

УДК [616.233-007.271+616.248]:616-08-07-036.86

*В.І. Шевчук, В.Ю. Забур'янова, М.В. Вернигородська, І.А. Ільюк, В.С. Вернигородський*

## АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ В ОСІБ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ЇХ УДОСКОНАЛЕННЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Резюме.** Проаналізовані основні аспекти надання медико-експертної допомоги хворим та інвалідам із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) і бронхіальною астмою (БА) шляхом вивчення медико-експертної документації пацієнтів клініки інституту у 2013 році (48 осіб). Виявлено незадовільну організацію пульмонологічної допомоги, низьку якість діагностики і лікування, а також недоліки визначення стану

життєдіяльності осіб із бронхообструктивними захворюваннями. Запропоновано методи підвищення якості реабілітації хворих та інвалідів внаслідок ХОЗЛ і БА.

**Ключові слова:** інвалідність, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма, реабілітація.

**Вступ.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і бронхіальна астма (БА) є тягарем соціальних витрат як в Україні, так і в усьому світі з неухильно зростаючою захворюваністю, обтяжливим перебігом щодо втрати працездатності, інвалідизації хворих працездатного віку [3, 6], що і зумовлює актуальність даного дослідження.

Згідно із сучасними поглядами, у патогенезі ХОЗЛ важливе значення має виражений запальний процес у бронхолегеневій системі з переважним ураженням дистального відділу дихальних шляхів, який виникає у відповідь на вплив шкідливих чинників, що має хронічний характер і неухильно прогресує [7, 9].

Прогресує зниження повітряного потоку, при якому об'єм дозованого видиху за першу секунду (ОФВ1) менше 50 %, різке зростання задишки, зниження толерантності до фізичного навантаження, зниження маси тіла у хворих на ХОЗЛ перешкоджають виконанню професійних обов'язків, призводять до соціальної недостатності, різкого обмеження життєдіяльності та встановлення інвалідності II групи.

Припинення куріння, раціональне працевлаштування, застосування нових сучасних стратегій щодо діагностики, лікування і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок ХОЗЛ є важливими компонентами профілактики інвалідності [2].

БА є багатофакторним захворюванням, має різні етіопатогенетичні варіанти, при яких ключові порушення виявляються в різних системах організму.

Незважаючи на планове проведення базового лікування, на сьогоднішній день не вдається суттєво поліпшити перебіг захворювання і якість життя в даній групі осіб [1].

Майбутні ризики можна зменшити шляхом запобігання розвитку загострень і прогресуючого зниження функції легень, а також шляхом мінімізації побічних ефектів лікування. Особливу увагу на даний час звертають на запобігання розвитку загострень. Адже будь-яке загострення астми, особливо тяжке, призводить до зниження функції

легень, яке здебільшого зберігається тривалий час і далеко не завжди відновлюється до вихідного рівня, погіршуючи перебіг і прогноз захворювання [4, 8].

Значні коливання показників первинної інвалідності внаслідок БА в різних регіонах, зростання частки інвалідів у молодому віці свідчать про незадовільну організацію пульмонологічної допомоги, неоднаковий підхід до діагностики цих захворювань, лікування та визначення стану життєдіяльності, різний рівень соціальної недостатності цих пацієнтів.

**Мета дослідження.** Вивчити основні аспекти надання медико-експертної допомоги хворим та інвалідам із бронхообструктивними захворюваннями і розробити рекомендації з її покращання.

**Матеріал і методи.** Проведено аналіз медико-експертної документації хворих та інвалідів внаслідок ХОЗЛ і БА – пацієнтів клініки інституту у 2013 р. (48 осіб) та розроблено пропозиції із вдосконалення медико-соціальної експертизи і реабілітації.

Використані наступні методи дослідження: соціально-гігієнічний, метод експертних оцінок, структурно-логічний аналіз.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз виписок з історій хвороб пацієнтів із ХОЗЛ та БА і контроль обґрунтованості діагнозу показав, що не завжди були застосовані ключові методи діагностики – спірометрія та бронходилатаційна проба, що впливало на адекватність призначеної терапії та якість медико-соціальної експертизи.

Серед обстежених пацієнтів у 8,3 % випадків було невірно встановлено діагноз, а в 31,3 % випадків – ступінь легеневої недостатності або недостатності кровообігу.

