів після програми легеневої реабілітації має подовжений характер;
- поліпшення виживаності пацієнтів;
- тренування дихальних м'язів має позитивний ефект, особливо в комбінації з загальними тренувальними вправами.

Необхідні дії лікаря

1. Призначення реабілітаційної терапії пацієнту з ХОЗЛ будь-якого ступеня тяжкості. Залежно від тяжкості, фази хвороби і ступеня компенсації дихальної та серцево-судинної систем програма включає режим, ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, психотерапію, особливі режими харчування, санаторно-курортне лікування.

2. Санаторно-курортне лікування

Санаторно-курортне лікування пацієнтів з ХОЗЛ сприяє:

- зменшенню (усуненню) етіологічних впливів та факторів ризику;
- тренуванню адаптаційно-приспосувального потенціалу організму, імунітетних та стреслімітуючих систем;
- зменшенню явищ запалення у дихальних шляхах;
- зменшенню обструкції та покращенню дренажної функції бронхів;
- покращенню функції зовнішнього дихання та толерантності до фізичного навантаження;
- корекції вегетативних порушень;
- зменшенню частоти та тривалості загострень;
- покращенню працездатності та якості життя.

Санаторно-курортне лікування показане пацієнтам з ХОЗЛ І-ІІ стадії зі стабільним перебігом у фазі повної та неповної ремісії без бронхоектазів, що супроводжуються виділенням великої кількості гнійного мокротиння та легеневою недостатністю не вище ІІ ступеня.

Хворі на ХОЗЛ із наявністю дихальної недостатності ІІ ступеня потребують направлення у місцеві санаторії, тоді як пацієнтам із легеневою недостатністю 0-І ступеня показано санаторно-курортне лікування на курортах, що розташовані в зоні лісів та приморських берегів.

Під час санаторно-курортного лікування патогенетично виправданим є комплексне застосування фізіотерапевтичних методів лікування.

Найбільш прийнятні фізіотерапевтичні процедури для пацієнтів з ХОЗЛ: аерозольна терапія (ультразвукові інгаляції з використанням бронхолітичних та муколітичних засобів); штучна або природна спелеотерапія, нормобарична гіпокситерапія, дециметровая терапія, індуктотермія, електрофорез лікарських речовин, діадинамотерапія, пелотідотерапія, озокерито- та парафінотерапія, бальнеотерапія.

Необхідні дії лікаря

1. Здійснення первинного огляду пацієнта, який прибув на санаторно-курортне лікування, оцінка симптомів, наявності ознак дискринії; з'ясування щодо підтримуючої базисної терапії, яку отримує пацієнт.
2. Проведення спірометричного дослідження, визначення стадії ХОЗЛ та ступеня легеневої недостатності.
3. Проведення ЕКГ, велоергометрії для з'ясування толерантності до фізичного навантаження, загального аналізу крові та сечі, виявлення наявності супутньої серцево-судинної патології, патології нирок тощо.
4. Надання допомоги у відмові від паління відповідно до Стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.
5. Призначення кліматолікування, ЛФК, масажу (табл. 1). Призначення пацієнтам із супутньою патологією серцево-судинної системи режиму кліматолікування та ЛФК відповідно до толерантності до фізичного навантаження. Пацієнтам

