

являється збільшенням інтенсивності клінічних симптомів БА – тяжкості нападів ядухи, кашлю, задишки, ознак легеневого серця. Встановлена залежність між психосоматичними зсувами у хворих на БА та особливостями перебігу захворювання свідчить про їх взаємний зворотний зв'язок, що потребує подальшого вивчення для проведення адекватної психо- та фармакотерапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение Пер. с англ. С. Могилевского.- М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – С. 152–164.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Кратк. учебн./ Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка. – М.: GEOTAR, Медицина, 1999. – 376 с.
3. Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем. - СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2002. – 608 с.
4. Гашинова К.Ю., Перцева Т.О., Конопкіна Л.Й. Залежність рівня депресії від стану вегетативної нервової системи у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень // Укр. пульмон. журн., 1998. – № 1. – С. 36–38.
5. Горшков О.В. Психоемоційні та психосоціальні порушення у дітей, хворих на бронхіальну астму // Одеський мед. журн., 2001. – № 5 (67). – С. 52–54.
6. Зінченко Т.М. Стан вищої нервової діяльності у жінок, хворих на бронхіальну астму // Лік. справа, 2001. – № 4. – С. 105–107.
7. Зозуля І.С. Синдром вегетосудинної дистонії (клініка, діагностика, лікування) // Укр. мед. часопис, 1997. – № 2 (2). – С. 17–21.
8. Константинович-Чічирель Т.В. Особливості перебігу бронхіальної астми у хворих із супровідними вегетативними розладами та шляхи їх медикаментозної корекції. Автореф. дисертації ...канд. мед. наук. – К., 1998. – 17 с.
9. Кузнецова Е.И., Лещенко И.В., Медведский Е.А. Динамика психоло-

- гического состояния больных бронхиальной астмой в период вторичной профилактики // Пульмонология, 2000. – № 4. – С. 53–58.
10. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: Генез и подходы к коррекции // Международный медицинский журнал, 2001. – № 1. – С. 37–40.
11. Мишиев В.Д., Демченко В.А., Качура А.В. Распространенность, диагностика и лечение психических расстройств в общесоматической сети // Врачебное дело, 2003. – № 7. – С. 82–87.
12. Михайлов Б.В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема // DOCTOR, 2002. – № 6. – С.9–12.
13. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади // Укр. вісн. психоневрології, 1996. – № 5 (12). – С. 292–294.
14. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник РАМН, 1998. – № 5. – С. 3–7.
15. Перцева Т.О., Паніна С.С., Гондуленко Н.О. Результати проведення реабілітаційних заходів у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми // Укр. пульмон. журн., 2004. – № 1. – С. 11–15.
16. Провоторов В.М., Крутоко В.Н., Будневский А.В. и др. Особенности психологического статуса у больных бронхиальной астмой с алексимией // Пульмонология, 2000. – № 9. – С. 35–40.
17. Реалії астми у східній та центральній Європі: Україна. За матеріалами звіту про результати дослідження AIRGEE (2001) // Медицина світу, 2001 (додаток) Пульмонологія. – С. 16–23.
18. Сердюк О.І. Астенічний симптомокомплекс соматогенного походження у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями // Укр. терапевт. Журнал, 2001. – Т. 3, № 3. – С. 41–43.
19. Сильвестров В.П., Ребров А.П., Кароли Н.А. Психологические особенности личности и функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных бронхиальной астмой // Рос. мед. журнал, 1998. – № 2. – С. 36–38.
20. Чопей І.В., Товт-Коршинська М.І., Дью М.А. Психологічні розлади в практиці сімейного лікаря. – Ужгород, 2000. – 175 с.
21. Яшина Л.А. Методологический подход к диагностике и лечению трудной, терапиезистентной бронхиальной астмы // Астма та алергія, 2002. – № 1. – С. 71–76.

УДК – 616.24 - 002.004.67

Бойко М.Г., Жабо Т.М., Бойко Д.М.

