

А.Г.Малявин

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГКБ №51, г. Москва

ACTUAL PROBLEMS OF MODERN PHYSICAL THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA

A.G.Malyavin

Summary

The article considers main problems of irrational application of medicative physical factors in the treatment and secondary prevention of bronchial asthma. Abilities of the physical factors to control bronchial asthma are analysed. Basic principles of health resort therapy application are expounded. An improved practical classification of physiotherapeutic techniques is offered and analysed according to their roles in a complex therapy of bronchial asthma. The techniques having special indications and disease-modifying techniques that are reasonable to be involved in the basic therapy are assigned.

Organizing and methodical problems of the improvement of non-medicinal aid for bronchial asthma patients are examined in detail.

Резюме

В статье рассмотрены основные проблемы нерационального использования физических факторов в лечении и вторичной профилактике бронхиальной астмы. Проанализированы возможности физических факторов в реализации контроля над бронхиальной астмой. Изложены основные принципы назначения курортной терапии. Предложены и проанализирована усовершенствованная практическая группировка физиотерапевтических методик в зависимости от их роли в комплексе лечебных мероприятий. Особо выделены методики со специальными показаниями и болезньюмодифицирующие методики, которые целесообразно включать в базисную терапию.

Подробно рассмотрены организационно-методические вопросы совершенствования немедикаментозной помощи больным бронхиальной астмой.

В последние годы достигнут существенный прогресс в понимании патогенеза бронхиальной астмы (БА), что позволило выработать достаточно согласованные концепции медикаментозного лечения этого заболевания, подкрепленного экспансией новых групп препаратов (например, антилейкотриеновые антагонисты) или модификацией уже известных групп (глюкокортикостероиды, β -агонисты, антихолинергические, стабилизаторы мембран тучных клеток, метилксантины) [10].

Следует обратить внимание на то, что направленность действия фармацевтических компаний связана не только с созданием новых химических соединений, но и с совершенствованием фармакокинетики лекарств (создание пролонгированных форм, форм с регулируемым выделением действующего агента, комбинированных форм и т.д.), а также с совершенствованием средств доставки препаратов к органу-мишени. Примечательно, что в последнем случае активно используются подходы, разработанные в физиотерапии. Особенно это касается применения раз-

личного рода ингаляторов, небулайзеров, спейсеров. Мы не будем подробно останавливаться на закономерностях ингаляционного применения лекарственных средств, достаточно полно изложенных в соответствующих источниках [6]. Кроме того, в пульмонологической, но физиотерапевтической литературе встречаются упоминания и о других лечебных воздействиях, прямо или косвенно связанных с разработанными в физиотерапии закономерностями (малопоточная оксигенотерапия, осцилляторная модуляция дыхания, РЕР-маски, устройства для дыхания в режиме ПДКВ и др.).

Этим, по сути, ограничивается упоминание, даже косвенное, в специализированной пульмонологической литературе возможностей физической терапии БА.

Характерно, что на этом фоне, даже в авторитетных изданиях, нередко "пробиваются" публикации о "новых" модных видах немедикаментозной терапии БА (в последнее время это чаще всего инфрита-терапия, различные методики квантовой терапии, электромагнитная крайне высокочастотная (КВЧ)-терапия и др.). С

вакханалией целительства эти публикации роднит либо отсутствие использования принципов доказательной медицины, либо опора на отдельные “примеры из лечения”, намеренное или невольное завышение показателей эффективности лечения или безопасности использования методик (панацее). В любом случае агрессивность авторов прямо или косвенно носит спекулятивный, часто коммерческий характер. С другой стороны, недостаточное и недобросовестное изучение любых лечебных факторов, в том числе и упомянутых, в конечном счете дискредитирует не только сами эти методики, но и возможности использования в лечении БА физических методов в целом.

На самом деле такая поспешность и агрессивность в большинстве случаев мешает методическому и последовательному изучению новых методик, адекватной оценке их эффективности и определению места и времени использования. Зачастую речь идет не о “злонамеренности” отдельных авторов, а о непонимании роли и места физических методов в комплексе лечебных мероприятий при БА.

Это одна сторона вопроса. В значительной мере именно этой проблеме посвящена настоящая публикация.