Наведемо приклади:

Хворий П., 56 років, водій. Діагноз лікувального закладу: ХОЗЛ II ступеня. Легенева недостатність (ЛН) II ст. Вентиляційна недостатність (ВН) I ст. Емфізема легень (ЕЛ) II. Хронічне легеневе серце (ХЛС). Серцева недостатність (СН) I. За час нагляду в інституті виявлено клінічно та

спірографічно зворотною обструкцією: після проби з вентоліном (300 мкг) ОФВ<sub>1</sub> становив 90 % (приріст ОФВ<sub>1</sub>-60 %), тобто проба різко позитивна. Встановлено діагноз: БА персистувальна, III ступінь, середньої тяжкості, частково контрольована. ЕЛ II ст. ЛН II ст. ВН II. Гіпертонічна хвороба (ГХ) I ст., ризик II, ішемічна хвороба серця (ІХС) СН I зі збереженою систолічною функцією, функціональний клас (ФК) II. Хворому рекомендовано обстеження в алерголога, дослідження IgE.

Хворий П., 55 років, механізатор, протягом останнього року визнавався інвалідом 3-ї групи від загального захворювання (ХОЗЛ, БА, ЛНІ ст.). У 2013 р. обл. МСЕК рішення не винесла. Діагноз клініки: БА персистувальна, III ступінь, середньої тяжкості, частково контрольована. ЛН II ст. ВН II ст. НК I ст. Легенева гіпертензія I-II ст. Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) I-II ст. Експертний висновок: враховуючи патологію бронхолегеневої системи, її характер перебігу, що призводить до помірного порушення функції дихання та зумовлює обмеження здатності до пересування та трудової діяльності I ст. – згідно з наказом МОЗ України № 561 від 2011 р. – рекомендовано пролонгувати хворому 3-ї групи інвалідності від загального захворювання.

Хворий Г., 26 років, технік. Направлений в інститут на консультацію Чернівецькою обл. МСЕК з діагнозом: БА середньої тяжкості, ХОЗЛ I-II ст., ЛН I-II ст. Обстеження бронхолегеневої системи в клініці інституту встановило, що після проби з вентоліном ОФВ<sub>1</sub> збільшився до 86 % (з 32,3 %); ПШВ становив 100%, сатурація O<sub>2</sub> – 100 %, тобто діагноз ХОЗЛ не підтвердився. Експертний висновок: даних за встановлення групи інвалідності немає; хворий потребує лікування за місцем проживання.

Хворий П., 54 роки, надійшов до інституту на обстеження і лікування з діагнозом: БА, ЛН II. Після комплексного клінічно-функціонального обстеження (ЕКГ – знижений вольтаж; ЕхоКГ – розширення порожнини лівого передсердя і правого шлуночка, гіпертрофія міокарда лівого і правого шлуночка, діастолічна дисфункція зі зниженням скоротливої здатності міокарда; спірографія – ОФВ<sub>1</sub> – 1,81 – 48,2 %, ІТ-67,6, МОС<sub>25</sub>-32,1, МОС<sub>50</sub>-30,1, МОС<sub>75</sub>-38,3. ФЖЕЛ – 53,7 %; проба із сальбутамолом негативна; сатурація O<sub>2</sub> – 78 %, РПГ – 45,2 та ін.). У клініці інституту встановлено діагноз: «ХОЗЛ III ст., тяжкий перебіг із загостреннями середньої частоти. ЛН II ст., ВН II ст. Легенева гіпертензія I ст. Цукровий діабет (ЦД) II. Аліментарно-конституційне ожиріння II. ІХС СН II А III ФК ДЕ I-II. Розповсюджений остеохондроз хребта» та проведено адекватне лікування.

В окремих випадках при визначенні дихальних порушень у пацієнтів із загостреннями бронхолегеневої системи лікарі лікувально-профілактичних закладів використовують замість терміну «легенева недостатність» термін «дихальна недостатність», який є широким поняттям і вклю-

чає в себе характеристику порушень вентиляції, газообміну, транспорту кисню, тканинного дихання.

