

- 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 прогрессивным 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

труда, ЮНЕСКО и Детский фонд при ООН; Международное общество реабилитологов представлено их национальными объединениями во многих странах мира; издаются специальные журналы по реабилитации и превентивной медицине [7]. За рубежом реабилитация входит в число обязательных дисциплин, которые преподаются в медицинских вузах. Одна из первых кафедр и клиник реабилитологии была создана в 1961 г. в Польше при Варшавской медицинской академии. В странах Юго-Восточной Азии в центрах реабилитации широко используются апробированные многовековым опытом методики так называемой *Oriental Medicine*.

Знакомство с опытом зарубежных коллег представляет несомненный интерес. Так, в плане становления службы реабилитации в Ленинграде (Санкт-Петербург) для автора статьи в свое время (1977 г.) оказалось полезным посещение и ознакомление с работой центра реабилитации больных БОД в Польше (г. Отвоцк под Варшавой) с последующим обсуждением проблемы с тогдашним руководителем центра доктором Ержи Лутц. В последующие годы личное ознакомление с опытом работы амбулаторного кабинета по применению методик *Oriental Medicine* (акупунктура, мокси и др.) в одном из муниципальных госпиталей Японии, в Токио (1991 г.), а также с методикой и содержанием занятий в "Астма-клубе" при университетском госпитале в Гетеборге (Швеция, 1992 г.) позволило в значительной степени оптимизировать научно-практическую работу по реабилитации как в плане новых методов, так и организационных форм работы с пациентами.

Существующая в настоящее время система помощи больным с временной и стойкой утратой трудоспособности — лечение в поликлинике, стационаре, ВКК, ВТЭК — нередко обуславливает скачкообразность процесса восстановления работоспособности. Выписавшись из больницы, пациент может на длительное время исчезнуть из поля зрения врача, неоправданно отказаться от группы инвалидности, переоценивая свои физические возможности, как больные ХОБЛ; в свою очередь больные бронхиальной астмой, наоборот, отличаются "рентными" настроениями и боязнью оказаться без "льготного" лекарства. При этапном восстановительном лечении (медицинская реабилитация) после купирования в поликлинике (стационаре) острых проявлений болезни с преимущественным использованием современной химиотерапии больной, при склонности к затяжному осложненному течению патологии, переходит на следующий этап: переводится в специализированное отделение (центр) для завершения процесса медицинской реабилитации в ее трех основных (см. выше) проявлениях. На этом и последующих этапах (схема), в случае их необходимости для сохранения и/или поддержки состояния здоровья (качества жизни) пациента, применяются уже преимущественно немедикаментозные методы как ортодоксального [8,14], так и натурального (натурпатического) плана [3,4,5]; при этом следует руководствоваться интересами больного, целесообразно сочетая те и другие методы [6,9].

После завершения лечения в отделении реабилитации больной может быть выписан непосредственно на работу, продолжая ее, как правило, по своей специальности; в этом проявляется его медицинская и профессиональная реабилитация. Однако для закрепления достигнутого эффекта пациент должен нахо-

диться под диспансерным наблюдением пульмонолога. Такой алгоритм организации реабилитации наиболее оправдан, ибо создает реальную преемственность в наблюдении и коррекции острой, подострой и хронической фаз болезни. Для больных с бронхолегочной патологией, при которой немаловажную роль играет внутригоспитальная инфекция, вышеуказанная этажность создает дополнительную "выгоду", поскольку разобщает больных в острый (наиболее контагиозный) период болезни и подострый, когда вирулентная инфекция уже "подавлена", но защитная (иммунологическая) реактивность еще не восстановлена.

В большинстве зарубежных стран реабилитация осуществляется преимущественно у тяжелых больных; применительно к пульмонологии — это в основном пациенты с ХОБЛ при выраженной дыхательной и легочно-сердечной недостаточности. Проведение реабилитационных мероприятий у них определяется реальными возможностями так называемой респираторной поддержки в больничных условиях и/или на дому. Ее основные компоненты: 1) длительная (не менее 15 часов в сутки) оксигенотерапия, основным показанием к которой является хроническая дыхательная недостаточность при $PaO_2 < 55$ мм рт. ст. и 2) инвазивные и/или неинвазивные методы искусственной вентиляции легких [1]. Это направление реабилитации является социально необходимым и гуманным, оно постоянно совершенствуется и обогащается перспективными медико-техническими технологиями. В нашей стране это, по-видимому, наиболее активно разрабатывается в Москве — в НИИ пульмонологии МЗ РФ и в клинике проф. О.В.Александрова, а также в Петрозаводске — в клинике проф. А.П.Зильбера [1].