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Українська медична стоматологічна академія

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ – Реабілітація хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальну астму (БА) проводиться в основному з II-III етапів перебігу хвороби, в процесі їх диспансерного нагляду в поліклініці. Важливу роль у відновленні працездатності хворих відіграють заміські відділення реабілітації, де проводиться і/або продовжується індивідуально підібрана інгаляційна та інша фізіотерапія, а також лікувальна фізкультура. Результати такого відновлюючого лікування (медична реабілітація) більш демонстративні у працездатних пацієнтів: після проведеного лікування протягом року у них помітно зменшувалася схильність до застуди, зменшувалося число днів непрацездатності, і у значній частини хворих зберігалась професійна кваліфікація. Реабілітація хворих на БА представляє комплекс заходів медичного, соціального, психологічного, педагогічного і професійного характеру, що реалізується шляхом безперервного мультидисциплінарного підходу на всіх етапах надання допомоги, направлено на відновлення або покращення якості життя, пов'язаного зі станом здоров'я пацієнта.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ – Реабилитация больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) и бронхиальной астмой (БА) проводится в основном на II – III этапах течения болезни, в процессе их диспансерного наблюдения в поликлинике. Важную роль в возобновлении трудоспособности больных играют загородные отделения реабилитации, где продолжается индивидуально подобранная ингаляционная и другая физиотерапия, а также проводится лечебная физкультура. Результаты такого восстановительного лечения (медицинская реабилитация) более демонстративны у трудоспособных пациентов: после

проведенного лечения на протяжении года у них заметно снизилась склонность к простуде, сократилось количество дней нетрудоспособности, а у большей части больных сохранилась профессиональная квалификация. Реабилитация больных БА представляет комплекс мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического и профессионального характера, что реализуется путем непрерывного мультидисциплинарного подхода на всех этапах оказания помощи, направленного на возобновление или улучшение качества жизни связанного с состоянием здоровья пациента.

MODERN DIRECTIONS IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES AND BRONCHIAL ASTHMA – Rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) and bronchial asthma (BA) is conducted mainly at the II and III stages of the disease course, as well as in the process of their dispensary observation at the polyclinics. The important role in the renewal of their capacity for work play the suburban departments of rehabilitation where individually selected inhalation and other kind of physiotherapy is carried out and or is going on and medical physical culture is conducted. The results of such restorative treatment (medical rehabilitation) are more demonstrative in able to work persons: after treatment for period of a year they showed the lowering of inclination to cold, shortening the number of days of incapacity for work, and in the greater part of patients the professional qualification has preserved. Rehabilitation of BA patients is a complex of medical, social, psychological, pedagogical and professional measures, that is realized by means of continuous multidisciplinary approach at all stages of rendering medical aid, directed on the renewal and improvement of life quality connected with the patient's health condition.

Ключові слова: **хронічні обструктивні захворювання легень, бронхіальна астма, реабілітація, дихальна гімнастика.**

Ключевые слова: хронические обструктивные заболевания легких, бронхиальная астма, реабилитация, дыхательная гимнастика.

Key words: chronic obstructive pulmonary diseases, bronchial asthma, rehabilitation, respiratory gymnastics.

