

Л.М.Клячкин

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Реабилитация представляет собой процесс и итог восстановления социальной дееспособности человека как члена общества, в том числе его работоспособности. Эта цель достигается посредством мероприятий профессионального, педагогического, юридического, медицинского характера. Естественно, что последние имеют особенное значение для практики здравоохранения и состоят в лечебных действиях, направленных на восстановление функций организма, утраченных или нарушенных в результате болезни. Другими словами, восстановительное лечение может рассматриваться как медицинский аспект реабилитации. Реабилитационное направление в современной медицине занимает уже сейчас не менее важное положение, чем лечебно-профилактическое. Реабилитация завоевала прочные позиции в практике ряда медицинских дисциплин. Большие перспективы она имеет и в пульмонологии, в частности при неспецифических заболеваниях легких (НЗЛ).

Этапная система мероприятий медицинской реабилитации больных НЗЛ объединяет больничный, диспансерно-поликлинический и санаторный этапы. Каждый из них решает задачи процесса реабилитации различными, присущими ему средствами.

Больничный этап охватывает пульмонологические центры, терапевтические и специализированные пульмонологические и аллергологические отделения многопрофильных больниц. Этап осуществляет комплексное стационарное лечение острой фазы болезни, обеспечивая индукцию ее ремиссии (реконвалесценции острого заболевания), в которое включаются элементы медицинской реабилитации — немедикаментозные методы восстановительной терапии.

Санаторный этап проводится в учреждениях санаторного типа на центральных и местных курортах, в пригородных реабилитационных центрах и профилакториях промышленных предприятий. Санаторно-курортное лечение в наибольшей степени соответствует задачам реабилитации, оно обеспечивает ликвидацию остаточных явлений острых НЗЛ, последствий травм и операций, закрепляет фазу ремиссии хронических НЗЛ, предупреждает их рецидивы, способствует функциональному восстановлению организма больного.

Центральным же этапом в системе реабилитации легочных больных является диспансерно-поликлинический, во время которого завершается лечение, начатое в стационаре, обеспечивается амбулаторное лечение, осуществляется диспансерное наблюдение, при

необходимости больной направляется в больницу для обследования, планового или срочного лечения, проводится санаторно-курортный отбор. Диспансерно-поликлинический этап централизует всю работу по реабилитации легочного больного, в то время как и больничные, и санаторные этапы являются все же эпизодами, хотя и важными, но не всегда обязательными. Вариантами последовательности этапов могут быть поликлиника—больница—поликлиника—санаторий—поликлиника или поликлиника—санаторий—поликлиника. Главное условие функционирования этапной системы — преемственность и взаимодействие этапов, прямая и обратная информационная связь между ними, единое понимание патогенеза и клиники НЗЛ, их диагностики, лечения и, в конечном итоге, их реабилитация. Таким образом, основным объектом медицинской пульмонологической реабилитации является больной в фазе реконвалесценции острых НЗЛ (острый бронхит, острая пневмония, состояние после травм и операций) и (или) в фазе ремиссии хронических процессов: хронического бронхита, бронхиальной астмы, бронхоэктатической болезни, эмфиземы легких. Восстановительное лечение больного ХНЗЛ в фазе ремиссии предоставляет наиболее благоприятную возможность для решения реабилитационных задач стратегического плана. С точки зрения вторичной профилактики ХНЗЛ, а следовательно, и их реабилитации, фаза ремиссии имеет не меньшее значение, чем фаза предболезни, с точки зрения первичной профилактики, однако изучается фаза ремиссии значительно меньше. Между тем наши сведения о клинико-патогенетических особенностях ее скудны и недостаточны, что, вкупе с бедностью ее симптоматики, создает трудности в диагностической трактовке, а следовательно, и в индивидуализации, без которой невозможно никакое успешное лечение, в том числе и восстановительное. Поэтому углубленное исследование фазы ремиссии ХНЗЛ представляет одну из основных задач научного развития проблемы медицинской реабилитации в пульмонологии.