Таблиця 1. Комплекси та режими рухливої активності хворих на ХОЗЛ

Стадія ХОЗЛ	Ступінь рухових можливостей	Ступінь дихальної недостатності	Рівень припустимих фізичних навантажень			Форми ЛФК	Клімато-рухливий режим
			Енергетичне навантаження, кДж х хв	Рівень допустимого фізичного навантаження, % від НМСК	Гранична ЧСС		
I	Високі	I	31,5–42	75	160	РГГ – 20 хв ЛГ – 40–45 інтенсивних вправ Теренкур – 4,3–4,5 км Плавання – 25–33 м/хв Біг підтюпцем 16–20 хв, 10 км/год Ближній туризм 5–8 км	4 – інтенсивно тренуючий
II	Середні	I–II	21–31	50–74	140	РГГ – 15 хв ЛГ – 35–40 вправ у середньому та прискореному темпі. Теренкур – 2,7–3,5 км, 90–120 кроків на хв Плавання 21–30 м/хв	3 – тренуючий
III	Знижені	II–III	10,5–21	35–49	120	РГГ – 10–15 хв ЛГ – 30–35 вправ у середньому темпі Теренкур 1,9–2,7 км, 80–110 кроків на хв Плавання 12,5–21 м/хв з 6–8 хв інтервалами	2 – щадно-тренуючий
IV	Низькі	III	2,5–10,5	До 35	110	РГГ – 10–12 хв ЛГ – 10–12 вправ у повільному та середньому темпі Прогулянки 20–40 хв 60–80 кроків на хв	1 – щадний

Примітки: НМСК – належне максимальне споживання кисню, РГГ – ранкова гігієнічна гімнастика, ЛГ – лікувальна гімнастика, ЧСС – частота серцевих скорочень.

з низькими (<70 Вт) показниками толерантності до фізичного навантаження та легеневою недостатністю II ступеня – режим I (щадний тренувальний). Призначають лише РГГ (10–12 хв) та прогулянки в темпі 60–80 кроків на хвилину, тривалістю 20–40 хв. Пацієнтам з ХОЗЛ I–II стадії з ЛН не вище II ступеня призначають 3-й та 4-й кліматорухливий режими та відповідні форми ЛФК. За наявності у пацієнта явищ дискринії перед здійсненням постурального дренажу та спелео- або галоінгаляційної терапії призначити бронходилататор короткої дії (Сальбутамол 400 мкг).

6. Призначення комплексу фізіотерапевтичних процедур (див. табл. 1) відповідно до правил комбінування та сполучення фізіотерапевтичних процедур.

При цьому пацієнтам з ХОЗЛ та супутньою серцево-судинною патологією бальнеологічні процедури призначати у вигляді чотири- або двокамерних ванн, а за наявності серцевої недостатності – виконувати їх через день. Пелюдолікуванням такої категорії пацієнтів призначати у вигляді місцевих аплікацій. У разі виявлення у пацієнтів супутньої патології нирок (хронічний пієлонефрит, хронічний гломерулонефрит) не призначають спелеотерапію, галоінгаляційні процедури та лікування в камері штучного мікроклімату.

Кліматотерапія пацієнтів з ХОЗЛ I та II стадії включає:

- аеротерапію – денне перебування на свіжому повітрі (кліматопавільйон, парк санаторію) при еквівалентно-ефективній температурі (ЕЕТ) не нижче 15°C тривалістю від 5 до 8 годин;
- повітряні ванни – дозований вплив свіжого повітря на повністю або частково оголеного пацієнта при температурі не нижче 20°C (індиферентні (21–22°C) та теплі (вище 22°C)) за слабким режимом, кількість процедур – 10–20 на курс. Тривалість повітряної ванни визначають за спеціальними таблицями та відповідно до припустимого холодого навантаження – різниці між тепловіддачею та теплопродукцією, віднесеною до одиниці поверхні тіла (табл. 2);

Таблиця 2. Режими повітряних ванн

Режими	Холодове навантаження, кДж ⁻¹		Порядок збільшення	ЕЕТ не нижче °С
	Вихідна	Максимальна		
I – слабкий	20–40	100	На 20 кДж х м ² через кожні 3–5 діб	17–18
II – помірний	60	140	На 20 кДж х м ² через кожні 2–3 доби	12–15
III – інтенсивний	100	180	На 20 кДж х м ² через кожні 1–2 доби	10–12

- нічний сон на веранді або у павільйоні на березі моря в теплий період року;
- морські (річні) купання при температурі води вище 20°C та ЕЕТ не нижче 21°C;
- геліотерапію (сонячні ванни), що проводять, враховуючи температуру, вологість повітря, швидкість вітру та щільність сумарного сонячного випромінювання через величину радіаційної еквівалентно-ефективної температури (РЕЕТ), значення якої

