

общеклинической подготовки врача, ориентировкой во многих смежных дисциплинах, знанием особенностей течения и терапии заболеваний в позднем возрасте. Важна разработка адекватных реабилитационных программ, активное участие среднего специально обученного медперсонала в ведении данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворецкий Л.И. Некоторые аспекты ведения пожилого больного с заболеваниями легких. Клинический геронтолог. 1995; 3: 3-7.
2. Panuccio P. Fisiopatologia respiratoria nell'anziano. Med. Geriatr. 1990; 22: 413-417.
3. Iori E., Dovoli M. L., Dovoli D. et al. La riabilitazione funzionale respiratoria. G. Gerontol. 1991; 39: (9): 491-496.
4. Адамбеков Д.А., Салов В.Ф., Литвинов В.И. Старение, противотуберкулезный иммунитет, иммунокоррекция. Пробл. туб. 1993; 12: 52-54.
5. Openbrier D.R., Irvin M.M., Rogers R.M. et al. Nutritional status and lung function in patients with emphysema and chronic bronchitis. Chest 1983; 83 (1): 17-22.
6. Kinzel T. Managing lung disease in late life: A new approach. Geriatrics 1991; 45(1): 54-59.

7. Tibbling L. Wrong-way swallowing as a possible cause of bronchitis in patients with gastroesophageal reflux disease. Acta Otolaryngol. 1994; 113: 3405-3408.
8. Esposito A.L. The effect of common pharmacologic agents on pulmonary antibacterial defenses: Implications for the geriatric patient. Clin. Chest Med. 1987; 8 (3): 373-380.
9. Harper C.M., Lyles Y.M. Physiology and complications of bed rest. J. Am. Geriatr. Soc. 1988; 36: 1047-1054.
10. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Консервативная терапия обострения хронического обструктивного заболевания легких. Рус. мед. журн. 1997; 17: 1105-1114.
11. Paggiaro L.P. Multicentre randomised placebo-controlled trial of inhaled fluticasone propionate in patients with COPD. Lancet 1998; 351: 773-780.
12. Schrier A.C. Quality of life in elderly patients with COPD seen in family practice. Chest 1990; 98 (4): 894.
13. Колендо С.Е., Антошина Ю.А., Дворецкий Л.И. Некоторые вопросы диагностики туберкулеза легких в многопрофильной больнице. Пульмонология 2000; 1: 35-41.
14. Дворецкий Л.И. Пожилой больной с хроническим обструктивным заболеванием легких в практике интерниста. Рус. мед. журн. 1999; 16: 796-803.
15. Агеев Ф.Т. Применение β -блокаторов после инфаркта миокарда. Там же 15: 733-739.

Поступила 11.09.2000.

Рецензии

© КЛЯЧКИН Л.М., 2000

УДК 616.24-08(049.32)

Л.М.Клячкин

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ "PULMONARY REHABILITATION"¹

Данная книга, как и ее предшественники из серии *European Respiratory Monograph* (официальной публикации Европейского респираторного общества, главный редактор А.Росси), посвящена одной из актуальнейших проблем современной пульмонологии. Сам по себе факт ее выхода — свидетельство значения, которое проблема пульмонологической реабилитации имеет в клинике заболеваний органов дыхания. Естественно, что пульмонологов нашей страны не может не интересовать состояние данной проблемы за рубежом. Рецензируемая книга интересна уже тем, что представляет квинтэссенцию взглядов наших западных коллег на эту проблему, позволяет не только почерпнуть кое-что новое, но и увидеть недостатки, а заодно лучше представить себе состояние данной проблемы у нас.

Редакторы книги профессора Доннер и Декрамер — виднейшие европейские пульмонологи. При подготовке книги они возглавили и объединили работу большой группы авторов, представляющих пульмонологические клиники и центры Италии, Бельгии, Нидерландов, Великобритании, Дании, а также и США. Книга основана на обобщении их собственного опыта, а также обзоре и метаанализе чрезвычайно широкого круга источников литературы. К сожалению, отсутствие среди них русскоязычных источников вызывает чувство досады и не только как свидетельство дискриминации, но, главным образом, из-за ущерба, который вследствие этого книга несет в отношении полноты представления проблемы, на что монография, безусловно, ориентирована.

¹ Pulmonary rehabilitation / Edit. C.F.Donner, M.Decramer. — Eur. Respir. Society. — 2000. — 200 p.