С другой стороны, в основополагающих документах, касающихся вопросов современной диагностики и лечения БА [11], основной упор сделан на базисную медикаментозную терапию, что вполне оправдано с точки зрения современных взглядов на сущность заболевания, но, к сожалению, практически полностью отсутствуют сведения о возможности использования методов физической терапии. Такое положение явно не рационально, поскольку существенно снижает и сам выбор адекватной терапии, и возможности ее совершенствования. Между тем, наверняка каждому врачу, регулярно сталкивающемуся с проблемой лечения больных БА, приходилось констатировать немало случаев недостаточного контроля над астмой (имеется в виду контроль приступов, профилактика обострений и контроль прогрессирования заболевания) даже при адекватном использовании рекомендуемых схем лечения. Именно в этих случаях наиболее остро встает вопрос о роли средовых факторов, психологических аспектах проблемы, уровне комплаенса, начинаются поиски “нетрадиционных” методов лечения, в т.ч. и физиотерапевтических (маленькая ремарка по поводу “нетрадиционных” — физические методы не только не менее традиционны, чем лекарства, но зачастую имеют и более глубокие исторические корни). Вот так вырисовывается только один из важнейших аспектов поднятой проблемы — выбор адекватной методики. Дальнейшее изложение в должной мере коснется этой проблемы.

Из сказанного следует достаточно очевидный разрыв, сформировавшийся в последние годы: с одной стороны, не всегда обоснованное увлечение лекарственной терапией, с другой — комплекс собственных проблем физической терапии БА. Ликвидация или

хотя бы минимизация этого разрыва, на наш взгляд, является достаточно важной проблемой, и прежде, чем предпринимать конкретные шаги в этом направлении, необходимо четко очертить истоки сложившейся ситуации.

Среди них можно отметить исторически сложившееся относительно слабое развитие, прежде всего в научном плане, физической терапии в большинстве стран мира, хотя положение достаточно быстро меняется. Налицо недостаточная осведомленность пульмонологов о возможностях физической терапии БА и, как следствие, игнорирование по непониманию или по осторожности, неправильная постановка задач перед физиотерапевтами, недостаточная конкретизация цели назначения физиотерапевтических методик, увлечение “модными”, недостаточно обоснованными или экстремальными методиками, неадекватная оценка роли физических методов только на основе непосредственных результатов. В ряде случаев имеет значение нерациональная оснащенность лечебных учреждений физиоаппаратурой.

Другой важной частью сформировавшегося разрыва можно считать собственные проблемы физиотерапии. Одна из составляющих этой проблемы связана с системой подготовки врача-физиотерапевта (реабилитолога, специалиста по восстановительной медицине и т.п.), когда на относительно поверхностные стартовые знания в области пульмонологии накладывается несистематизированная, часто недобросовестная информация. В частности, многие предложенные методики физической терапии БА представлены без сравнительного анализа и определения четких критериев их назначения, т.е. дифференцированных показаний. Нередко специфические противопоказания вообще не упоминаются, отсутствует механизм отмены разрешений на ранее утвержденные Минздравом, но не зарекомендовавшие себя в дальнейшем методики. До конца не проработан контроль за использованием неутвержденных методик или аппаратуры. В силу организационных причин не внедрена представленная программа определения объективных критериев эффективности физиотерапевтического лечения больных БА и стандартизации протоколов наблюдений. Эти вопросы обсуждались на “круглых столах” 6-го и 7-го Национальных конгрессов по болезням органов дыхания и в дальнейшем были включены в научные планы РНЦ реабилитации и физиотерапии (Москва) и ГНЦ пульмонологии (Санкт-Петербург). Наконец, нередко отсутствие длительных наблюдений не позволяет объективно определить возможности физической терапии в плане изменения характера течения заболевания.

В качестве иллюстрации сложившегося положения можно привести весьма показательный пример. При подготовке в 1997 г. главы “Физические методы лечения больных бронхиальной астмой” в монографию “Физические методы в пульмонологии” [3], автором были проанализированы около 90 опубликованных

отечественных и зарубежных методик физической терапии БА. При этом менее половины из них были подтверждены с использованием методов доказательной медицины, примерно в 25% публикаций отслежены отдаленные результаты, дан сравнительный анализ с другими методиками, указаны дифференцированные показания и только в единичных случаях специфические противопоказания. Более того, анализ литературы показал, что упорно и широко продолжают использоваться методики совершенно бессмысленные и с точки зрения физических свойств самого фактора (мощности, глубины проникновения и т.д.), и с точки зрения биофизических свойств подвергаемых воздействию тканей. В качестве примеров можно привести ультразвуковые ингаляции эуфиллина или высоко минерализованных минеральных вод, т.н. "внутриорганный" электрофорез лекарственных средств, электро- или фонофоретическую "десенситизацию" при атипической БА, и т.д.