В структурі внутрішніх хвороб чільне місце займають хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальна астма (БА). Їх медичне та соціально-гігієнічне значення, у всіх промислово розвинутих країнах світу, дуже важливе, в першу чергу, через значну поширеність. Зважаючи на тяжкість перебігу, ранню інвалідизацію та втрату працездатності, прогнозується, що ХОЗЛ до 2010 року буде четвертою причиною смерті в Європі [1, 4]. Реабілітація хворих на ХОЗЛ проводиться на III–IV етапах перебігу хвороби, в процесі їх диспансерного нагляду. На III етапі хвороби, після ліквідації фази загострення (в умовах лікарняного відділення, денного стаціонару чи поліклініки), за нашим досвідом роботи, цілеспрямовано направити хворого в відділення реабілітації (замістьке), де продовжується індивідуально підібрана інгаляційна та інша фізіотерапія і лікувальна фізкультура. Результати такого відновлюючого лікування (медична реабілітація) більш демонстративні у працездатних пацієнтів: після проведеного лікування протягом року у них помітно зменшувалась схильність до застуди (ГРЗ, ГРВІ), зменшувалося число днів непрацездатності і у значній частині хворих зберігалась професійна кваліфікація. В процесі їх диспансерного нагляду відмічалось (з року в рік) зниження функціональних показників дихання. У О.М. Кокосова та співавторів все ж склалась думка, що регулярне (щорічне) перебування у відділенні реабілітації, після чергового загострення ендобронхіту, у хворих на ХОЗЛ дещо зменшується прогресування прогресивної дихальної недостатності. Однак ефект від фізичних вправ настає при умові довготривалого їх застосування, з поступово наростаючим навантаженням, до рівня субмаксимальної аеробної можливості. Саме такий підхід до складання індивідуальної програми фізичної реабілітації дає можливість хворим з початковими проявами обструкції повернутися до звичайних умов життя, підтримати і/або зберегти на деякий час професійну кваліфікацію, незважаючи на прогресування обструкції бронхів. Та багато хворих ХОЗЛ погано переносять фізичні навантаження на тренувальному рівні при зростанні роботи дихання, коли відбувається порушення співвідношення між вентиляцією і кровотоком з наростанням енергетичної потреби вентиляції. Хворим з низькою фізичною працездатністю (порогова потужність нижче 90 Вт) перед заняттями фізичними вправами, що підвищують її рівень, деякі автори (Серебрякова М.А., 1992) рекомендують термо-вібромасаж грудної клітки апаратом "Чародій" з частотою 30 Гц за лабільною методикою тривалістю 15 хв або флатеротерапію тривалістю 15–25 хв. Як альтернативний варіант пропонується також методика безперервно-циклової реабілітації, яка включає амбулаторні заняття хворих лікувальною фізкультурою на тренувальному рівні 2–3 рази на тиждень по 1 годині протягом року в поєднанні з щоденним домашнім заняттям дихальними вправами і загальним ультрафіолетовим випромінюванням; застосування кисневого коктейлю з відварами трав відхаркуючої та загальнозміцнюючої дії, для стимуляції дренажу бронхів перед заняттями ЛФК. При появі ранніх ознак погіршення стану хворих окремі автори рекомендують проведення циклів профілактичного лікування фізичними методами, але слід вказати, що всі вищевказані засоби можуть лише загальмувати звичайну еволюцію ХОЗЛ та розвиток облігатних ускладнень. На IV – заключному етапі хвороби різноманітність та специфіку можливих, хоча і паліативних засобів реабілітації "дихальних інвалідів" визначає виражена дихальна і/або легенево-серцева недостатність. В цілому ці засоби зводяться до "респіраторної підтримки" у госпітальних умовах та на дому, яка включає довготривалу (багатогодинну, не мен-

ше 15 год/добу) кисневу терапію. Паралельно необхідно проводити небулайзерну терапію базисними лікарськими засобами. Всі вищевказані реабілітаційні заходи повинні виконуватись під контролем показників функції зовнішнього дихання з оцінкою газового складу артеріальної крові та ступенем насичення гемоглобіну киснем [2, 3, 5, 6, 9]. Реабілітація та терапевтичний прогноз БА визначаються наявністю обструкції дрібних бронхів, яка має прогресивний характер і в цьому розумінні суттєво не відрізняється від ХОЗЛ, але все таки слід відмітити деякі її особливості. Реабілітація хворих на БА – комплекс заходів медичного, соціального, психологічного, педагогічного і професійного характеру, що реалізується шляхом безперервного мультидисциплінарного підходу на всіх етапах надання допомоги, направленої на відновлення або покращення якості життя, пов'язаного зі станом здоров'ям пацієнта [9, 10].

Слід відмітити основні сучасні напрямки реабілітації хворих на БА:

- медична реабілітація (оптимальна планова медикаментозна терапія);
- інформаційна реабілітація (невід'ємна складова частина реабілітації, направлена на надання знань, необхідних пацієнту для можливості здійснення елементів самоконтролю лікування);
- фізична реабілітація (комплекс заходів, направлених на оптимальне відновлення або покращення фізичного стану пацієнта);
- психологічна реабілітація (заходи, направлені на покращення психосоціальної адаптації хворих на БА);
- професійна реабілітація (заходи, направлені на відновлення та покращення професійних функцій).