Авторы связывают растущий интерес к пульмонологической реабилитации как к процессу эффективного интегрирующему все аспекты лечения легочного больного и как стимул к исследованию и развитию всесторонних программ, имеющих целью уменьшить общие последствия болезни и ее влияние на пациентов. Европейское респираторное общество определяет пульмонологическую реабилитацию как "процесс использования научно обоснованных диагностических методов и терапевтических средств для достижения оптимальной функциональной активности и качества жизни пациентов, страдающих от нарушения трудоспособности, обусловленного хроническими заболеваниями легких, с оценкой клинически и физиологически обоснованных результатов". Следует подчеркнуть, что авторы распространяют понятие реабилитации только на хронические заболевания легких, почти исключительно на хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), в то время как последствия острых заболеваний и травм остаются вне поля их зрения. Многие факторы реабилитации оказывают положительное влияние на течение ХОБЛ, в том числе на показатели $ОФВ_1$, PaO_2 , $PaCO_2$, давление в легочной артерии, состояние питания и другие, повышается толерантность к физической нагрузке, улучшается качество жизни. Можно было бы предполагать и повышение выживаемости в результате реабилитации, но доказательных данных в этом отношении пока недостаточно, что требует дальнейших исследований.

Красной нитью через книгу проходит идея главной задачи реабилитации, которая состоит в улучшении качества жизни больного. Последнее оценивается по специальным опросникам, в которых приводятся шкалы оценки переносимости ходьбы, степени одышки, кашля, выделения мокроты, качества сна, психологического и социального статуса. Минимизация всех этих симптомов результируется в улучшении качества жизни. При этом подчеркивается, однако, что ни отдельные симптомы, ни их сочетания, ни отдельные функциональные показатели не дают оценки качества жизни. Она может быть получена только с помощью интегративных опросников, которые авторами признаются как действенные и надежные инструменты. К сожалению, в нашей практике зарубежные опросники применяются крайне недостаточно, не только по причине их недостаточной адаптированности к нашим условиям, но, главным образом, потому, что авторы их бережно охраняют свое авторское право и требуют своего разрешения (и оплаты) за их использование. Отечественных же аналогов пока нет, хотя они, несомненно, необходимы. В какой-то степени в качестве опросника качества жизни может быть использован отечественный метод САН (самочувствие, активность, настроение), неточно интерпретируемый только как психологический тест.

Обязательным параметром оценки эффекта реабилитации надо считать ее экономическую (стоимост-

ную) эффективность. Подчеркивая это положение, авторы отмечают крайнюю недостаточность контролируемых (доказательных) исследований на эту тему. В некоторых работах показано уменьшение числа госпитализаций в ходе реабилитации, уменьшение использования госпитальных коек по ее завершении в последующем. Все это может сбалансировать расходы на реабилитацию, но все же необходимы дальнейшие контролируемые (доказательные) работы по исследованию экономического эффекта пульмонологической реабилитации.

Один из наиболее важных аспектов реабилитационного процесса — это образование больных. Основной его задачей является выработка у больного навыков здорового образа жизни. С помощью рационально поставленного образования больной должен осознать сущность своего заболевания, адаптироваться к нему. Образование способствует выработке у больного надлежащей мотивации на участие в лечении, выработке навыков самоконтроля.

Большое внимание заслуженно уделено вопросу прекращения курения. Известно, что оно является одной из основных причин развития и прогрессирования ХОБЛ. Пристрастие к никотину — важный, хотя и не единственный фактор привычки к курению. Психологически ему способствуют ложные представления, что оно усиливает энергичность, облегчает расслабление, уменьшает негативные чувства и переживания, способствует коммуникативности, курение сопровождается привычным двигательным стереотипом. Все эти дополнительные факторы поддаются психотерапевтическим влияниям образования. Врач должен создать и поддерживать у пациента мотивацию на прекращение курения и применять нефармакологические средства образовательного психотерапевтического воздействия на больного.

В основе пристрастия к курению лежит зависимость от никотина, подобная наркомании. Но повреждающее действие курения связано не только с никотином, но с большим количеством химических факторов, ингалируемым с дымом, хотя и не участвующих в выработке патологической зависимости. Поэтому для прекращения курения используются различные средства введения никотина, свободного от балластных токсических веществ, применяются методы и средства заместительной терапии, содержащие никотин ингаляции, жевательные резинки, носовые спреи, подъязычные таблетки. Задача врача — выбор средства, наиболее подходящего для конкретного больного.

Борьба с курением — важная часть респираторной медицины как в лечебном, так и в профилактическом смысле. По мнению экспертов ВОЗ, эпидемия курения и связанные с ним болезни — два приоритета третьего тысячелетия. Курение — наиболее важная причина предотвратимой смертности, поэтому в данной книге столь большое внимание уделено

этому вопросу и роли образования в его решении. И хотя пульмонолог делегирует задачу образования врачу общей практики, тем не менее и он должен участвовать в образовании, в частности, всемерно развивать у себя необходимое каждому врачу качество коммуникативности.