Наиболее часто дефектами доказательности страдают методики квантовой (лазерной), магнитной и КВЧ-терапии. Объективные причины понятны: сложные и не до конца изученные процессы трансформации энергии внешнего источника в тканях, большая зависимость их от длины волны излучения и изменяющихся параметров в процессе процедуры. Однако игнорирование такого анализа медицинских результатов никак не оправдывает нередко сенсационную подачу материала.

В связи с этим автору пришлось в ряде случаев давать весьма осторожную и критическую оценку многих методик и вообще не упоминать о них.

Все эти проблемы, тем не менее, не исключают очевидности необходимости включения физических факторов в концепцию лечения больных БА. Она проистекает из того, что хорошо известны многочисленные факты не только непосредственного положительного действия физиопроцедур на больных БА, но и в ряде случаев изменения характера течения заболевания под влиянием такого рода воздействий, т.е. можно сказать, что в последнем случае физические воздействия становятся болезньюмодифицирующим фактором.

Это ни в коей мере не удивительно, поскольку в процессе эволюции человеческий организм постоянно подвергался и в течение всей жизни постоянно подвергается комплексу воздействий физической природы. Можно сказать, что эволюционно сложились два типа реакций на эти воздействия. В тех ситуациях, когда в живой природе физические воздействия по своей интенсивности и длительности не оказывают существенного влияния на гомеостатическое равновесие, специфические рецепторы к ним не формируются и механизмы ответных реакций носят также неспецифический или опосредованный характер (например, электромагнитные воздействия радиочастотного диапазона).

Изменение интенсивности, длительности, времени и места приложения физических воздействий или их

резонансная модуляция могут существенно влиять на гомеостатические реакции.

В других случаях физические воздействия в значительной мере влияют на жизнеспособность и жизнеобеспечение организма (свет, звук, механические воздействия и т.д.). В этих случаях в процессе эволюции формируются и специфические рецепторы и механизмы ответных реакций. Тогда влияние необычных по интенсивности, длительности и т.д. естественных или преформированных физических факторов приводит к гомеостатическому сдвигу как по общим неспецифическим, так и по специфическим механизмам. Эти сдвиги могут блокировать патологические (в результате болезни) сдвиги, изменять связи, наконец, удлинить время для реализации саногенетических процессов. После окончания действия фактора гомеостаз возвращается уже не на тот уровень, на котором он был при болезни в начале. Таким образом, создается одна из предпосылок эффекта последствия.

В клинической практике хорошо известны ситуации, когда при наличии сопутствующей патологии, плохой переносимости, тахифилаксии, побочных эффектов или иных причин применение медикаментов ограничено или желательна его минимизация, что и может быть решено путем включения в лечебно-реабилитационную программу средств физиотерапии.

Наверно, правильным следует признать подход, основанный не на противопоставлении медикаментозной и немедикаментозной терапии БА, а на их разумном сочетании. С этих позиций важно аргументированно определить роль и место физических методов в лечении и реабилитации больных БА и разработать дифференцированные показания к их назначению.

Необходимо учитывать свойственное физическим факторам длительное последствие, а также немаловажный психологический аспект, связанный с "разрывом монотонности" хронического лечения и с благоприятными ожиданиями больных, их определенный настрой на нетрадиционный для них вид лечения. Наконец, важными следует признать и экологические факторы.

Подходя непосредственно к конкретным методикам физической терапии БА, нам представляется важным не только общепринятое подразделение по физической сущности фактора и механизмам действия, но и подразделение методик по их значению и вкладу в комплекс лечебных мероприятий. В большей мере это согласуется с так называемым синдромно-патогенетическим подходом, находящим все больше сторонников в отечественной физиотерапии [7].

Следует признать, что в настоящее время не найден ни один способ устойчивого адекватного контроля БА, поэтому во всех случаях, кроме периодов устойчивой ремиссии, физические факторы применяют на фоне базисной медикаментозной терапии. Часть разработанных методик носит вспомогательный характер, позволяет решать только частные задачи. Другие

же обладают комплексным действием, способны влиять на многие звенья патогенеза БА и оказывать существенное влияние на характер течения болезни. В этом случае они могут рассматриваться как болезнь-модифицирующая стратегическая терапия.

Комплексное действие достигается, с одной стороны, физическими особенностями фактора, его проникающей способностью, адекватностью физическим процессам в организме и его приложением к регулирующим системам, а с другой — оно предопределено многофакторностью аллергического воспаления при БА и заинтересованностью разнообразных систем организма в реализации.