В выборе средств и методов медицинской реабилитации необходимо исходить из рационального соотношения нозологического и патогенетического принципов.

Выбор средств и методов патогенетической терапии, а восстановительное лечение относится именно к этой категории, осуществляется на основе представлений об индивидуальных особенностях

патогенеза, суждение о которых основывается на синдромной картине. Следовательно, нозологический подход в трактовке реабилитируемого больного должен быть дополнен синдромно-патогенетическим. Так, восстановительное лечение реконвалесцентов после острой пневмонии будет существенно различаться в зависимости от того, завершится ли процесс полным выздоровлением, сохранятся ли остаточные явления бронхиальной обструкции, воспалительных очагов и инфильтратов, осложнится ли ход реконвалесценции вегетососудистой дистонией. При ремиссии хронического бронхита важна оценка воспалительной активности, состояния бронхиальной проходимости, наличия эмфиземы, степени дыхательной и легочно-сердечной недостаточности, иммунной и неспецифической защиты. Существенное значение для реабилитации больного бронхиальной астмой будет иметь дифференциация ведущего клинико-патогенетического варианта, состояния фонового легочного процесса.

Следующим важным принципом характеристики объекта реабилитации является клинико-функциональный. Его относительное значение в фазе ремиссии намного важнее, чем в острой фазе тех же болезней, так как целью восстановительного лечения является именно функциональная реституция. Из этого вытекает необходимость строго количественной оценки основных функций кардиореспираторной системы, прежде всего функции внешнего дыхания и гемодинамики малого круга кровообращения, а также реактивности и чувствительности бронхов. Очень важна микроциркуляция. Важную информацию по выявлению латентной дыхательной и легочно-сердечной недостаточности дает велоэргометрия с оценкой толерантности к физической нагрузке и влияния ее на функцию дыхания и кровообращение малого круга, определение анаэробного порога.

Учитывая большое значение физической реабилитации легочного больного, необходима дифференцированная оценка его двигательных возможностей, разработка системы функциональных классов больных ХНЗЛ с обязательным использованием нагрузочных проб.

Наконец, для постановки комплексной восстановительной терапии имеет значение оценка общего состояния организма пациента: его психоэмоциональной сферы, тонуса и реактивности вегетативной нервной системы, иммунологической реактивности и неспецифической резистентности, а в условиях курорта — состояния климато- и хроноадаптации.

В этом плане нужно учитывать характерную для современной патологии мультиморбидность, особенно важны сочетания наиболее частых заболеваний — хронического бронхита с ишемической болезнью сердца или с гипертонической болезнью. Такие сочетания — не простая сумма двух болезней, а их взаимное потенцирование, своеобразный “синдром взаимного отягощения”, создающий и качественно иные задачи реабилитации.

Комплексная синтетическая оценка каждого больного по принципам нозологической принадлежности, синдромно-патогенетической характеристики, функциональных особенностей и возможностей, общего состояния и реактивности и т.д. служит основой индивидуального подхода к больному и его лечению. Таким образом, медицинская реабилитация основана на комплексе методов восстановительного лечения, характеризующихся патогенетической направленностью и обеспечивающих функциональное восстановление, рационально сочетающих местное воздействие с общим оздоровлением организма больного. В конечном итоге речь идет даже не столько о лечении (или “долечивании”) болезни, сколько о совершенствовании здоровья. В этом комплексе главное место отводится немедикаментозным методам. К их числу относятся лечебное питание (в т. ч. разгрузочно-диетическая терапия), физиотерапия, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, трудотерапия, психотерапия, санаторно-курортное лечение. Лекарственная терапия не исключается, но сводится к необходимому минимуму. Существенна для понимания методологии реабилитации ее нацеленность на результат, как клинико-функциональный, характеризующий эффект восстановительной терапии, так и социальный, в т. ч. и экономический, знаменующий достижение конечной цели реабилитации.

