

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

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ
ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ОРГАНІВ
ДИХАННЯ**

**Посібник
(інформаційно-аналітичне видання)**

Вінниця 2014

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

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ
ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ОРГАНІВ
ДИХАННЯ**

**Посібник
(інформаційно-аналітичне видання)**

Вінниця 2014

Шевчук В.І., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В., Шевчук С.В., Ільюк І.А., Коробко О.А. Сучасні підходи до реабілітації інвалідів працездатного віку внаслідок хвороб органів дихання (Посібник). – Вінниця, 2014. – 64 с.

Установа розробник:

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова;
Кафедра внутрішньої медицини №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.

Рецензенти:

Станіславчук М.А. – д.м.н., професор

Беляєва Н.М. – к.м.н., ст.н.с.

В посібнику представлено поглиблений аналіз стану інвалідності внаслідок важких бронхообструктивних захворювань – хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми, висвітлено сучасні підходи до медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих з даною патологією. Виділені питання вдосконалення медичних реабілітаційних програм, психологічні аспекти реабілітації, розглянуті аспекти соціально-правової допомоги та професійної реабілітації.

Посібник призначений для лікарів МСЕК, пульмонологів, терапевтів, сімейних лікарів

© **Шевчук В.І., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В., Шевчук С.В., Ільюк І.А., Коробко О.А.**

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
СУЧАСНИЙ СТАН ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ СЕРЕД ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ	7
МЕДИЧНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРОГРАМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ.....	22
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З БРОНХО- ЛЕГЕНЕВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	40
СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА ДОПОМОГА ТА ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ.....	44
ЗАКЛЮЧЕННЯ.....	57
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

БА – бронхіальна астма

ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень

ЛН – легенева недостатність

НК – недостатність кровообігу

ЕЛ – емфізема легень

ОФВ – об'єм форсованого видиху

ФЗД – функція зовнішнього дихання

НМСК – належне максимальне споживання кисню

ДГ – дихальна гімнастика

ІХС – ішемічна хвороба серця

ГХ – гіпертонічна хвороба

ВЕМ – велоергометрія

ІПР – індивідуальна програма реабілітація

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

ВВІ – вперше визнані інвалідами

GOLD – Глобальна ініціатива по ХОЗЛ

ВСТУП

Хвороби органів дихання, зокрема, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і бронхіальна астма (БА), на даний час є актуальною клінічною і соціальною проблемою. Актуальність ХОЗЛ обумовлена перш за все надзвичайно високими показниками розповсюженості, інвалідизації і смертності від цього захворювання, причинами чого може бути недостатня увага до питань профілактики, несвоєчасна діагностика і відсутність ефективного лікування. За останні роки значний масштаб забруднення атмосфери викидами автотранспорту та промисловості, тютюнопаління, незадовільні соціально-побутові умови, зростання кількості осіб з генетичною детермінацією патології органів дихання сприяли лавиноподібному збільшенню числа випадків ХОЗЛ [1, 2, 8]. Що стосується БА, то не дивлячись на досягнутий прогрес та стандартизовані підходи до лікування [7, 12], суттєво поліпшити перебіг хвороби і запобігти інвалідизації хворих не завжди можливо.

Достовірні статистичні і аналітичні дані стосовно такого важливого показника як інвалідність внаслідок ХОЗЛ та БА [4, 5, 6] допомагають визначити фактори, що впливають на перебіг захворювання і його прогноз.

Доведено, що правильно підібрана і вчасно призначена терапія та реабілітація може значно уповільнити прогресування бронхообструкції, зменшити частоту і тяжкість загострень, запобігти розвитку ускладнень і покращити якість життя хворих [3].

В посібнику викладено сучасні підходи до комплексної реабілітації хворих та інвалідів з важкими бронхообструктивними захворюваннями – ХОЗЛ та БА – на основі поглибленого аналізу стану інвалідності (дослідження основних тенденцій первинної та повторної інвалідності осіб працездатного віку Вінницької, Житомирської і Хмельницької областей за 2007-2011 рр.), а також вивчення даних медико-експертної

документації пацієнтів, що перебували на обстеженні та лікуванні в клініці інституту.

Враховуючи власний досвід, сучасні наукові розробки багатьох вітчизняних та зарубіжних досліджень, у тому числі і рекомендації GOLD, авторами наведені сучасні погляди на впровадження медичних реабілітаційних програм, зокрема, при ХОЗЛ, психологічні аспекти реабілітації, особливості соціально-правової допомоги.