Упомянув о комплексности воздействия физических факторов, нельзя вкратце не остановиться на вопросах курортного лечения больных БА. Как уже указывалось выше, само по себе изменение даже естественного макро- и микроокружения больного БА вызывает определенные адаптационные сдвиги в организме, причем эти сдвиги могут и улучшать течение болезни, и вызывать обострения. Не касаясь подробно проблемы курортной терапии больных БА, изложим; тем не менее, несколько важных моментов. Следует отметить, что на курортах применяются не только климатические воздействия, но и используются аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия, различные виды массажа и гимнастики, в том числе и дыхательной. Во-первых, эти обстоятельства надо учитывать при направлении на курорт и по возможности рекомендовать конкретные виды воздействий, а во-вторых, курорты можно рассматривать как этап комплексной терапии и при соответствующей подготовке использовать этот фактор для повышения комплаенса.

В целом, показано направление больных БА легкой и средней степени тяжести в фазе ремиссии на южные приморские (сухие субтропики, средиземноморский тип климата), среднегорно-климатические (до 2000 м над уровнем моря) и специализированные спелеоклиматические (галитовые, сильвинитовые, карстовые пещеры, радоновые санатории) курорты. В теплое время года можно использовать степные и местные курорты. Нецелесообразно направление больных БА во влажную субтропическую зону, а также больных, проживающих в резко континентальных зонах, в осеннее время, поскольку их возвращение к месту постоянного проживания чревато обострением вследствие контрастных климатических условий и снижения способности больных к реадaptации. Из последнего также следует нецелесообразность укороченных курсов курортного лечения и нежелательность для больных БА краткосрочных поездок за рубеж при резко выраженных сезонных климатических контрастах. Больных необходимо также предупреждать об ограничении солнечной инсоляции (особенно при нередком сочетании БА с поражением щитовидной железы) в силу активного влияния УФ-лучей на систему иммунитета и возможности разви-

тия солнечных ожогов, приводящих к дополнительной сенсibilизации организма.

Следует также учитывать возможность атопических реакций больных БА на курортах (амброзия, злаковые, экзотические растения и др.) [4,5].

Своеобразной проблемой, непосредственно относящейся к физической терапии, следует признать некоторые аспекты создания благоприятной микросферы в жилище и на месте работы пациента. В частности, речь идет о необходимости применения очистителей воздуха, ионизаторов, пылесосов (предпочтительно снабженных НЕРА-фильтрами) и кондиционеров (предпочтительнее сплит-системы) [5].

Очистители воздуха должны обеспечивать редукцию респираторной фракции пыли с дезактивацией органических субстратов (бактерии, грибы, клещи, перхоть и др.). Этим требованиям соответствуют очистители воздуха, оснащенные НЕРА-фильтрами, и УФ коротковолновыми облучателями (обычно более дорогие), или относительно простые и дешевые приборы, действующие на основе "ионного ветра" и тлеющего разряда (например, "Супер-плюс"). Последние дополнительно обеспечивают отрицательную аэроионизацию, благоприятно влияющую на реактивность бронхов и мукоцилиарный аппарат. Применение открытых люстр (ламп) Чижевского, несмотря на использование того же принципа коронного разряда, не целесообразно, т.к. при этом происходит оседание неинактивированной пыли на стенах и потолке в непосредственной близости от прибора.

Больные должны быть информированы о том, что деионизации или преобладающей неблагоприятной положительной аэроионизации способствуют: нахождение на высоких этажах зданий, использование синтетических покрытий, телевизоров, мониторов, оконных кондиционеров, запыленность помещения. Вместо аэроионизаторов можно использовать фонтаны.

Возвращаясь непосредственно к практической группировке методической терапии, применяемой в лечении больных БА, на наш взгляд, следует подчеркнуть несколько моментов. Во-первых, сам принцип практической группировки до некоторой степени универсален, т.к. может использоваться применительно к любой другой патологии. То есть складывается трехкомпонентная система ориентации врача при выборе конкретной методики, которая дополняется сведениями о переносимости, сопутствующей патологии, сочетаемости с другими видами воздействия, реальными возможностями.