Важное место в системе реабилитационных мероприятий занимает физиотерапия. Противовоспалительное действие свойственно УВЧ-терапии, микроволнам, индуктотермии. При затяжном течении воспалительного процесса показаны также ультразвук, ультрафиолетовое облучение грудной клетки. Задачи физиотерапии хронического бронхита состоят в преодолении воспалительных и дистрофических процессов в слизистой бронхов и перибронхиальной ткани, обеспечении оптимальной проходимости и самоочищения легких. Противовоспалительным действием обладают также циркулярные озокеритовые обертывания грудной клетки. Аэрозольные ингаляции сочетают фармакофизиотерапевтическое воздействие с эндобронхиальной санацией. Особенно эффективны ультразвуковые и электроаэрозоли отрицательного знака. Тепловлажные ингаляции способствуют удалению продуктов воспаления, увлажняют слизистую. Широко применяется ингаляционное введение десенсибилизирующих, противовоспалительных, отхаркивающих, муколитических, бронхолитических, лекарственных и фитопрепаратов.

К числу относительно новых методов физиолечения можно отнести внутриорганный электрофорез, основанный на концентрации лекарства, введенного ингаляционно, в очаге воспаления при помощи поперечной гальванизации грудной клетки после вдыхания соответствующего аэрозоля.

При дыхательной недостаточности у больных эмфиземой легких с успехом апробирована чрескожная электростимуляция диафрагмы.

При бронхиальной астме по показаниям также назначается противовоспалительная терапия. С целью неспецифической гипосенсибилизации применяют

общее и местное ультрафиолетовое облучение, электрофорез кальция по методике общего воздействия, эндоназальный электрофорез, фонофорез гидрокортизона и эуфиллина. Влияние на психоэмоциональную сферу и вегетативную нервную систему обеспечивается психотерапией, процедурами электросна или электроаналгезии, водолечебными процедурами. Воздействие микроволнами на область надпочечников повышает их функциональную активность и позволяет снизить дозу гормональных препаратов. Представляется перспективным экстракорпоральное лазерное или ультрафиолетовое облучение крови с реинфузией ее в кровеносное русло.

Бронхосанационная терапия при гнойных процессах проводится в специализированных условиях методом лаважных бронхоскопий, которые могут сочетаться с санациями при помощи эндоназальной катетеризации, внутригортанной лекарственной инстилляций и аэрозольных ингаляций.

При дыхательной недостаточности, сопровождающей ХОЗЛ, эмфизему легких, все более широкое применение находят методы респираторной терапии (вспомогательная вентиляция легких, длительная кислородная терапия, гипоксическая тренировка, галотерапия и др.).

Важное место в комплексе реабилитационных мероприятий в пульмонологии принадлежит лечебной физкультуре, которая способствует снижению бронхо- и вазоконстрикции, улучшению подвижности грудной клетки, диафрагмы, позвоночника, увеличению мышечной силы и общей физической работоспособности, ликвидации застойных явлений в легких, стимуляции тканевого дыхания, улучшению координации деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Физические упражнения не только способствуют общей тренированности, но и целенаправленно уменьшают явления обструкции и рестрикции, улучшают бронхиальный дренаж, в конечном итоге уменьшают альвеолярную гипоксию, повышают оксигенацию крови. При обструктивных нарушениях необходимо удлинить фазу выдоха, совершаемого против сопротивления. Для этого применяют звуковые упражнения, выдох через сжатые губы, надувание эластичных емкостей (например, резиновых игрушек), использование регуляторов дыхания типа РИД системы И.А. Люкевича. Больного следует обучить диафрагмальному дыханию, особенно при эмфиземе легких. Этому способствуют упражнения на развитие брюшного типа дыхания с выработкой соответствующего автоматизма. Полезными оказались аппараты для ритмической чрескожной электростимуляции диафрагмы. Одна из главных задач лечебной физкультуры — улучшение дренажной функции бронхов. Гимнастические упражнения в положениях постурального дренажа сочетаются с активизацией откашливания и с лечебной перкуссией грудной клетки.