Одним із перспективних напрямків реабілітації хворих на ХОЗЛ та БА, є респіраторна реабілітація, яка представляє собою програму сомато- і психотерапевтичних методів при наявності засобів, які впливають на ключові ланки патогенезу захворювання і максимально стимулюють процеси санагенезу, які забезпечують максимально повне відновлення резервів системи дихання та відновлення фізичної активності. Виконуючи програму реабілітації хворих на ХОЗЛ та БА, необхідно дотримуватись основних двох тенденцій, а саме: стандартизації, що обґрунтована на доказових дослідженнях, та урахування об'єктивізації клініко-функціональної і економічної ефективності [3, 6, 7]. Реабілітаційні заходи необхідно виконувати, враховуючи такі алгоритми реабілітації: 1. Достовірно встановити діагноз з визначенням основних його ускладнень, а саме: визначення характеру і ступеня порушення функції зовнішнього дихання, зворотність цих порушень на основі проб з бронхолітиками, оцінка специфічної і неспецифічної гіперреактивності бронхів (проба з алергенами, з фізичним навантаженням, холодним повітрям і т.д.), виділення провідного механізму бронхіальної обструкції – бронхоспазм, набряк слизової, гіперсекреція, дискринія. 2. Проведення функціональних проб. 3. Постановка лікувальних завдань з урахуванням провідних патогенетичних механізмів з механізмами лікувальної дії реабілітаційних засобів. 4. Уточнення лікувальних завдань, що вирішуються переважно за рахунок курортних факторів, фітотерапевтичних засобів, гімнастичними і негімнастичними вправами ЛФК. Важливою складовою частиною реабілітації хворих на ХОЗЛ та БА є спеціальні завдання, що включають зменшення вираженості або ліквідацію бронхообструктивного синдрому за рахунок зняття бронхоспазму або покращення дренажної функції бронхів, що складається з чотирьох обов'язкових етапів: відновлення оптимальної біомеханіки зовнішнього дихання; формування та закріплення навиків оптимального патерну дихання у спокої та при фізичному навантаженні; збільшення сили та витривалості основних та допоміжних дихальних м'язів; навчання прийомам розслаблення, автогенного тренування, формування мотивації до

самостійних занять [1, 3, 8, 6]. Можливості і межа реабілітаційних заходів при обструктивній патології легень, за умови дотримання методологічних аспектів їх виконання, мають значну перспективу і право на існування в сучасній пульмонології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Атмосфера, 2002. – 160 с., ил.
2. Методика складання індивідуальної програми методичної реабілітації інвалідів, управління процесом її реалізації та контролю: Навчально-методичний посібник для лікарів медико-соціальних експертних комісій, лікувально-профілактичних закладів, обласних управлінь охорони здоров'я, лікарів-експертів, курсантів факультету удосконалення лікарів / Упорядн. А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, В.В. Маруніч та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2003. – 105 с.
3. Наказ №499 МОЗ України від 28.10.2003р. "Про затвердження ін-

струкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень". – К., 2003. – 100 с.

4. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Горovenko Н.Г. Хронические обструктивные заболевания легких // К.: Морион. – 2001. – 79 с.
5. Хроническая обструктивная патология легких у взрослых и детей: Руководство / Под ред. А.Н. Кокосова. – СПб.: СпецЛит, 2004. – 304 с.: ил.
6. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких // М.: ЗАО "Издательство БИНОМ", 2000. – 512 с.
7. Buist A.S. Risk factors for COPD // Eur. Respir. Rev. – 1996. – V. 6, № 39. – P. 253-258.
8. Burge P.S. Occupation and chronic obstructive disease (COPD) // Eur. Respir. J. – 1994. – V. 7. – P. 1032-1034.
9. Ferrer M., Alonso J., Morera J. et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life // Ann. Intern. Med. – V. 127. – P. 1072-1079.
10. Miravittles M., Ferrer M., Pont A. et al. Effect of exacerbations on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a 2-year follow up study // Thorax 2004. – V.

УДК 616.24-002.5-08:579.252.55

Фомічова Н.І, Магалецький І.Ф., Литвин І.В., Любушкіна С.М., Рум'янцева Т.В., Сидорова Н.С.

БЕЗПОСЕРЕДНІ І ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ, ЯКІ ВИДІЛЯЮТЬ РЕЗИСТЕНТНІ ШТАМИ МІКОБАКТЕРІЙ

Луганський державний медичний університет, Обласний протитуберкульозний диспансер

БЕЗПОСЕРЕДНІ І ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ, ЯКІ ВИДІЛЯЮТЬ РЕЗИСТЕНТНІ ШТАМИ МІКОБАКТЕРІЙ – Проведена оцінка ефективності комплексного лікування 331 хворого на туберкульоз органів дихання, з яких 239 виділяли медикаментозно-резистентні штами мікобактерій. При порівнянні безпосередніх результатів лікування в цих групах виявилось, що наявність медикаментозної резистентності, особливо до 3 і більше препаратів, а також мультирезистентності, значно знижують ефективність лікування хворих. Так, в групі хворих з резистентним туберкульозом рубцювання порожнин розпаду наступило в 46,4 %, припинення бактеріовиділення – в 77,5 % випадків, тоді як у осіб, що виділяють чутливі штами мікобактерій, в 73,3 і 94,1 % випадків, відповідно.