Специальный раздел книги посвящен физиотерапии. Однако она понимается совсем не так, как у нас. Физиотерапия понимается как лечебная физкультура, и, как таковая, она заслуженно привлекает пристальное внимание авторов и рассматривается ими как средство улучшения трахеобронхиального клиренса, повышения качества жизни и физической толерантности больного. Она включает тренировку дыхательной и периферической (скелетной) мускулатуры и способствует образованию пациентов. Ее осуществление, как и оценка эффекта, требует участия физиотерапевта (инструктора-методиста лечебной физкультуры).

Хорошо доказана эффективность таких дыхательных упражнений, как маневр форсированного выдоха, тренировка глубокого дыхания, упражнения в наклонной позиции тела, дыхание через сжатые губы. Предполагаемые преимущества ряда новых методик перед этими стандартными методами требуют доказательств. Остается нерешенным также вопрос о переносе данных об эффекте дыхательных упражнений в состоянии покоя на результативность их в ходе нагрузочных действий.

Авторы адресуют к дальнейшим исследованиям следующие вопросы: действительно ли мы изменяем с помощью дыхательных упражнений респираторный паттерн больного, должны ли мы рекомендовать больным использование дыхательных упражнений в их последующей активной жизни, а главное, действительно ли дыхательные упражнения усиливают функциональную адаптацию больного при хронических легочных заболеваниях.

Вопросы о физических тренировках легочных больных обсуждаются и в последующих разделах книги. Рассматривается роль тренировок скелетной мускулатуры в компенсации дыхательных нарушений. Вероятно, что преодоление мышечной дисфункции, детренированности, присущей больным ХОБЛ, может повысить их толерантность к физическим нагрузкам и, соответственно, качество их жизни. Дыхательная недостаточность больных, степень одышки должны учитываться при дозировании нагрузочности упражнений, но не являются противопоказаниями к их назначению.

Физическая тренировка легочных больных включает как общую аэробную тренировку, так и локальную тренировку отдельных мышечных групп, хотя и не вполне ясно, каких именно. Достаточно высокая интенсивность аэробной тренировки повышает толерантность к физической нагрузке и стимулирует как кардиоваскулярную, так и периферическую мышечную адаптацию больных, подобно как и здоровых

лиц. Таким образом, в книге усиленно акцентируется общетренирующее значение кинезитерапии (обозначаемой как "физиотерапия"), тогда как корригирующая ее роль остается незаслуженно на втором плане. Не характеризуются влияния, направленные на коррекцию рестриктивных и обструктивных нарушений, не упоминается, во всяком случае в данном разделе, методика стимуляции диафрагмального дыхания.

В книге подробно обсуждаются содержание и эффекты психосоциальной поддержки больных в пульмонологической реабилитации. В обсуждаемых работах представлены результаты тренировки релаксации, борьбы со стрессами, сохранения профессиональных навыков, а в конечном счете — повышения качества жизни, ощущения психосоциального благополучия. Необходимы дальнейшие исследования теоретической базы психосоциальной поддержки, уточнение вклада этого направления в общий результат пульмонологической реабилитации больных.

Одно из наиболее тяжелых осложнений ХОБЛ — кахексия. Преодоление нарушений питания, наиболее выраженной формой которых служит кахексия — основа диетической стратегии пульмонологической реабилитации. Развитие истощения — результат не только недостаточного поступления питательного материала. Важный фактор нарушения метаболического баланса — системное воспаление, нарушающее обмен веществ. Диетотерапия, преодолевая обменные нарушения, способствует улучшению функционирования скелетной и респираторной мускулатуры. Повышение массы тела больного часто сопровождается улучшением качества его жизни.

Среди методов пульмонологической реабилитации серьезное внимание уделяется продолжительной кислородной терапии и механической вентиляции, в том числе осуществляемым в домашних условиях. Особая роль кислородной терапии состоит в том, что она уменьшает смертность больных ХОБЛ при выраженной гипоксемии. Она также улучшает качество сна, смягчает психоневрологические нарушения и снижает полицитемию. Осуществление амбулаторной кислородной терапии требует надлежащего оснащения и обучения пациентов и членов их семей. Для нас эти, несомненно, важные вопросы пока являются перспективой. Механическая вентиляция контролирует респираторный ацидоз, улучшает газообмен, уменьшает работу дыхания предотвращает ателектазирование, уменьшает нагрузку на сердце. У большого числа больных она может производиться неинвазивно и может осуществляться в домашних условиях, что требует соответствующей организации, наличия аппаратуры, ее обслуживания и контроля, обучения пациентов и членов их семей, что пока в наших условиях выглядит перспективой.