Система состоит из следующих компонентов:

1. Физическая характеристика действующего фактора (учитывается трансформация энергии фактора в организме, дозозависимость, наличие специфических мишеней и т.д.);
2. Синдромно-патогенетический подход (учитываются сведения о закономерных ответных общебиологических и специфических реакциях в ответ на действие конкретного фактора);

3. Практическая группировка физических факторов при данном заболевании (учитываются конкретные задачи применения в зависимости от фазы и характера течения болезни).

Последовательное применение всех трех компонентов этой системы предопределяет второй важнейший аспект — облегчение принятия адекватного решения. Можно подчеркнуть, что полнота использования всех равнозначных и дополняющих друг друга компонентов зависит от квалификации врачей, однако даже при ее недостатке именно в этой области последний компонент может оказаться решающим.

В-третьих, несомненно, следует ожидать появления новых методик, что само по себе можно приветствовать, но, на наш взгляд, простое экстенсивное накопление новых методик малопродуктивно. Использование практической группировки позволяет выделить для исследователей основные направления поиска новых методик, уточнять показания и противопоказания, особенности действия уже известных и апробированных методик, но на основе современных представлений о патогенезе заболевания и биофизических основах действия фактора. Соответственно это позволяет более объективно оценивать не только эффективность, но и конкретное место методик в программе лечения больных БА. Таким образом, формируется некий динамизм самой группировки.

Наконец, на основе практической группировки легче формировать адекватные лечебные комплексы и, что не менее важно, формировать конкретное аппаратное обеспечение в учреждениях здравоохранения.

Практическая группировка впервые была предложена автором в 1997 г. [3] и неоднократно обсуждалась среди пульмонологов и физиотерапевтов. В настоящее время она модифицирована и содержит пять позиций. Полностью формирование не завершено (впрочем, как уже указывалось выше, это постоянный динамический процесс). Необходимо также отметить, что ряд методик в зависимости от конкретной ситуации могут присутствовать сразу в нескольких позициях. Мы постараемся изложить все позиции группировки с кратким комментарием и приведением характерных примеров.

1 группа. Состоит из малоэффективных методик, сопоставимых с действием плацебо. Мы считаем нецелесообразным полный отказ от них, поскольку возможно их применение при психологически значимых эффектах ожидания у акцентуированных больных с определенными установками на лечение или в ситуациях, связанных с простой необходимостью разрыва "монотонности" лечения (например, франклинизация, элетро- и фонофорез лекарственных препаратов, магнитотерапия и др.).

2 группа. Состоит из средств симптоматической поддержки. Они необходимы при недостаточной эффективности откашливания, усугубленной дыхательной недостаточностью, связанной с нарушением ды-

хания, утомлением дыхательной мускулатуры, при нередких вегетативных нарушениях и т.д. Сюда можно отнести различные виды массажа (классический, точечный, интенсивный, крио-, пневмо-, вибромассаж), ингаляции отхаркивающих средств, радона, маломинерализованных минеральных вод, применение токов низкой частоты (синусоидальных модулированных, интерференционных, электростимуляция диафрагмы), использование различного рода устройств, для тренировки дыхания, например флаттер-терапии, накожное лазерное облучение, электросон и др.

3 группа. Методики, непосредственно существенно не влияющие на течение БА, но применяемые для лечения частой сопутствующей патологии, оказывающей значимое влияние на статус больных (воспалительные очаги, сердечно-сосудистая патология, гастроэнтерологические заболевания и др.). Частично могут использоваться методики 2-й группы. Они дополняются ультразвуковой и лазерной санацией бронхов, грязелечением, питьевыми минеральными водами, ваннами (суховоздушные радоновые и углекислые, углекислые хлоридные натриевые, радоновые, йодо-бромные), электромагнитными волнами при местном назначении (в основном дециметрового, метрового и миллиметрового диапазона), мониторинг очистки кишечника и др.

4 группа. Ее составляют методики с разной эффективностью, но обладающие некоторыми особенностями, позволяющими применять их в осложненных ситуациях, как правило, связанных с необходимостью минимизации других видов лечения вследствие плохой индивидуальной переносимости, отягощения конкретной сопутствующей патологией, противопоказаний для иных видов лечения и иных причин. По сути это методики выбора в осложненных ситуациях. Они, к сожалению, пока достаточно малочисленны, но перспективы именно таких методик наиболее впечатляющие, особенно в тех ситуациях, когда в результате разработки и клинической апробации весьма точно определены специальные показания.