Тренировка дыхательной мускулатуры может значительно повысить толерантность больного к физическим нагрузкам. Этому способствует восстановление носового дыхания, сопротивление на вдохе и выдохе

(резистивный тренинг), увеличение подвижности грудной клетки, диафрагмы, позвоночника, улучшение координации дыхания и кровообращения. Для профилактики спаечного процесса, лучшего раскрытия реберно-диафрагмальных синусов, ликвидации ателектазов, повышения равномерности вентиляции применяют дыхательные упражнения с боковыми наклонами, растягивающими грудную клетку. В то же время следует помнить о необходимости устранения излишне форсированного дыхания, особенно при гипервентиляционном синдроме. Это достигается при помощи волевой регуляции дыхания. Среди дополнительных методов лечебной физкультуры широкое применение находят спортивные и игровые методы, езда на велосипеде и, особенно, лечебное плавание.

Процедуры лечебной физкультуры строятся по комплексному типу с чередованием фоновых и пиковых нагрузок. Дифференцированное и индивидуализированное программирование комплексов лечебной физкультуры и дозирование нагрузочности упражнений должно исходить из определения двигательных возможностей больного и из особенностей его легочной патологии. Целесообразно сочетать занятия лечебной физкультурой с закаливающей гидро- и аэротерапией, проводить их преимущественно на открытом воздухе.

Санаторно-курортное лечение занимает особое место в системе реабилитации легочного больного. Оно обеспечивает наиболее высокий уровень восстановительной терапии, но ограничено по времени и потому должно быть особенно насыщенным и целесообразно спланированным. Этому способствует правильный отбор больных, преемственная связь с диспансерно-поликлиническим этапом, а в самом санатории — уточнение синдромологической картины болезни, степени ремиссии, оценки реактивности, адаптации и функциональных резервов больного, объективная оценка текущих и заключительного результатов лечения на курорте.

В санатории применяются все виды лечения, но прежде всего — немедикаментозного, с приоритетным значением применения курортных лечебных факторов, целебного климата, бальнео- и грязелечения. Климатотерапия — основной курортный фактор реабилитации больного НЗЛ. Вместе с лечебной физкультурой она определяет содержание климатодвигательных режимов: щадящего, тонизирующего (щадяще-тренирующего), тренирующего. В число видов климатотерапии входят аэро-, гелио- и талассотерапии. Аэротерапия — лечение открытым воздухом, по сути это метод природной оксигенации с многообразным саногенным действием. Она способствует закаливанию, снижению метеочувствительности легочных больных. К специальным видам аэротерапии относятся прогулки, пребывание в климатопавилоне на берегу моря, воздушные ванны на открытом воздухе, климатотерапия в палате при открытых фрамугах. Дозирование процедур осуществляется по холодовой нагрузке. Гелиотерапия — лечебное применение лучистой энергии солнечного излучения суммарной, рассеянной или ослабленной радиации в зависимости от возможностей и реактивности пациента. Дозировается

в калориях или биодозах (лечебных дозах) в зависимости от интенсивности солнечной радиации и состояния больного. Талассотерапия — купание в море или иных открытых водоемах, активно влияет на термоадаптационные механизмы, способствует закаливанию, является одновременно видом активной лечебной физкультуры. По традиции считаются наиболее эффективными климатическими курортами южные здравницы, особенно расположенные на Южном берегу Крыма. Однако в настоящее время имеются убедительные данные о не менее высоком лечебном эффекте, достигаемом и в санаториях других климато-географических регионов, в том числе Сибири, Дальнего Востока, Прибалтики и др., особенно для населения этих регионов, для которых они не являются климатоконтрастными и потому не вызывают перенапряжения и возможного срыва адаптации.