Заключительные разделы книги посвящены отбору больных на реабилитацию, выбору ее программ и оценке ее результатов. В отличие от других разделов,

написанных в основном в форме обзора, эти главы по своему стилю скорее напоминают методические рекомендации и в практическом плане вызывают наибольший интерес. Размеры рецензии не позволяют изложить их содержание с достаточной подробностью. Теоретически кандидатами на реабилитацию считаются некурящие пациенты с симптомами хронических респираторных расстройств, согласные участвовать в реабилитации. Но главный контингент — это больные с более серьезными нарушениями, наличием мышечной слабости и снижением толерантности к физической нагрузке. Для отбора больных необходимо тщательное диагностическое обследование с оценкой общего физического состояния, функционального статуса, эмоциональной сферы, качества жизни, социального статуса. Составление реабилитационных программ должно быть индивидуальным, причем авторы полагают, что в основном они применяются у больных с неизлечимыми заболеваниями. Правильнее было бы говорить о состоянии ремиссии (для хроников) или реконвалесценции для острых случаев.

Планирование и выполнение реабилитационных программ должно опираться на бригадный метод. Бригады включают врача-пульмонолога как координатора, медицинских сестер, физиотерапевта (инструктора ЛФК), социального работника. По показаниям привлекаются профпатолог, диетолог, психолог, логопед и другие специалисты. Программы строятся в вариантах для стационарных пациентов, для амбулаторных больных и для домашней реабилитации. Рассматриваются особенности организации и проведения реабилитационных мероприятий на этих трех, как мы называем, этапах. Рассматриваются достоинства и недостатки каждого из них. Оговаривается экономическая целесообразность домашнего этапа, к осуществлению которого также необходим бригадный подход, что, естественно, требует организации реабилитационной службы.

Рассматриваются особенности реабилитационных программ при различных заболеваниях легких. Это, пожалуй, единственное место в книге, где, наряду с ХОБЛ, упоминаются как объекты реабилитации и другие хронические легочные заболевания. Принципы реабилитации при них в основном одинаковы, но имеются и определенные различия, связанные с особенностями патогенеза бронхиальной астмы, муковисцидоза, бронхоэктазов, нарушений состояния грудной стенки, интерстициальных заболеваний, пред- и послеоперационных состояний.

Общая оценка книги в отношении круга вопросов, в ней обсуждаемых, однозначно положительная. Отдельные замечания этой оценки не изменяют. Главное же в том, что она позволяет наглядно увидеть преимущества и недостатки в постановке пульмонологической реабилитации как у наших западных коллег, так и в нашей практике.

Книга показывает, что в европейских центрах уделяется серьезное внимание реабилитации легочных

больных. Она имеет организационную структуру в виде бригадного метода как в условиях госпиталя, так и в амбулаторном звене, она подвергается массированному научному анализу, имеет богатую литературу, широко применяет технологии продолжительной кислородной терапии и неинвазивной механической вентиляции на всех этапах, включая домашний, имеется надлежащая для этого организация. В европейских странах уделяют первостепенное внимание определению качества жизни больных и имеют для этого опросники. Они критически оценивают свои достижения и по многим проблемам выдвигают задачи дальнейшего исследования, подчеркивая необходимость контролируемых исследований по принципам доказательной медицины.

Бригадный метод организации реабилитационного процесса, интенсивность научного поиска, переход на уровень современной доказательной медицины достойны заимствования. Нужно приближаться и к внедрению новейших технологий кислородной и вентиляционной терапии в амбулаторных и домашних условиях.

Но книга выявляет и ряд существенных недостатков. К их числу следует отнести полное отсутствие представлений о курортной терапии, прежде всего о климатолечении, которое, несомненно, является одним из основных методов восстановительной — реабилитационной терапии легочных больных. Физиотерапия трактуется только как кинезитерапия, лечебная физкультура. Кстати, и она трактуется несколько односторонне — только как общетренирующая с недооценкой ее как метода корригирующей терапии. Нет совершенно никаких сведений о применении преформированных физических факторов, аппаратной терапии — собственно физиотерапии. Реабилитация применяется только при хронических легочных заболеваниях, почти исключительно при ХОБЛ, и совершенно игнорируются методы реабилитации при острых заболеваниях — пневмониях, прежде всего, а также при последствиях травм, химических и термических поражений дыхательных путей. Мы уже говорили об игнорировании русскоязычной литературы. Если бы авторы следили за ней, то они могли бы избежать многих из перечисленных недостатков. Не без оттенка гордости мы можем считать, что в вопросах курорто-, климато-, физиотерапии мы, безусловно, занимаем лидирующие позиции. По-видимому, учитывая данную книгу, нам следует активнее популяризировать наш опыт в зарубежной литературе. Однако нам нужно самим активнее применять накопленный опыт в собственной практике. Необходимо также активнее заимствовать все положительное из зарубежного опыта. Это прежде всего следует отнести к использованию оценки качества жизни, использованию передовых технологий.

Поступила 06.04.2000.