Мы в своих многолетних исследованиях стремились создать и разработать другое направление проблемы, которое можно, по-видимому, обозначить как превентивная реабилитация, имея в виду контингент ЧДБ. Это больные с острым затяжным (ОЗБ) и рецидивирующим бронхитом (РБ), затяжной пневмонией, "дебютной" бронхиальной астмой ("астматический бронхит"), начальными клиническими проявлениями ХОБЛ. Так, при ОЗБ и РБ фактически имеет место хронизация патологии, т.е. переход ее из острой через подострую в хроническую. Превентивная реабилитация этих больных предупреждает хронизацию, которая у предрасположенных больных может идти в направлении прогрессивной обструктивной патологии — ХОБЛ.

Реальная возможность реабилитации — превентивной медицинской и профессиональной — уже показана в настоящее время во многих исследованиях, в том числе, наших сотрудников [2,3,5,9–13].

По-видимому, заслуживает также внимания и опыт восстановительного лечения больных с начальными проявлениями уже сформировавшейся ХОБЛ. Принципиальная возможность снижения числа дней нетрудоспособности и сохранения профессиональной ква-

лификации этих больных была в свое время показана нашими сотрудниками Г.П.Хлопотовой, Э.В.Стрельцовой и др. [13], проводившими многолетние клинко-функциональные наблюдения больных на базе профильного отделения городского центра реабилитации.

Наш опыт свидетельствует о необходимости четкой преемственности реабилитационных мероприятий на различных этапах клинко-функционального наблюдения и восстановительного лечения больных: амбулаторного (в условиях специализированной поликлиники), стационарного (в условиях специализированного терапевтического отделения), санаторного (в условиях климатического санатория). Роль последнего — санаторно-курортного этапа для больных с подострой или осложненной (другими болезнями) бронхолегочной патологией могут успешно выполнять специализированные отделения (центр) реабилитации, расположенные в загородной зелёной зоне любого крупного промышленного города. Это принципиально важно, ибо сопутствующая патология снижает неспецифическую толерантность пожилых пациентов и этим удлиняет их адаптацию к иным (нередко контрастным) климатическим условиям курортного лечения. Указанное подтверждают исследования последнего времени, придающие большое значение состоянию иммунологической реактивности на санаторном этапе реабилитации и привлекающие внимание к местным санаториям и их все большей роли в системе медико-социальной реабилитации пациентов, отягощенных возрастом и сопутствующей патологией ("полиморбизм").

Каждый из этапов реабилитации, в нашем представлении, имеет свои особенности и задачи, обусловленные в основном возможностями восстановительного лечения на каждом из них (см. схему).

Амбулаторно-поликлинический этап стал иметь самостоятельное значение в плане реабилитации лишь в последние годы в связи с кадровым, методическим и др. укреплением амбулаторно-поликлинического звена в системе отечественного здравоохранения. Нашими сотрудниками был проведен специальный анализ группы ЧДБ в процессе их реабилитации с попыткой выявить ведущие механизмы хронизации патологического процесса; при этом выяснилось, что для больных ОЗБ и РБ характерна активная респираторная вирусная инфекция (при ОЗБ — 0,93, при РБ — 0,82) и в особенности ее ассоциированные формы (при ОЗБ — 0,79, при РБ — 1,0). При ОЗБ преобладал аденовирус; при РБ почти в 2 раза, по сравнению с ОЗБ, увеличивалась РС-вирусная инфекция; в то же время аденовирусная и гриппозная инфекция (тип А) при ОЗБ и РБ выявлялась почти с одинаковой частотой. Особенностью респираторных вирусных инфекций у этих больных была нередкая (0,55 и 0,37, соответственно) персистенция (до 5–8 недель и дольше) вирусных антигенов (РС- и аденовирусы) в эпителиальных клетках носоглотки после перенесенного под наблюдением врача общей практики эпизода ОРЗ

(ОРВИ). Клинические проявления бронхоспастического синдрома (БСС) наиболее часто выявлялись при адено- и РС-вирусной инфекции. В 81% случаев вирусная инфекция протекала на фоне выявления *Str. pneumoniae*, а в 13% — *Str. pneumoniae* и *Herph. influenzae*. В острый период заболевания неадекватность иммунного ответа проявлялась снижением показателей гуморального иммунитета (у 1/4 больных ОЗБ) — главным образом IgG и угнетением клеточного иммунитета (у 1/2 больных РБ) — снижением количества Т-общих и Т-активных лимфоцитов. При изучении содержания биогенных аминов в конденсате влаги выдыхаемого воздуха (КВВВ) определялось снижение ингибиторной активности калликреина и повышение концентрации серотонина и норадреналина; у больных РБ с БСС степень этих изменений была более выражена [12].