визначають за нормограмою (Клячкин Л.М. Физические методы лечения больных хронической обструктивной болезнью легких / Клячкин Л.М. Физические методы лечения в пульмонологии / Клячкин Л.М., Малавчин А.Г., Пономаренко Г.Н. и др. – СПб., 1997. – Гл. 10. – С. 105–106) та таблицею. Сонячні ванни виконують при РЕЕТ 21–30°C. Курс лікування 12–24 процедури (табл. 3);

Таблиця 3. Режими сонячних ванн

Режими	Щільність енергії, кДж х м ⁻²		Порядок збільшення	РЕЕТ не нижче °С
	Вихідна	Максимальна		
I – слабкий	200	800	На 200 кДж х м ² через кожні 2 доби	17–26
II – помірний	200	1600	На 200 кДж х м ² через кожну добу	23–26
III – інтенсивний	200–400	2400–4800	На 200 кДж х м ² щодобово	29

- спелеотерапія – один із різновидів кліматолікування, лікувальне перебування в умовах мікроклімату природних та штучних солевих печер. Основним діючим чинником повітряного середовища солевих печер є дрібнодисперсний аерозоль солей натрію, кальцію, калію та магнію, а також від'ємні аероіони. Дихання такими аерозолями іонів сприяє розрідженню мокротиння та прискорює її вихід із повітряних шляхів аж до бронхіол, покращує функцію зовнішнього дихання, покращує місцевий імунітет слизової бронхів, зменшує явища запалення. Концентрація солей у повітрі становить 3–5 мг х м⁻³, а розмір 80–90% часточок не перевищує 5 мкм і вони легко потрапляють у бронхіоли. Кількість мікроорганізмів у повітрі печер – 100–700 КОЕ х м⁻³. Температура повітря в печерах – 7–22°C, відносна вологість повітря – 40–75%. Тривалість денних процедур – 1–5 годин, нічних – 12 годин (з 20:00 до 8:00 ранку). Курс лікування – 18–23 процедури.

Лікувально-фізична культура

I. *Лікувальна гімнастика* – провідна форма ЛФК проводиться у формі групових або індивідуальних занять у кабінеті ЛФК. Сеанс лікувальної фізкультури триває від 20 до 40 хвилин та складається з трьох періодів:

- введення (15–25% часу заняття) для підготовки організму до навантаження складається з найбільш простих вправ;
- основний (до 75% заняття) з найбільшим тренуючим навантаженням;
- завершальний (15% заняття) – поступове зниження навантаження, розслаблення, аутогенний тренінг.

До та після заняття визначають та фіксують частоту дихання після вдиху та видиху. Лікар санаторію, який курує пацієнта, оцінює вплив ЛФК на перебіг захворювання також і за показниками спірометрії – об'єм форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ₁).

II. *Ранкова гігієнічна гімнастика* (РГГ) – складається з простих дихальних та гімнастичних вправ на розслаблення. Тривалість РГГ – від 5 до 15 хвилин. Проводять РГГ на спортивному майданчику, пляжі, у відділенні або індивідуально в палаті.

III. *Постуральний дренаж* – вид дихальної гімнастики, який призначається при санаторно-курортному лікуванні пацієнтів

з ХОЗЛ II стадії та з наявністю кашлю з мокротинням, що важко відходить, для полегшення бронхіального дренажу. Пацієнт повинен прийняти положення, за якого ділянка легень, що підлягає дренованню, була б вище за рівень рота, задля створення умов для пасивного витікання мокротиння під впливом сили тяжіння.

У разі затримки у пацієнта відносно невеликої кількості мокротиння для підвищення ефективності постурального дренажу необхідним є попереднє інгаляційне застосування бронходилататора короткої дії (наприклад, сальбутамол 400 мг).