Результати проведеного дослідження показали недостатню поінформованість лікарів про діагностичну цінність і покази до застосування достатньо доступних і високоінформативних методів оцінки функції зовнішнього дихання, а також невміння інтерпретувати отримані результати спірометрії.

У більшості випадків діагноз ХОЗЛ встановлювався вже на пізніх стадіях захворювання, коли не тільки в нижніх дихальних шляхах, але і в усьому організмі вже відбулися незворотні зміни. На цьому етапі сповільнити прогресування ХОЗЛ, і, отже, подовжити життя пацієнта складно, а інколи і неможливо. У той же час на ранніх стадіях захворювання відмова від куріння і адекватна медикаментозна терапія могли б суттєво покращити якість життя пацієнтів і прогноз.

Обстеження пацієнтів із хворобами органів дихання не було комплексним, що не дозволило в деяких випадках виявити супутню патологію та відкорегувати реабілітаційні заходи.

Це стосується не лише хворих на ХОЗЛ, але й на БА.

Приклад:

Хвора С., 44 роки, Чернівецька область. Претендує на групу інвалідності вперше; обл. МСЕК рішення не винесла, направила хвору в інститут на консультацію з діагнозом: БА середньої тяжкості, ХОЗЛ I-II ст., ЛН I-II. Діагноз клініки: БА персистувальна форма, середньої тяжкості, III ступеня, із загостреннями три рази на рік, частково контрольована. ЛН I-II ст., ВН II ст., НКІ. Побутова сенсibiliзація, хронічний алергічний риніт. Хронічна залізодефіцитна анемія II ст. Фіброміома матки. Розповсюджений остеохондроз. Експертний висновок: враховуючи наявну у хворой С. патологію легеневої системи, її характер перебігу, комплекс із гінекологічним ускладненням – анемією середньої тяжкості, що призводить до обмеження здатності до пересування та трудової діяльності I ст., вважаємо за можливе рекомендувати МСЕК визнати хвору С. інвалідом 3-ї групи від загального захворювання. Потребує медичної (зокрема, на даний час лікування в гінекології) та професійної реабілітації.

Наше дослідження виявило, що у всіх пацієнтів, які страждають ХОЗЛ, було як мінімум одне супутнє захворювання, а частіше 3-4. Найчастіше траплялись ІХС або ГХ, що супроводжувалися СН I ст. або СН II ст. (у 63,6 % випадків). Дисциркуляторна енцефалопатія I, I-II і II ст. була діагностована у 45,5 % хворих на ХОЗЛ. Майже в половині обстежених виявлено розповсюджений остеохондроз хребта, а в третині – захворювання шлунково-кишкового тракту. У 27,3 % випадків супутньою патологією був ЦД II типу. У такої ж кількості осіб діагностовано варикозне розширення вен нижніх кінцівок. У 14,9 % виявлено порушення психоемоційної сфери.

До комплексної оцінки стану пацієнта обов'язково необхідно включити наявність у нього супутніх захворювань та системних проявів ХОЗЛ, а також враховувати їх при виборі тактики реабілітації.

Терапія ХОЗЛ має бути базисною, основною на тривалому і регулярному застосуванні бронхолітиків тривалої дії та інгалаційних кортикостероїдів. Тільки за такої умови можна говорити про модифікацію перебігу захворювання і поліпшення прогнозу.

Проте так відбувається не завжди.

Приклад:

Хворий М., 50 років. Основний діагноз: ХОЗЛ II ст. середньої тяжкості, рецидивний перебіг із загостреннями середньої частоти (3 р/рік), стадія неповної ремісії. Бронхоектатична хвороба ЛН I-II ст., ВН I-II ст., НК 0. В історії хвороби вказано: «базисної терапії не отримує, отримує симптоматичну терапію».

Часто лікування пацієнтів із ХОЗЛ проводиться лише в період загострення хвороби. Це є серйозною помилкою з боку лікуючого лікаря. Такий підхід не дозволяє сповільнити прогресування хвороби і покращити якість життя пацієнта.

Недостатньо застосовується такий технічно простий, доступний і ефективний метод лікування хворих із тяжким ХОЗЛ, як довготривала оксигенотерапія. Те ж стосується і такого методу реабілітації, як електростимуляція дихальних і скелетних м'язів.