Посібник розрахований як на лікарів МСЕК, так і пульмонологів, терапевтів, сімейних лікарів.

СУЧАСНИЙ СТАН ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ СЕРЕД ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед осіб працездатного віку у Вінницькій області невисокий, дорівнював 0,50 на 10000 відповідного населення в 2007 році, знизився до 0,45 (на 10,0%) в 2008 і 2009 рр, потім різко знизився до 0,20 (на 60,0%) в 2010 році та зріс до 0,27 (на 46%) в 2011 році. Тобто за останній рік спостереження порівняно з попереднім роком рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед осіб працездатного віку зріс на 25,9%; в середньому склав 0,37 на 10000 відповідного населення.

Рівень первинної інвалідності внаслідок БА в контингенті працездатного населення перевищував рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ лише в 1,4 рази (тоді як загальної – в 2,9 рази) і склав в 2007 році 0,69 на 10000. В 2008 році він знизився (на 30,4%) і дорівнював 0,48; в 2009 році зріс (на 18,8%) і склав 0,56; в 2010 році знову знизився (на 50,7%) і склав 0,34; в 2011 році – знову зріс (на 36,2%) та дорівнював 0,44. За останній рік порівняно з попереднім спостерігалось зростання даного показника в 1,3 рази. В середньому він склав 0,50 на 10000 населення працездатного віку.

Співвідношення загальної чисельності інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА (30% до 70%) та рівнів інвалідності внаслідок цих нозологій не відповідає даним світової статистики, причини чого необхідно вивчати; в контингенті вперше визнаних інвалідами (ВВІ) ці відмінності менш виражені, що, можливо, пояснюється впровадженням нових підходів до діагностики ХОЗЛ.

Рівні первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед працездатного населення Житомирської області коливались в різні роки від 1,09 до 1,85 на 10000, перевищуючи відповідний показник у Вінницькій області в 2,4-6,9 разів, а внаслідок БА – від 0,93 до 1,25, перевищуючи аналогічний

показник у Вінницькій області в 1,3-3 рази, та були найвищими в 2011 році.

В середньому за 5 років рівень первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед працездатного населення Хмельницької області склав 1,06 на 10000 осіб працездатного віку та виявився дещо нижчим за аналогічний показник у Житомирській області (в 1,2 рази) і значно вищим за такий у Вінницькій області (в 2,9 рази). При БА він дорівнював в середньому 1,09 на 10000 і був таким же як і в Житомирській області, проте значно вищим порівняно з Вінницькою областю і середнім показником по Україні (в 2 рази).

Середні рівні первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і БА у осіб працездатного віку по областях склали відповідно 0,91 та 0,89 на 10000 населення. Показники первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ коливались від 0,37 до 1,30 випадків в різних регіонах, внаслідок БА – від 0,50 до 1,09, що свідчить, в першу чергу, про недоліки медико-соціальної експертизи.

Розподіл контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ та БА за віком і статтю в 2011 році у Вінницькій області свідчить про перевагу чоловіків (60,6% проти 39,4%). Ця перевага обумовлена великою питомою вагою чоловічої статі серед інвалідів з ХОЗЛ (84,0% проти 16,0%). В контингенті ж первинних інвалідів внаслідок БА дещо більше жінок (53,7%). Вік більшості ВВІ внаслідок ХОЗЛ та БА (57,6%) складає 45-55 років, проте відзначається досить велика частка осіб до 40 років – 31,8%. При цьому кожний десятий не досяг і 30-річного віку. Наявність старших вікових груп більш характерна для ХОЗЛ, як і в попередні роки: за даної патології питома вага осіб у віці 45-55 років складає 68,0% і 56-60 років – 16,0%; у молодому віці таких інвалідів лише 16,0%. Інша картина спостерігається при БА: там інвалідів молодого віку майже половина – 46,4%, в тому числі 17,1% мають вік лише 18-29 років.

Аналіз структури первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку з урахуванням групи інвалідності в 2011 році вказує на те, що переважну більшість, як і в минулі роки, складають інваліди 3 групи, проте їх частка дещо зменшилась – 90,9%. Питома вага інвалідів 2 і 1 групи навпаки, збільшилась і складає відповідно 7,6% та 1,5%.