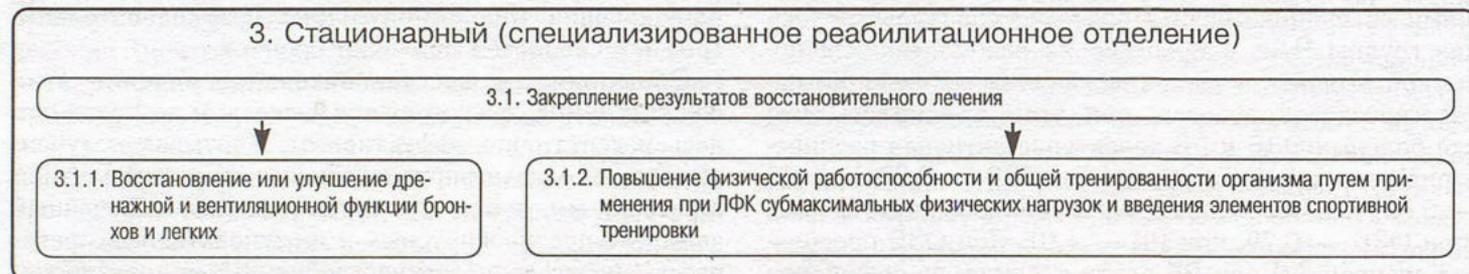
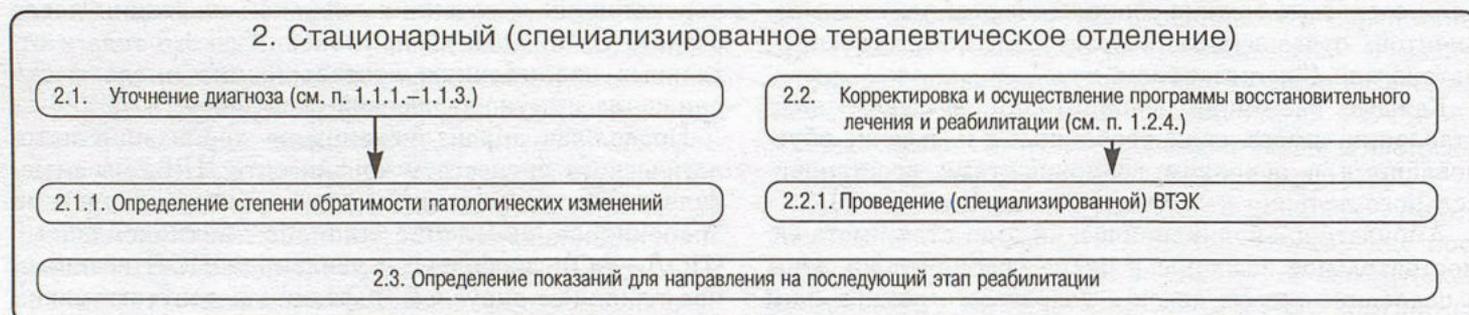
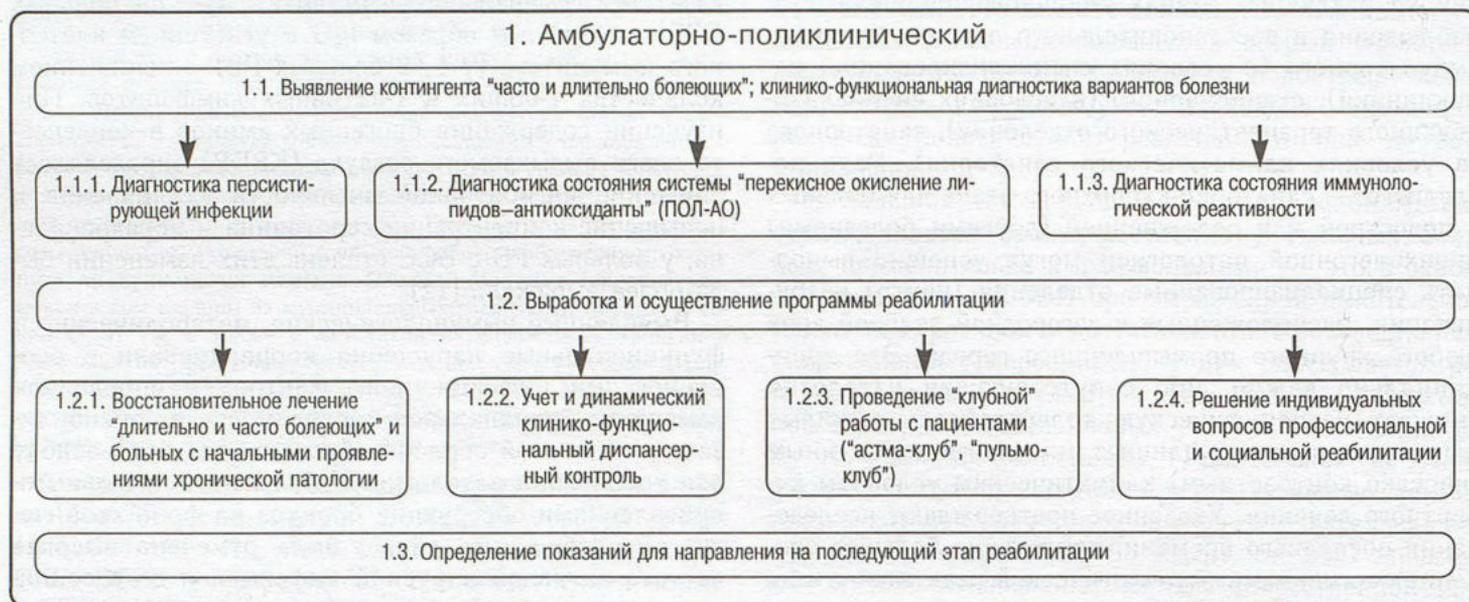
Выявленные иммунологические, метаболические и функциональные нарушения коррелировали с особенностями инфекционного фактора и определяли изменение бронхиальной проходимости и сенсibilизацию слизистой оболочки бронхов, создавая основу для хронизации патологии. У больных с начальными проявлениями обструкции бронхов на фоне хронического эндобронхита также была отмечена высокая частота активной вирусной инфекции и ее ассоциированных форм: наиболее часто выявлялись РС-вирус, грипп типа А, аденовирус; выявлен феномен персистенции и латенции вирусной инфекции после острого ее эпизода на протяжении до 1,5 года в отдельных наблюдениях; соответственно имело место снижение иммунологической реактивности.