Інколи призначену терапію було важко визнати адекватною з урахуванням стадії захворювання, індивідуальних особливостей пацієнта, супутніх захворювань.

Не рідкісні випадки, коли пацієнти з ХОЗЛ не отримують від медичного персоналу інформації про шкідливість куріння і рекомендації про необхідність припинення його, що значно знижує ефективність реабілітації.

Як мінімум, серед обстежених хворих курить 18,2 %, про що є запис наших лікарів в історії хвороби.

Пацієнти із захворюваннями бронхолегеневої системи часто стикаються із відстороненістю лікарів від їх душевних переживань. Лікування зазвичай відбувається чітко за протоколом і все менше часу надається бесіді з пацієнтами, що не дозволяє своєчасно виявити відхилення в психоемоційній сфері і, відповідно, їх коригувати.

Приклад:

Хвора С., 51 рік, жителька Рівненської області. Хворіє з дитинства. Вперше претендує на групу інвалідності. Направлена до інституту на консультацію; обл. МСЕК рішення не винесла. Після ретельного, всебічного обстеження в клініці встановлено діагноз: бронхіальна астма, персистувальна форма, середньої тяжкості, III ступінь із загостреннями три рази на рік, частково контрольована. Емфізема легень II ст., ЛН I-II ст., ВН II ст. НК0. Побутова сенсibilізація. Хронічний алергічний риніт. Хронічна недостатність мозко-

вого кровообігу (ХНМК) I ст. Астенічний розлад із періодичними панічними атаками. Клімактеричний синдром, легкий перебіг. S-подібний сколіоз грудно-поперекового відділу хребта без ПФХ. Висновок: наявна патологія призводить до обмеження здатності до пересування та трудової діяльності I ст., що дає підстави рекомендувати МСЕК визнати хвору С. інвалідом 3-ї групи від загального захворювання. Хвора потребує медичної реабілітації (адекватна комбінована базисна терапія астми, обстеження та лікування в психоневрологічному відділенні).

Одна з основних причин інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА в осіб працездатного віку, що посідає 2-ге місце, це інвалідність дитинства. Психоемоційна сфера хворих дітей більш вразлива, ніж дорослих. Усвідомлення себе не таким, як всі, призводить до низької самооцінки, змушує вважати себе «неповноцінними», що перешкоджає спілкуванню з однолітками та батьками. Цьому сприяють пропуски занять, інколи погана успішність і не завжди достатнє взаєморозуміння в сім'ї. Все це на тлі хвороби, що зберігається, з віком призводить до формування соціофобії та бажання оформити групу інвалідності.

Наведемо приклади:

Хворий Б., 21 рік, житель Чернівецької області, не працює, професії не має. Протягом трьох років визнавався інвалідом 3-ї групи з дитинства. У 2013 р. обл. МСЕК рішення не винесла, направила в інститут на консультацію. Діагноз клініки: бронхіальна астма, персистувальна форма, середньої тяжкості, III ступінь, рецидивний перебіг із загостреннями чотири рази на рік, частково контрольована. Емфізема легень II ст., ЛН I-II ст., ВН I-II ст. НК0. Нейроциркуляторна дистонія (НЦД). Висновок: враховуючи наявну у хворого Б. патологію легеневої системи, характер її перебігу та соціально-професійну адаптацію на даний час, йому може бути пролонгована 3-тя група інвалідності з дитинства на рік на період раціонального працевлаштування та адекватної медичної реабілітації (постійна базисна комбінована терапія).

Хворий Г., 25 років, житель Чернівецької області. Направлений обл. МСЕК на консультацію, претендує на інвалідність вперше. Діагноз: бронхіальна астма, персистувальна, середньої тяжкості, III ступінь, частково контрольована, із загостреннями два рази на рік. ЛН I-II НК I. Висновок: даних на встановлення групи інвалідності немає. Потребує лікування за місцем проживання.

Найважчим наслідком бронхолегеневих хвороб є неможливість хворими здійснювати соціальні зв'язки відповідно до їх віку і соціально-економічного стану. Саме тому соціальну адаптацію хворих необхідно вважати найважливішим завданням охорони здоров'я. Перед лікарями на даний час виникає необхідність оцінки ступеня соціальної дезадаптації хворих та пошуку можливих шляхів виходу з цього стану. Причому індивідуального для кожного пацієнта, з урахуванням

його віку, діагнозу, наявності супутньої патології, вихідного соціального стану та психоневрологічного статусу. Цим питанням надають важливого значення наукові співробітники та лікарі клініки НДІ реабілітації інвалідів, зокрема, експертно-го відділення.