На відміну від попереднього року, звертає на себе увагу, значно більша важкість інвалідності при ХОЗЛ порівняно з БА, що узгоджується з літературними даними. Так, в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ частка осіб з 3 групою інвалідності менша (відповідно 84,0% і 95,1%), 2 групи більша – в 2,4 рази (відповідно 12,0% і 4,9%), і є 4,0% інвалідів 1 групи (при БА інвалідність 1 групи не встановлювалась).

Аналіз первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку показав, що основна причина – це загальне захворювання – склала 80,4%. Інваліди дитинства склали 12,1%, інваліди армії, МВС, СБУ тощо – 4,5%; інваліди ЧАЕС – 3,0%. Найбільшу питому вагу складають інваліди внаслідок загального захворювання в контингенті первинних інвалідів з ХОЗЛ – 96,0%; решту 4% займають інваліди армії, МВС, СБУ. В контингенті ВВІ з БА частка інвалідів внаслідок загального захворювання менша – 70,7%; друге місце посідають інваліди дитинства – 19,5%; інваліди армії, МВС, СБУ та інваліди ЧАЕС склали по 4,9%. Інвалідів внаслідок професійних захворювань не було.

Розподіл контингенту повторно визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку за статтю у Вінницькій області в 2011 році свідчить про збільшення в ньому частки жінок порівняно з контингентом вперше визнаних інвалідами (відповідно 46,8% та 39,4%), причому це збільшення відбувається, в основному, за рахунок жінок у віці за 30 років. У віковій групі 18-29 років питома вага жінок в контингенті ПВІ внаслідок ХОЗЛ та БА порівняно незначна - 33,8%, проте вже в наступній віковій групі (30-39 років) вона збільшується в 1,8 рази та складає 59,6%. Найбільшою вона є у віці 40-44 роки (60,7%), дещо зменшуючись в найстаршій віковій групі (53,8%), як і в попередні роки.

В цілому і в контингенті ПВІ внаслідок ХОЗЛ, і в контингенті ПВІ внаслідок БА частка жінок зросла приблизно на 4%.

Найбільша кількість повторно визнаних інвалідів і при ХОЗЛ, і при БА має вік 45-55 років (відповідно 56,3% та 44,1%). Але якщо за першої нозології частка жінок цієї вікової групи в 2,5 рази менша, ніж частка чоловіків, то за другої – в 2,1 рази більша.

В структурі контингенту ПВІ внаслідок ХОЗЛ та БА звертає на себе увагу більший, порівняно з контингентом ВВІ, відсоток чоловіків передпенсійного віку (12,0% проти 7,6%), а також велика питома вага таких осіб в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ порівняно з БА (відповідно 29,5% та 4,7%).

Структура повторної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку з урахуванням групи інвалідності в 2011 р. вказує на значне переважання питомої ваги інвалідів 3 групи, як і в структурі первинної інвалідності, проте відсоток таких інвалідів дещо менший (88,6% проти 90,9%), а інвалідів 2 групи – більший (10,9% проти 7,6%), тобто мова може йти про більш важку інвалідність ПВІ. Особливо це стосується контингенту повторно визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ, у якому питома вага інвалідів 3 групи є меншою порівняно з ВВІ на 4,6%, а 2 групи більшою на 6,6%. При БА ці відмінності менш виражені (зменшується частка інвалідів 3 групи на 2,8% і на стільки ж збільшується частка інвалідів 2 групи).

Одна із основних причин інвалідності ПВІ при ХОЗЛ та БА – це інвалідність внаслідок загального захворювання, як і в контингенті ВВІ (77,1%), проте для повторної інвалідності характерною є більша її важкість: питома вага інвалідів 1 групи складає 0,6%, 2 групи – 11,2%, 3 групи – 88,2%. При цьому інвалідність 1 групи обумовлена лише наявністю інвалідів внаслідок ХОЗЛ; при даній патології частка інвалідів 2 групи складає 20,4% та є в 3,2 рази більшою порівняно з БА. Звертає на себе увагу збільшення в контингенті ПВІ внаслідок ХОЗЛ та БА питомої ваги інвалідів дитинства (19,0%); особливо великою вона виявилась

серед хворих на БА (26,0%). Тобто кожний четвертий інвалід внаслідок БА виявився інвалідом дитинства, причому важку інвалідність має кожний десятий з них. Незначну питому вагу в структурі причин інвалідності осіб працездатного віку з ХОЗЛ та БА, повторно визнаних інвалідами, займають інваліди армії, МВС, СБУ тощо – 1,9%; інваліди ЧАЕС 0,2%; інші причини (професійні захворювання) складають 1,8%.