Наявність медикаментозної резистентності мікобактерій туберкульозу становить основу хірургічного ризику і є причиною підвищеної частоти післяопераційних ускладнень і летальних наслідків.

У віддаленому періоді, через 4 роки з моменту виявлення, 29 % серед осіб з первинною медикаментозною резистентністю мікобактерій померли від туберкульозу, у 23,2 % – процес перейшов в хронічні форми, у 9,2 % – наступив рецидив, залишились здоровими лише 38,4 % з числа обстежених.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ВЫДЕЛЯЮЩИХ РЕЗИСТЕНТНЫЕ ШТАММЫ МИКОБАКТЕРИЙ – Проведена оцінка ефективності комплексного лікування 331 хворого туберкульозом органів дихання, із яких 239 виділяли медикаментозно-резистентні штами мікобактерій. При порівнянні безпосередніх результатів лікування в цих групах оказалось, что наличие медикаментозной устойчивости, особенно к 3 и более препаратам, а также мультирезистентности, значительно снижает эффективность лечения больных. Так, в группе больных с резистентным туберкулезом рубцевание полостей распада наступило в 46,4 %, абациллирование – в 77,5 % случаев, тогда как у лиц, выделяющих чувствительные штаммы микобактерий, в 73,3 и 94,1 % случаев, соответственно.

Наличие медикаментозной устойчивости микобактерий туберкулеза представляет основу хирургического риска и является причиной повышенной частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов.

В отдаленном периоде, через 4 года с момента выявления, 29 % из лиц с первичной лекарственной устойчивостью микобактерий умерли от туберкулеза, у 23,2 % – процесс перешел в хронические формы, у 9,2 % – наступил рецидив, остались здоровыми лишь 38,4 % из числа наблюдаемых.

SHORT-TERM AND LONG-TERM TREATMENT RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT PULMONARY

TUBERCULOSIS – Complex treatment effectiveness was evaluated in 331 patients with pulmonary tuberculosis, 239 of which excreted drug-resistant strains of mycobacteria. Comparison of short-term treatment results revealed that drug resistance, especially in cases of resistance to 3 and more drugs, and multi-resistance, considerably decrease the treatment effectiveness. In these patients cavity scarring was achieved in 46,4 % and sputum negativation in 77,5 % cases versus 73,3 % and 94,1 % accordingly in patients excreting mycobacteria susceptible to the essential drugs.

Drug resistance prevalence forms the base of the surgical risk and causes higher rate of surgical complications and mortality.

Longitudinal study for 4 years revealed the following data: 29 % patients died by the reason of tuberculosis, in 23,3 % cases chronization of the process was, observed, in 9,2 % tuberculosis relapsed, and only 38,4 % patients avoided the disease progression.

Ключові слова: туберкульоз органів дихання, комплексне лікування, резистентні штами мікобактерій.

Ключевые слова: туберкулёз органов дыхания, комплексное лечение, резистентные штаммы микобактерий.

Key words: pulmonary tuberculosis, complex treatment, drug resistant mycobacteria strains.

Останніми роками для України стала актуальною проблема епідемії хіміорезистентного туберкульозу. Поширення резистентних форм штамів мікобактерій призводить до зниження клінічної ефективності лікування хворих, подовження термінів хіміотерапії та збільшення фінансових витрат [1].

Метою роботи було вивчення ефективності комплексного лікування хворих з вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень, які виділяють резистентні форми штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ).

Матеріалом дослідження став 331 дорослий хворий з вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень у 1999–2003 роках, які перебували на лікуванні в обласному і міському протитуберкульозних диспансерах.

Хворих поділили на 2 групи. Перша (основна) складала 239 чоловік, у яких була виявлена первинна стійкість до лікарських засобів, друга (контрольна) – 92 чоловіки, виділяли чутливі штами МБТ. Крім того, основна група дода-