Крім перелічених видів ЛФК на санаторно-курортному етапі лікування пацієнтів з ХОЗЛ використовують також дозовані прогу-

Таблиця 4. Перелік фізіотерапевтичних процедур, що застосовуються при санаторно-курортному лікуванні

№ з/п	Назва	Параметри режиму дозування	Режим дозування		Кількість процедур на курс лікування	
1	Аеротерапія	За слабким $T > 10^{\circ}\text{C}$ та помірним $T < 10^{\circ}\text{C}$ режимом дозування	До 2–3 годин До 6–9 годин на добу		Впродовж всього курсу лікування	
2	Аерозольна терапія	Ультразвукові інгаляції з використанням бронхолітичних, антигістамінних, муколітичних препаратів	10–15 хвилин		10–12–15 процедур	
3	Спелеотерапія – штучний «соляний клімат» (галотерапія – ГТ) або (галоінгаляційна терапія – ГІТ)	ОФВ (%) > 60	ГТ експозиція 60 хв	ГІТ експозиція по 30 хв 2 рази на добу	ГТ 18–21	ГІТ 14–15
		ОФВ (%) < 60 ГТ – концентрація хлориду натрію 5–15 мг/л ³	ГТ експозиція 60 хв	ГІТ експозиція 60 хв	ГТ 18–21	ГІТ 16–18
4	Нормобарична гіпоксітерапія	Лікувальна суміш, яка містить 10–12% кисню та 88–90% азоту і подається під тиском 1020 гПа. Температура суміші 18–23°C, об'ємна швидкість подачі 0,72 м ³ /год	Експозиція 30 хв на день		12–15 процедур	
5	Електротерапія: Дециметрово хвильова терапія	Поліпшує трофіку тканин бронхів, активує репаративні процеси, десенсибілізує. Впливають на міжлопаточну ділянку. Потужність 30 Вт	Експозиція 15 хв		10–12 процедур	
	Індуктотермія	Має протизапальну, антиспазмалітичну, розсмоктуючу дію. Впливає на ділянку задньої поверхні грудної клітки. До 200 мА, слабо теплова доза	Експозиція 10 хв		10–12 процедур	
	Електрофорез лікарських речовин	Хлористий кальцій, йодид калію, папаверин, еуфілін тощо. На ділянку грудної клітки, щільність струму 0,08–0,1 мА/см ²	Експозиція 15 хв		10–12 процедур	
	Діадинамотерапія	Сприяє активації процесів розпушування фіброзної сполучної тканини довгими періодами синусоїдальних струмів, при впливі на симпатичні ганглії D ₁ –D ₆ зменшує спазм дрібних та магістральних судин. Частота струму 100 Гц, до відчуття вібрації	Експозиція 8–10 хв		6–12 процедур	
	Магнітотерапія	Поліпшує легеневий кровообіг, лімфообіг, зменшує набряк слизової оболонки, поліпшує бронхіальну прохідність, протизгортувальна дія на кров. Індуктор розташовують у міжлопатковій ділянці, режим неперервний або переривчастий, потужність 20–25 мТл	Експозиція 10–20 хв		10–15 процедур	
6	Пелоїдотерапія	T 38–40°C, на задню-бокову поверхню грудної клітки	Експозиція 15–20 хв Процедури проводять ч/д		10–12 процедур	
7	Озокерито-та парафінотерапія	Аплікація на ділянку грудної клітки спереду, при T 45–50°C	Експозиція 30 хвилин		10–12 процедур	
8	Бальнеотерапія: Хлоридно-натрієві ванни	Нормалізують функціонування ЦНС, симпато-адреналової системи, поліпшують обмін речовин концентрація 10–40 г/л, при T 37–38°C	Експозиція 10 хв Процедури проводять ч/д		10–12 процедур	
	Азотні або кисневі ванни	Уряджають та заглиблюють дихання, знижують кров'яний тиск T – 36–37°C, концентрація азоту 20–23 мг/л, кисню 30–40 мг/л	Експозиція 10–15 хв Процедури проводять ч/д		10–12 процедур	
	Вуглекислі ванни «дигіталіс-подібні»	Концентрація CO ₂ в штучних ваннах не перевищує 1,2–1,4 г/л та не менше 0,75 г/л. Температуру поступово знижують з 32°C до 30°C. «Сухі» вуглекислі ванни використовують з T 25–26°C	Експозиція 15 хв Процедури проводять ч/д		10–12 процедур	
	Йодобромні ванни	Сприяють нормалізації функції ендокринних залоз, поліпшують капілярний кровообіг та судинний тонус, антиалергічний та бактеріостатичний вплив. Вміст іонів йоду – не менше 10 мг/л, іонів бромю – 25 мг/л, T – 37–38°C	Експозиція 10–12 хв		8–12 процедур	
	Сірководневі ванни	Нормалізують функцію ВНС, підвищують захисні можливості організму та репаративні процеси. Чинять протизапальну та трофічну дію. Використовують сірководневу мінеральну воду, яка містить більше 10 мг/л загального сірководню	Експозиція 10–12 хв Процедури проводять ч/д		10–12 процедур	