Грязелечение находит у легочных больных все более широкое применение, главным образом в виде аппликаций лечебной грязи на грудную клетку, которые оказывают противовоспалительное и рассасывающее действие. На курортах Сибири, Дальнего Востока с успехом применяется торфолечение как разновидность пелоидотерапии.

Находят себе применение у больных НЗЛ и методы бальнеотерапии (лечение минеральными водами). Питьевое лечение показано при сопутствующих заболеваниях органов пищеварения. Ванны из минеральных и газовых вод назначаются для воздействия на нервную систему. Наиболее широко при НЗЛ минеральные воды применяются для ингаляций, как самостоятельно в виде тепловлажных ингаляций, так и в качестве носителя лекарственных аэрозолей.

В специализированных пульмонологических санаториях применяются также физиотерапия, иглорефлексотерапия, массаж, лечебное питание (в том числе десенсибилизирующие диеты, элементы разгрузочной диеты). Возможно применение специфической гипосенсибилизации больных бронхиальной астмой в виде коротких курсов (при возможности продолжать лечение по месту жительства). На некоторых курортах применяют метод спелеотерапии (в соляных шахтах, например в Солотвине, или в карстовых пещерах). При гнойном бронхите применяют методы бронхосанационной терапии, включая бронхоскопический лаваж (последний, разумеется, при наличии обученного персонала и соответствующего оснащения). Большие возможности имеет психотерапия, в том числе аутотренинг, а также примыкающие к ней методы ландшафто-, библио-, музыкотерапии. Из новых методов следует назвать респираторную барокситерапию.

Лекарственная терапия применяется по ограниченному показанию, к числу которых в условиях

санатория могут быть отнесены необходимость оптимизировать ход адаптации (при помощи адаптогенов), подавление возможного обострения болезни, особенно в случаях метеопатических или бальнеологических реакций. Следует продолжать прием лекарств, предназначенных для перманентного применения, стремясь к возможному контролируемому снижению их дозировки. Снижать привычную дозу кортикостероидов в условиях санатория следует особенно осторожно, тем более их нельзя отменять, это — задача больничного этапа. Более того, при обострениях заболеваний у лиц, получавших ранее курсы гормонотерапии, следует возобновить прием кортикостероидов. При необходимости лекарственной терапии в санатории нужно взвешивать возможности их физиотерапевтического введения (ингаляции, электрофонофорез и т.п.).

Оценка эффективности медицинской реабилитации, т.е. восстановительного лечения, больных НЗЛ должна быть текущей (по ходу лечения на данном этапе), этапной (по завершению больничного или санаторного этапа), а также по циклам (годовым) диспансерного наблюдения. Оценка эффекта должна быть действенной, т.е. она должна повлечь за собой обоснованное решение по коррекции программ восстановительного лечения. При оценке эффекта следует учитывать субъективное состояние и его динамику, но главным образом динамику объективных показателей клинической картины, степени активности воспалительного процесса, динамику функциональных (особенно нагрузочных) показателей. При всем этом следует помнить, что основная цель реабилитации — социальная, именно ее достижение и определяет конечный результат процесса реабилитации как восстановления социальной дееспособности человека — члена общества. К числу социальных параметров нужно относить профессиональный маршрут больного, динамику утраты и восстановления его трудоспособности, степень инвалидизации, величину временных утрат трудоспособности, частоту и длительность обострений болезни, требующих госпитализации. Учитывая социальный характер реабилитации, нужно определять групповые показатели по диспансерным контингентам, по предприятиям, учебным заведениям и другим организованным группам населения. Важным интегративным показателем должно явиться определение экономического эффекта, то есть величины предотвращенного экономического ущерба, вызываемого заболеваемостью населения, за счет снижения этой заболеваемости и повышения трудоспособности соответствующих контингентов населения как достижение конечной цели их реабилитации.

Поступила 14.01.94.