Продолжая анализ механизмов хронизации патологического процесса у контингента ЧДБ, мы отметили также нарушения в физиологической системе "перекисное окисление липидов—антиоксиданты" (ПОЛ—АО); дисбаланс с усилением ПОЛ возникал под влиянием вирусной инфекции и сопутствующих экзогенных риск-факторов; одновременно развивались неблагоприятные гиперкоагуляционные сдвиги, нарушающие микроциркуляцию и, следовательно, трофику слизистой оболочки бронхов.

Общепринятое восстановительное лечение этих больных (ЛФК, физиотерапия, массаж и др.) оказывалось недостаточно эффективным. Учитывая полученные факты о роли вирусной инфекции и оксидантной агрессии, мы пошли по пути введения в лечебный комплекс противовирусных и иммуноактивных препаратов (интерферон, иммуноглобулины, аминокaproновая кислота и др.), в отдельных случаях Т-активина. Для коррекции ПОЛ использованы: сульфат цинка, ноотропил, эссенциале; сочетание указанного лечения с немедикаментозными методами (УФО крови, галотерапия и др.) способствовало нормализации ПОЛ и восстановлению АО-обеспеченности организма [7,10]. По нашему мнению, больные ОЗБ и РБ для их полноценной реабилитации должны наблюдаться в течение 1,5–2 лет с обязательным контролем иммунологичес-

кой реактивности системы ПОЛ—АО и функции внешнего дыхания, а при осложнении БСС — некоторых показателей негазообменных функций легких и биогенных аминов, возможно, по КВВВ. При отсутствии БСС эти больные достаточно успешно проходят реабилитацию в условиях специализированной поли-

клиники. При наличии БСС целесообразно использовать возможности последующих этапов с усилением в программе реабилитации эфферентных и тренирующих методик (галотерапия, квантовая терапия, разгрузочно-диетическая терапия и др.) и с последующим возвращением под диспансерное наблюдение.