Здесь в качестве примера можно упомянуть разработанную нами совместно с Л.Д.Госн методику транскраниального воздействия синусоидально модулированными токами [9] у больных БА с сопутствующей патологией щитовидной железы. По нашим данным и данным других авторов [8], у женщин такое сочетание встречается примерно в половине случаев. Их особенность состоит в том, что многие противоастматические медикаменты усугубляют взаимное отягощение заболеваний, которые достаточно часто носят прогрессирующий характер, а с другой стороны, действие других немедикаментозных средств либо неэффективно, либо противопоказано или мало предсказуемо вследствие измененной реактивности организма при эндокринной патологии.

В частности, применение указанной методики позволило обеспечить прирост эффективности лечения

больных на 43% при снижении суточной суммарной дозы потребляемых для купирования приступов экспираторного диспноэ медикаментов в 3,1 раза. При этом стабилизация течения заболевания за год отмечена у 80% больных на фоне минимальной базисной медикаментозной терапии.

Еще одна методика вполне может быть отнесена к этой группе. В частности, показано применение плазмафереза при сочетании БА с иммунокомплексными поражениями (гломерулонефрит, заболевания щитовидной железы, печени, системные заболевания соединительной ткани).

5 группа. Состоит из методик широкого комплексного действия, затрагивающего основные звенья патогенеза заболевания или важнейшие регуляторные системы гомеостаза.

Применение этих методик при определенных условиях способно вызывать длительную и более устойчивую ремиссию БА, изменять характер течения заболевания. Степень стратегического влияния этих методик весьма вариабельна, и она повышается при тщательном учете особенностей БА у конкретного больного. В настоящее время методики 5-й группы можно условно подразделить на два вида. Действие первых в основном связано с созданием благоприятного микроокружения больного (прежде всего состава воздушной среды), с обеспечением гипоаллергенных условий с минимальной микробной обсемененностью, влиянием на важнейшие механизмы воспаления в бронхолегочной системе (перекисное окисление липидов, система N-синтазы, электролитный обмен, мукоцилиарный клиренс, возбудимость рецепторов, коррекция бронхиального дисбиоза и т.д.).

К представителям этой подгруппы можно отнести различные виды галотерапии (в естественных соляных пещерах, в галокамерах или при галоингаляциях) [6], сальвинитовой естественной или искусственной спелеотерапии [3], интервальную гипоксическую терапию [1]. Весьма примечательно, что после курсов гипокситерапии значительно снижается частота респираторных вирусных инфекций. Они часто носят абортивный характер и не вызывают закономерных до лечения обострений БА.

Другие методики оказывают комплексное действие в основном за счет влияния на основные механизмы регуляции гомеостаза (ЦНС, нейроэндокринная регуляция иммунного ответа). К ним можно отнести методики трансцеребрального воздействия ЭП УВЧ, иногда в сочетании с облучением волнами дециметрового диапазона области надпочечников или селезенки [9], внутривенного гелий-неонового лазерного облучения крови.

Упомянутые представители 5-й группы при определенных условиях можно рассматривать в качестве кандидатов для базисной терапии БА.

Достаточно общим положением является факт снижения клинической эффективности действия физических факторов при подавлении функции коры

надпочечников, поскольку в этих ситуациях сужаются возможности адекватного реагирования организма на внешние раздражители. В то же время некоторые методики (плазмаферез, внутривенное лазерное облучение, трансцеребральное воздействие ЭП УВЧ) в ряде случаев позволяют значительно снижать потребление пероральных глюкокортикостероидов, вероятно, за счет нивелирования относительной надпочечниковой недостаточности. Видимо, это же может быть одной из причин относительно более высокой эффективности физических факторов при БА с преобладающим лейкотриеновым механизмом патогенеза, поскольку именно больные с "аспириновой триадой" чаще и раньше начинают использовать для контроля над астмой пероральные стероиды.

Возвращаясь к острым проблемам современного состояния физической терапии БА, нельзя обойти вниманием организационные вопросы. Среди них выделим образование врачей и пациентов, основанное прежде всего на достоверной, объективной и доступной информации, содержащей только сведения, подтвержденные использованием методов доказательной медицины.

Для врачей весьма важна стандартизация критериев эффективности применения физических факторов при БА и формализация результатов наблюдений не только при исследовательской работе, но и в практике. Это необходимо для объективной оценки новых и уже существующих методик, их сравнения и учета положительных и отрицательных результатов.