Наведемо приклади:

1. Хворий К., 44 роки, слюсар, не працює, житель Рівненської області. МіжрайМСЕК інвалідом не визнаний; обл. МСЕК рішення не винесла. Діагноз клініки інституту: бронхіальна астма, персистувальна форма, середнього ступеня тяжкості із загостреннями шість разів на рік, частково контрольована. ЛН I-II ст., ВН II ст. Хронічний гастродуоденіт. ХНМК I ст. Астенічний розлад. Розповсюджений остеохондроз хребта. Експертний висновок: враховуючи наявну патологію, характер її перебігу протягом року, соціально-професійну дезадаптацію хворого, вважаємо за можливе рекомендувати МСЕК визнати його інвалідом 3-ї групи від загального захворювання. Потребує професійної (раціональне працевлаштування) та медичної реабілітації.

2. Хворий Л., 57 років, будівельник, не працює. Направлений обл. МСЕК до інституту без рішення. Діагноз при направленні: хронічне обструктивне захворювання легень II ст., ЛНІІІ ст. Діагноз клініки: хронічне обструктивне захворювання легень II-III ст., середньотяжкий перебіг, стадія нестійкої ремісії ЛН II ст. ІХС, стабільна стенокардія напруження, III ФК. СН II А ст. Аліментарно-конституційне ожиріння. ГХ II ст., ДЕ II. Хронічний гастродуоденіт. Варикозне розширення вен. Експертний висновок: виражена патологія серцево-судинної системи в комплексі з помірними функціональними змінами бронхолегеневої системи призводить до обмеження здатності до трудової діяльності в людини фізичної праці II ст., пересування I-II ст., що дає підстави рекомендувати МСЕК визнати хворого інвалідом 2-ї групи від загального захворювання на період активного лікування. Потребує комплексної медичної реабілітації, зокрема, стаціонарного лікування в пульмонологічному, цереброваскулярному, кардіологічному відділенні.

При проведенні реабілітаційних заходів вважаємо за доцільне впровадження ступінчастого підходу побудови тактики реабілітації при ХОЗЛ (аналогічно БА) з урахуванням сучасної спірометричної класифікації згідно з «Глобальною Ініціативою по ХОЗЛ» перегляду 2011 р. (GOLD 1, 2, 3, 4). Реабілітаційні програми при цьому мають бути довготривалими, включаючи фізичний тренінг, консультації щодо харчування, навчання та підтримку хворих.

Слід враховувати потребу хворих із тяжкими бронхообструктивними захворюваннями в соціально-психологічній і соціально-правовій допомозі. Важливого значення необхідно надавати профорієнтації, професійній освіті, професійно-виробничій адаптації, раціональному працевлаштуванню інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА.

Органам виконавчої влади слід встановити дієвий контроль за реалізацією реабілітаційних заходів і ефективністю використання фінансів, які виділяються на реабілітацію інвалідів. Прийняття законодавчих документів і нормативних актів, що регламентують розробку і реалізацію індивідуальної програми реабілітації (ІПР), сприятиме не лише запобіганню і усуненню ускладнень захворювань бронхолегеневої системи, але й підвищенню якості життя інвалідів із даною патологією та інтеграції їх у суспільство.

### Висновки

1. Оцінити стан життєдіяльності хворих на хронічне обструктивне захворювання легень і бронхіальну астму в процесі медико-соціальної експертизи, провести диференційну діагностику, визначити ступінь тяжкості захворювання, вираженість обструктивного синдрому, стадію дихальної недостатності, наявність супутньої патології можна лише за допомогою комплексного клінічно-функціонального обстеження, в яке входить, крім методів оцінки функції зовнішнього дихання, електрокардіографія, ехокардіографія, велоергометрія, лабораторні дослідження.

2. При складанні індивідуального плану реабілітації, на основі сучасної Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я, і плануванні реабілітаційних заходів слід враховувати характер та ефективність лікування, адекватність контролю захворювання, стан серцево-судинної системи, вік хворого, професійні і соціальні фактори, реабілітаційний потенціал хворого.