Розподіл контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку за віком і статтю в 2011 р. в Житомирській області може свідчити про часткову оптимізацію підходів до медико-соціальної експертизи хворих з бронхо-легеневими захворюваннями порівняно з 2009 р. Так, питома вага інвалідів у віці до 30 років в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА зменшилась до 12,2% (в 2,4 рази), а серед інвалідів з ХОЗЛ – до 6,1% (в 5,9 рази). Проте досить значною в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ виявилась вікова група 30-39 років – 25,7% (у Вінницькій області – лише 12,0%). Частка інвалідів молодого віку в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ і БА склала 59,3%, тоді як у Вінницькій області вона була меншою в 1,7 рази (34,8%).

Змінилась і структура первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і БА у осіб працездатного віку з урахуванням груп інвалідності у Житомирській області в 2011 р. порівняно з 2009 р.

На позитивну динаміку вказує збільшення питомої ваги інвалідів 3 групи – до 89,1% (на 12,1%) та зменшення питомої ваги інвалідів 1-2 груп – до 10,9%. При цьому частка інвалідів 2 групи зменшилась в 2,2 рази, 1 групи – майже не змінилась. Звертає на себе увагу, як і в попередні роки, більша важкість інвалідності внаслідок БА порівняно з ХОЗЛ, на відміну від Вінницької області. Це суперечить даним літературних джерел та потребує додаткового вивчення.

Серед причин інвалідності осіб працездатного віку з ХОЗЛ та БА в контингенті ВВІ у Житомирській області в 2011 р. домінує, як і раніше,

інвалідність внаслідок загального захворювання (70,1%). Проте на друге місце, замість інвалідності з дитинства, вийшла інвалідність, зв'язана з ліквідацією наслідків аварії на ЧАЕС або проживанням на забрудненій радіонуклідами території. Така категорія інвалідності була у кожного п'ятого хворого в контингенті осіб з ХОЗЛ та БА. Інвалідність дитинства займає незначну питому вагу – лише 5,9%, тоді як у Вінницькій області вона вдвічі більша.

Проаналізовано структуру повторної інвалідності у осіб працездатного віку, хворих на ХОЗЛ і БА, в Житомирській області за 2011 р. Контингент повторно визнаних інвалідами внаслідок вказаних нозологій склав 796 чол., в тому числі внаслідок ХОЗЛ – 252 чол. (31,7%), внаслідок БА – 544 чол. (68,3%). Встановлено, що важкість повторно визнаної інвалідності при ХОЗЛ і БА більша порівняно з первинною інвалідністю. Так, питома вага інвалідів 3 групи склала 74,0% (на 15,1% менше), 2 групи – 25,4% (на 15,0% більше). Достовірних відмінностей у важкості інвалідності внаслідок ХОЗЛ і внаслідок БА не виявлено, тоді як в структурі первинної інвалідності частка осіб з важкою інвалідністю (1-2 група) була більша в контингенті осіб з БА. Структура повторної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку в Житомирській області відзначається більшою важкістю порівняно з Вінницькою областю: питома вага інвалідів 1-2 груп була більшою в 2,6 рази.

Розподіл контингенту вперше визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ та БА серед осіб працездатного віку за віком і статтю в 2011 р. в Хмельницькій області свідчить про нестабільність позитивних змін, виявлених в 2009 р. Так, частка інвалідів молодого віку знову збільшилась і склала 54,1% (в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ – 64,0%). І хоча частка хворих наймолодшої вікової групи (до 30 років) серед інвалідів з ХОЗЛ та БА зменшилась (9,0%), спостерігалось збільшення її в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ (12,0%). Великою також була питома вага осіб у віці 30-39 років серед інвалідів з ХОЗЛ

(32,0%), що може вказувати на дефекти діагностики бронхо-легеневих захворювань. Виявлено перевагу чоловічої статі, більш виражену в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ, що відповідає літературним даним. При бронхіальній астмі превалює жіноча стать.

Важкість первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку Хмельницької області в 2011 р. збільшилась не тільки порівняно з 2009 р., але й з 2007 р. В контингентах первинних інвалідів ХОЗЛ і БА частка інвалідів 2 групи була однаковою, проте серед осіб з ХОЗЛ з'явилось 6,0% інвалідів 1 групи, що призвело до більшої важкості інвалідності при ХОЗЛ порівняно з БА.