Образование врачей не должно сводиться только к знакомству с соответствующей литературой и участию в различного рода научно-практических собраниях. Сведения, полученные из этих источников, будут значительно весомее, если терапевты, пульмонологи получат базовое образование по основным принципам физической терапии и важнейшим методикам, а физиотерапевты, специалисты ЛФК, восстановительной медицины — по современным представлениям о БА. Такое образование можно проводить в рамках курсов совершенствования. Ни для кого не секрет, что "благими пожеланиями вымощена дорога в ад", и чтобы уровень базисной подготовки не зависел от случайных причин (низкая квалификация преподавателей, незаинтересованность слушателей, использование курса для рекламно-коммерческих целей), дискредитирующих саму идею, важны методические материалы, учебный план, объективный контроль знаний.

Подготовка методических учебных материалов может стать одним из направлений деятельности консультативно-диагностических методических центров немедикаментозной терапии больных БА. Целесообразно создание головного координирующего центра и ряда региональных. В зависимости от конкретных условий они могут быть созданы как самостоятельные юридические организации или как подразделения НИИ, крупных пульмонологических клиник. Их

деятельность сразу или постепенно может быть расширена до масштабов не только проблемы БА, но и всей пульмонологии включая некоторые проблемы торакальной хирургии.

Учитывая серьезность проблемы, необходимость достаточного жесткого контроля за здоровьем населения, большие экономические потери от БА (включая «бесплатные» медикаменты) при вполне достижимой на сегодняшний день ситуации устойчивого контроля болезни у подавляющего большинства больных, считаем целесообразным государственный статус этих центров с приданием им контрольно-экспертных функций.

Основные виды деятельности и задачи центров для удобства изложены в виде блоков.

Учебный блок

1. Создание и усовершенствование учебных планов.
2. Подготовка методических материалов по обучению.
3. Обучение медицинского персонала (подготовка на рабочем месте, циклы повышения квалификации, для головного центра — в первую очередь обучение региональных преподавателей, ведущих циклы).
4. Сертификация врачей.
5. Астма-школы для пациентов и их родителей.
6. Пропаганда здорового образа жизни среди населения.

Контрольно-экспертный блок

1. Экспертиза перед выдачей лицензий специализированным лечебным учреждениям любой формы собственности.
2. Оперативный контроль качества аппаратуры, лечебных методик и условий их проведения в лечебных учреждениях любой формы собственности.
3. Участие в работе комиссий министерств, департаментов здравоохранения, лечебных и санаторно-курортных объединений.
4. Оперативный контроль практической группировки применяемых лечебных методик на основании экспертной оценки.

Научно-информационный блок

1. Разработка стандартов оценки качества лечения и формализации текущего контроля за состоянием больных в процессе лечения, по его окончании и в отдаленном периоде наблюдения.
2. Сбор и обработка научно-медицинской информации, создание базы данных.
3. Издательская деятельность.
4. Подготовка методических указаний и пособий для врачей.
5. Патентование.
6. Проведение научно-практических семинаров, конференции, выставок.
7. Разработка новых лечебных методик.
8. Разработка новой аппаратуры.
9. Разработка рекомендаций по прототипам оснаще-

ния и комплектации кабинетов и отделений восстановительного лечения пульмонологического профиля.

10. Научно-педагогическая деятельность.

Консультативно-диагностический блок

1. Консультации больных БА и другими заболеваниями дыхательной системы.
2. Стационарное и амбулаторное лечение больных.
3. Помощь больным в приобретении необходимых устройств для контроля состояния (пикфлоуметры), лечения (ингаляторы, небулайзеры, спейсеры, флаттеры, гипоксикаторы, оксигенаторы и др.) и профилактики обострений (воздухоочистители, постельные принадлежности, рациональное питание и др.).
4. Консультации по санаторно-курортному отбору и рекомендации по поездкам пациентов в другие климатические зоны.
5. Юридическая помощь и решение страховых проблем.

Международный блок

1. Участие в зарубежных конференциях и выставках.
2. Консультативная помощь.
3. Сотрудничество с фирмами — производителями специальной медицинской техники и фармацевтическими компаниями.
4. Обучение иностранных специалистов, в том числе выездные циклы усовершенствования.

Финансирование таких центров, на наш взгляд, должно быть смешанным с постепенным снижением доли государственных и муниципальных затрат за счет роста собственных доходов от большинства из задекларированных сфер деятельности. Кроме того, нельзя не учитывать значительное ожидаемое снижение прямых и косвенных экономических потерь общества от БА.