Этапы медицинской реабилитации больных нетуберкулезными заболеваниями легких

Приведенные выше данные о превентивной реабилитации — ее основном контингенте, методическом оснащении, целевой установке и др. отражают наше представление о некоторых перспективах развития этой проблемы в целом, ибо уменьшение числа хронических больных, в том числе с прогрессирующим течением патологии (ХОБЛ), является социально важной задачей по сохранению трудовых резервов общества. Одновременно, несомненно, будут совершенствоваться организационные, диагностические контролирующие и прочие структуры амбулаторно-поликлинического звена реабилитации, что, я считаю, также немаловажно для развития этой проблемы.

Что же касается других этапов системы реабилитации пациентов с БОД, то они достаточно отражены в публикациях последних лет в отечественной печати, в том числе с участием наших сотрудников [3–8,13], к которым я и отсылаю заинтересованных читателей, тем более, что размер статьи не позволяет на них остановиться.

За последнее время программа реабилитации обогащается новыми организационными формами работы с больными — оптимизация их диспансерного наблюдения путем использования “Астма-школ”, “Пульмо-клубов” и др., а также различных “анти-смокинг-программ” и организация семейной реабилитации, в Санкт-Петербурге также накапливается успешный опыт такого рода исследований.

Заключение

Реабилитация больных нетуберкулезными заболеваниями органов дыхания должна, в первую очередь, проводиться в двух группах пациентов — “дыхательные инвалиды” и контингент “часто и длительно болеющих”. В последнем случае речь идет о преодолении тенденции к хронизации вялотекущей и осложненной патологии в амбулаторно-поликлинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зильбер А.П.* Респираторная медицина.— Петрозаводск: Изд. Петрозавод. ун-та, 1996.
2. *Ишанкулова Д.К.* Клиническое значение вирусной инфекции и иммунореактивности у больных острым бронхитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1981.
3. *Кокосов А. Н., Осинин С. Г.* Разгрузочно-диетическая терапия больных бронхиальной астмой.— Ташкент: Медицина, 1984.
4. *Кокосов А. Н.* Разгрузочно-диетическая терапия как саногенетический метод в реабилитации больных бронхиальной астмой // Пульмонология.— 1994.— № 1.— С.28–30.
5. *Кокосов А.Н., Черемнов В.С.* Астматический бронхит и бронхиальная астма. Физическая и медицинская реабилитация больных.— Минск: Беларусь, 1995.
6. *Кокосов А.Н.* Немедикаментозное лечение: принципы построения рациональных технологий // II Российский фестиваль ... III Национальный конгресс по курортному делу и натуральной терапии.— СПб., 1998.— С. 100–101.
7. *Кокосов А.Н.* Восстановительное лечение и реабилитация больных нетуберкулезными заболеваниями легких // Болезни органов дыхания. Клиника и лечение. Избранные лекции / Под ред. А.Н.Кокосова.— СПб.: Лань, 1999.— С.243–255.
8. *Кокосов А.Н.* Немедикаментозное лечение в пульмонологии // Там же.— С.224–231.
9. *Кокосов А.Н.* Медицина современная (ортодоксальная) и натуральная (традиционная), возможности взаимопонимания и сотрудничества в интересах больного // III Всероссийский фестиваль ... III Национальный конгресс по курортному делу и натуральной терапии.— СПб., 1999.— С.75.
10. *Лукьян В.С.* Состояние системы “перекисное окисление липидов — антиоксиданты” у больных острым бронхитом с различными вариантами течения и пути её коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1994.
11. *Потапов Д.А.* Этапно-восстановительное лечение и диспансеризация угрожаемых реконвалесцентов и больных неспецифическими заболеваниями легких :Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Омск, 1980.
12. *Похазникова М.А.* Обоснование и результаты реабилитации больных острым бронхитом с затяжным и рецидивирующим течением на основе их динамического наблюдения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1994.
13. Реабилитация больных неспецифическими заболеваниями легких / Под ред. А.Н.Кокосова.— Л.: ВНИИП, 1981.
14. Физические методы лечения в пульмонологии / Клячкин Л.М., Малявин А.Г., Пономаренко Г.Н. и др.— СПб.: СЛП, 1997.

Поступила 25.01.2000