Примітка: ч/д – через день.

НЕБУФЛЮЗОН®

ТВІЙ ПОДИХ НА ПОВНУ СИЛУ



НЕБУФЛЮЗОН — ПЕРШИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ІГКС
НЕБУТАМОЛ — ШВИДКА ДОПОМОГА ПРИ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХОЗЛ
ВИСОКА ЛЕГЕНЕВА БІОДОСТУПНІСТЬ

НЕБУФЛЮЗОН (ФЛУТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТ) 1 МГ / МЛ ОДНОДОЗОВІ КОНТЕЙНЕРИ ПО 2 МЛ № 10
НЕБУТАМОЛ (САЛЬБУТАМОЛ) 1 МГ/МЛ РОЗЧИН ДЛЯ ІНГАЛЯЦІЇ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР

СВТЛД, дієва речовина: флютиказон (флютиказон пропіонат). ІНГАЛЯЦІЙНИЙ розчин. Розчиняється в воді, не розчиняється в етанолі. Молекулярна вага: 444,46. Молекулярна маса: 888,92. Склад: флютиказон пропіонат (активна речовина) та допоміжні речовини: натрію фосфат дигідрат, натрію фосфат тригідрат, натрію хлорид, вода для ін'єкцій.
СВТЛД, дієва речовина: сальбутамол (сальбутамолу пропіонат). ІНГАЛЯЦІЙНИЙ розчин. Розчиняється в воді, не розчиняється в етанолі. Молекулярна вага: 282,37. Молекулярна маса: 564,74. Склад: сальбутамолу пропіонат (активна речовина) та допоміжні речовини: натрію фосфат дигідрат, натрію фосфат тригідрат, натрію хлорид, вода для ін'єкцій.

Інформація для професійної медичної та фармацевтичної громадськості.
© ПТ МОД Івано-Франківська обл. ВРП МОД Івано-Франківська обл. від 10.08.12



лянки та ходьбу, теренкур (дозоване сходження).

Комплекс кліматотерапії та ЛФК для пацієнтів з ХОЗЛ на курорті складають у вигляді кліматично-рухливих режимів залежно від функціонального стану легень (легеневої недостатності) та толерантності до фізичного навантаження (ТФН).

Пацієнтам з високими рухливими можливостями, ТФН більшою за 150 Вт та легеневою недостатністю 0–I ступеня призначають IV (інтенсивно-тренувальний режим) і при проведенні ЛФК дають навантаження у 31,5–42 кДжххв⁻¹ при ЧСС 120–140 удххв⁻¹, а на висоті навантаження – енерговитрати до 50 кДжххв⁻¹ при ЧСС до 160 уд./хв.

Пацієнтам зі зниженими рухливими можливостями (ТРН – від 80 до 160 Вт) та легеневою недостатністю I–II ступеня призначають II (щадний тренувальний режим), дають енергетичне навантаження у 21–31 кДжххв⁻¹, пропонують два види циклічних вправ: теренкур (темп 90–120 кроківххв⁻¹), довжина маршруту від 2500 до 3500 м; плавання (швидкість від 21 до 29 мххв⁻¹); ближній туризм до 6–8 км, біг із швидкістю 7–7,5 км/год по 8–12 хв та ін.