3. Для підвищення ефективності медикаментозної терапії та покращення клінічного перебігу захворювання рекомендовано застосовувати немедикаментозні методи відновного лікування: засоби симптоматичної підтримки та методи, які впливають на основі ланки патогенезу захворювання і здатні вмикати саногенетичний потенціал цілісного організму.

**Перспективи подальших розробок.** Проведене дослідження свідчить про необхідність розробки рекомендацій з комплексної реабілітації осіб з бронхообструктивними захворюваннями.

### Література

1. Перцева Т.А. ХОЗЛ: Современное состояние проблемы / Т.А. Перцева // Укр. пульмонолог. ж. – 2010. – № 1. – С. 18-19.
2. Принцип реабілітації хворих на бронхіальну астму та хронічні обструктивні захворювання легень / В.П. Маленький, С.В. Шевчук, Н.П. Масік [та ін.] // Метод. реком. – 2012. – 32 с.
3. Сучасний стан та тенденції інвалідності населення працездатного віку внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми / В.І. Шевчук, В.П. Маленький, В.Ю. Забур'янова [та ін.] // Укр. пульмонолог. ж. – 2013. – № 2. – С. 31-35.
4. Фещенко Ю.И. Бронхиальная астма / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина // Doctor. – 2004. – № 2. – С. 46-49.
5. Фещенко Ю.И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ / Ю.И. Фещенко // Укр. пульмонолог. ж. – 2012. – № 2. – С. 6-8.

6. Фещенко Ю.И. ХОЗЛ в Украине: проблемы и пути решения / Ю.И. Фещенко // Здоров'я України. – 2009. – № 9/1. – С. 3-4.
7. Фещенко Ю.И. Хронические обструктивные заболевания легких / Ю.И. Фещенко. – К.: Книга, 2002. – 60 с.
8. Чучалин А.Г. Федеральная программа на 2002-2007 гг. «Концепция развития пульмонологической службы в России на 2002-2007 гг.». – М., 2002.
9. American Thoracic Society / European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2006. – Vol. 173. – P. 1390-1413.

### АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЛИЦ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОБОСНОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ИХ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

*В.И. Шевчук, В.Ю. Забурьянова, М.В. Вернигородская, И.А. Ильюк, В.С. Вернигородский*

**Резюме.** Проанализированы основные аспекты предоставления медико-экспертной помощи больным и инвалидам с ХОЗЛ и БА путем изучения медико-экспертной документации пациентов клиники института в 2013 г. (48 чел.). Выявлено неудовлетворительную организацию пульмонологической помощи, низкое качество диагностики и лечения, а также недостатки определения состояния жизнедеятельности лиц с бронхообструктивными заболеваниями. Предложены методы повышения качества реабилитации больных и инвалидов вследствие ХОЗЛ и БА.

**Ключевые слова:** инвалидность, хроническое обструктивное заболевание легких, бронхиальная астма, реабилитация.

### ANALYSIS OF THE QUALITY OF TREATMENT AND REHABILITATION ACTIVITIES IN PATIENTS WITH BRONCHOOBSTRUCTIVE DISEASES AND JUSTIFICATION OF MODERN APPROACHES TO THEIR IMPROVEMENT

*V.I. Shevchuk, V.Y. Zaburianova, M.V. Vernyhorodska, I.A. Iliuk, V.S. Vernyhorodskiy*

**Abstract.** The main aspects of providing the patients and disabled people suffering from Chronical Obstructive Pulmonary Diseases (COPD) and asthma with medical and expert assistance by examining health expert documentation of patients in the Institute clinic in 2013 (48 people). Unsatisfactory organization of pulmonology care, poor quality of diagnosing and treatment, as well as imperfection in determining the vital activity of people with bronchoobstructive diseases were found. The methods for improving the quality of rehabilitation of patients and disabled as victims of COPD and asthma were suggested.

**Key words:** disability, chronic obstructive pulmonary disease, (COPD), asthma, rehabilitation.

M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – проф. Л.Д. Тодоріко

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 2 (70). – P. 140-144

Надійшла до редакції 03.03.2014 року