В заключение хочется отметить, что мы намеренно уделили достаточно много внимания организационным проблемам, поскольку даже если создание центров по экономическим и другим соображениям затянется или вообще не реализуется, все равно даже простое перечисление сфер их деятельности наглядно демонстрирует все многообразие возможных точек приложения для решения важнейшей проблемы — лечения и эффективного контроля БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаптационный эффект интервальной гипоксической тренировки у больных бронхиальной астмой: Пособие для врачей / Сост. С.А.Бугаев, И.С.Ксенофонтова, А.Г.Малявин и др.—М., 1999.
2. Говс Л.Д. Применение трансцеребрального воздействия синусоидальными модулированными токами у больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1998.
3. Физические методы лечения в пульмонологии / Клячкин Л.М., Малявин А.Г., Пономаренко Г.Н. и др.— СПб., 1997.
4. Малявин А.Г., Федонюк Л.С. Современное состояние курорт-

- ного лечения больных неспецифическими заболеваниями органов дыхания.— М., 1991.
5. *Малявин А.Г.* Реабилитация больных с поражением бронхолегочной системы // Руководство по реабилитации / Под ред. В. М. Боголюбова.— М.; Пермь: ИПК "Звезда", 1998.— Т.3.— Гл.6.— С.217–278.
 6. *Пономаренко Г.Н., Червинская А.В., Коновалов С.И.* Ингаляционная терапия.— СПб., 1998.
 7. *Пономаренко Г.Н.* Физические методы лечения.— СПб., 1999.

8. *Семенова Н.В.* Клинико-патогенетические аспекты сочетания бронхиальной астмы с аутоиммунным тиреоидитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1998.
9. Транскраниальное воздействие в лечении больных бронхиальной астмой: Пособие для врачей / Сост. А.Г.Малявин, Э.М. Орехова, Е.А.Турова и др.— М., 1992.
10. *Чучалин А.Г.* Бронхиальная астма.— М.: Агар, 1997.— Т.2

Поступила 21.03.2000

© КОКОСОВ А.Н., 2000

УДК 616.24–08

А.Н.Кокосов

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОВ И ЛЕГКИХ: НАШ ОПЫТ И ВЗГЛЯД НА ПЕРСПЕКТИВУ ПРОБЛЕМЫ

НИИ пульмонологии Санкт-Петербургского
государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

REHABILITATION OF PATIENTS WITH NON-TUBERCULOUS LUNG DISEASES:
OUR EXPERIENCE AND A SIGHT ON THE PROBLEM'S PERSPECTIVES

A.N.Kokosov

Summary

Rehabilitation of patients with non-tuberculous lung diseases should be performed in several stages and differently according to the kind of pathology and with the outpatient observation followed the active rehabilitation. The rehabilitation should be undertaken in two main patients' groups: "respiratory disabled patients" and "being often and prolonged ill". The last case implies a preventive outpatient rehabilitation (an outpatient stage) for persons with torpid and complicated pathology to avert its transformation to a chronic disease including those with progressive course and fatal outcome.

Резюме

Реабилитация больных нетуберкулезными заболеваниями легких должна проводиться этапно и дифференцированно в зависимости от характера патологии, с последующим диспансерным наблюдением больных после проведения активных реабилитационных мероприятий. Реабилитация должна проводиться в двух основных группах больных: "дыхательные инвалиды" и контингент "часто и длительно болеющих". В последнем случае речь идет о превентивной реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях (амбулаторно-поликлинический этап) у больных с вялотекущим и осложненным патологическим процессом для предупреждения перехода его в хроническую болезнь, в том числе с прогрессирующим течением и фатальным исходом.

В последней четверти XX столетия реабилитация хронических больных, инвалидов, а также "часто и длительно болеющих" (ЧДБ) выходит в промышленно развитых странах мира за рамки чисто медицинских проблем и все больше приобретает социальное значение, ибо сохранение трудовых резервов общества стало важнейшей задачей современной медицины.

Во втором отчете Комитета экспертов ВОЗ по реабилитации [13] давалось ее определение с акцентом на использование "остаточной работоспособности" длительно болеющего пациента.

При этом под медицинской реабилитацией понималось восстановление утраченных или ослабленных вследствие болезни функций организма после применения хирургического, лекарственного и других методов лечения, с возможно более полной ликвидацией последствий болезни. Под профессиональной реабилитацией понималось восстановление трудоспособности, сохранение прежней профессии после успешной медицинской реабилитации. Под социальной реабилитацией понималось восстановление у инвалидов способности к общественно-полезному труду.

В ООН имеется специальная программа по реабилитации, которая осуществляется через ВОЗ, Международную организацию