Лікувальний масаж – один із традиційних і важливих методів немедикаментозного лікування пацієнтів з ХОЗЛ на санаторному етапі реабілітації. Лікувальний масаж – це дозоване механічне впливання на м'які тканини оголеного тіла пацієнта за допомогою спеціальних механічних прийомів, які виконує фахівець у певній послідовності та поєднанні.

Механічні навантаження, що виконують під час масажу, змінюють рідинно-кристалічну структуру цитозолу клітин, активізують регулятори локального кровотоку, посилюють лімфоперфузію, усувають явища застою в легенях, покращують венозний відтік, нормалізують ритм дихання, посилюють скоротливу функцію дихальних м'язів.

Лікувальний масаж здійснюють за певними правилами, використовуючи спеціальні прийоми (поглажування, розтирання, розминання, постукування та вібрацію), які мають різну глибину впливу на тканини пацієнта. Лікувальне постукування грудної клітки виконують у дренажному положенні хвилинними циклами з частотою 40–60 ударів на хвилину з наступною паузою (1 хв). На курс – 10 процедур, пацієнтам з ХОЗЛ I–II стадії виконувати щоденно або через день.

У таблиці 4 наведено перелік фізіотерапевтичних процедур, що застосовуються при санаторно-курортному лікуванні.

Рекомендації щодо комбінування та сполучення немедикаментозних методів санаторно-курортного лікування пацієнтів із ХОЗЛ

Комплексне застосування лікувальних фізичних чинників під час санаторно-курортного лікування реалізується в основних формах: сполучення та комбінування. Сполучення передбачає одночасний вплив на патологічну ділянку кількох фізичних чинників. Комбінований вплив – застосуванням різних фізичних чинників

послідовно з часовим інтервалом у 1–2 доби або у режимі послідовного чергування курсів.

- 1) Необхідно уникати поліпрагмазії щодо застосування лікувальних чинників. Найбільш ефективним слід вважати одночасне застосування не більше трьох немедикаментозних процедур.
- 2) Не рекомендується призначення в один день послідовно двох загальних процедур (наприклад, загальних ванн та плавання).
- 3) Неприпустимим є проведення різноспрямованих процедур (охолоджуючих та теплотікування).
- 4) Несумісним вважають застосування в один день і на одну ділянку процедур, подібних за видом енергії (місцева дарсонвізація та ультратонотерапія, надвисокочастотна (НВЧ) та край високочастотна терапія), а також чинники, що чинять виражений нейростимулюючий ефект (діадинамотерапія, ампліпульстерапія та інтерференцтерапія).
- 5) Неможливим є застосування на одну й ту саму ділянку електро- та лазеротерапії, високочастотної електро- та магнітотерапії, а також різних видів фототерапії.
- 6) При курсовому лікуванні необхідно відрізнити провідну процедуру від додаткової, що передує провідній (наприклад, місцево електрофорез, а далі – ванна, щоб вогнищева реакція була більш значною і була можливість більш тривалого відпочинку після бальнеотерапії).
- 7) При сполученні ванн з електрофорезом останній призначають за 1–2 години до ванн.
- 8) Несумісними з пелоїдотерапією є прохолодні ванни, душі, купання.
- 9) Грязьові аплікації при сполученні з місцевими сонячними опроміненнями застосовують до інсоляції або через 5 годин після них.
- 10) При призначеному теплотікуванні сонячні та повітряні ванни необхідно проводити до аплікації пелоїдів.
- 11) При сполученні ванн із лікувальною гімнастикою останню проводять за 1 годину до прийому ванни або через 1 годину після неї.
- 12) При сполученні інгаляцій та ванн інгаляцію проводять після прийому ванн.
- 13) Між процедурою спелеотерапії, галоінгаляційними та іншими процедурами рекомендованим є інтервал у 30–60 хвилин.
- 14) Масаж має проводитися після теплових, високочастотних та водних процедур.
- 15) Між прийомом кліматолікувальних та фізіотерапевтичних процедур необхідний інтервал для відпочинку становить не менше 2 годин.

*Матеріал підготувала О.О. Погребняк, к. мед. н.
Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця,
ВГО «Асоціація превентивної
та антиейджинг медицини»*