В переважній більшості випадків (97,5%) причиною інвалідності осіб працездатного віку в контингенті ВВІ у Хмельницькій області в 2011 р. була інвалідність внаслідок загального захворювання. Частка інвалідів дитинства була незначною і склала лише 2,5% (серед осіб з БА – 4,2%). Як і в попередні роки, не виявлено впливу на інвалідність наслідків аварій на ЧАЕС та професійних захворювань.

Вивчено структуру повторної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА осіб працездатного віку з урахуванням групи інвалідності в Хмельницькій області в 2011 р., яка вказує на більшу важкість повторної інвалідності порівняно з первинною. Так, питома вага інвалідів 3 групи склала лише 67,5% (проти 75,4%).

Частка інвалідів з важкою інвалідністю, в т.ч. з 1 групою, виявилась більшою в контингенті інвалідів внаслідок БА порівняно з ХОЗЛ, що не узгоджується з літературними даними про більшу важкість інвалідності у осіб з ХОЗЛ.

Із врахуванням середніх даних 3 областей за роки спостереження щорічно вперше визнається інвалідом працездатного віку внаслідок ХОЗЛ 110 чол., з них інвалідом 1 групи – 0,9%, 2 групи – 14,0%, 3 групи – 85,1%. При БА вперше визнається інвалідом 105 чол., з них інвалідом 1 групи – 0,5%, інвалідом 2 групи – 15,3%, інвалідом 3 групи – 84,2%.

Виявлено перевагу чоловічої статі – від 55,5% до 83,7% в різних областях (в середньому 67,7%) в структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і деяку перевагу жіночої статі (в середньому 53,5%) в структурі первинної інвалідності внаслідок БА.

Частка осіб молодого віку в структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ значно коливається на різних територіях – від 15,2% до 63,9%, складаючи в середньому 45,4%; в структурі первинної інвалідності внаслідок БА – від 56,3% до 73,6%, в середньому дорівнює 62,6%, що вказує на потенційну можливість і необхідність реабілітації інвалідів з даною патологією.

Аналіз соціальних причин інвалідності вказує на те, що найбільшу питому вагу займає інвалідність внаслідок загального захворювання, яка в середньому по областях за роки спостереження складає при ХОЗЛ 85,5% (коливаючись від 72,3% до 96,5%), і при БА 75,6% (коливаючись від 72,3% до 81,0%). При БА досить великою виявилась частка інвалідів з дитинства: в середньому 17,5% (від 11,9% до 20,7%); при ХОЗЛ вона дорівнювала 3,9% (від 1,4% до 7,0%). Решта – це інваліди ЧАЕС та інваліди армії, МВС, СБУ тощо. Практично не відіграють ролі у виникненні інвалідності професійні захворювання.

Вивчено питання комплексної реабілітації інвалідів працездатного віку з ХОЗЛ та БА.

Аналізуючи результати переогляду інвалідів працездатного віку внаслідок ХОЗЛ та БА у Вінницькій області у 2011 році, ми звернули увагу на низькі показники повної реабілітації: не визнано інвалідами лише 3,4% (22 чол.) з усіх переоглянутих (648 чол.). Дещо більшим цей показник був у осіб з БА (3,7%), тоді як в контингенті інвалідів з ХОЗЛ він склав 2,7%.

Під час переогляду інваліди внаслідок ХОЗЛ 2 групи визнавались інвалідами 2 групи в 89,3% випадків та інвалідами 3 групи – в 10,7% (повної реабілітації не було). Інваліди 3 групи в 3,1% випадків інвалідами не визнані, в 89,4% – визнані інвалідами 2 групи і 1,9% – інвалідами 1

групи. Тобто повна реабілітація серед інвалідів 3 групи з ХОЗЛ склала 3,1%; обважнення інвалідності спостерігалось у 7,5% інвалідів.

Переогляд інвалідів внаслідок БА 2 групи підтвердив 2 групу інвалідності 76,3% осіб; 23,7% були частково реабілітовані (що в 2,2 рази більше, ніж при ХОЗЛ). З числа інвалідів 3 групи повністю реабілітовано 4,0%; 3 група залишилась у 94,8%, і лише у 1,2% відзначалось збільшення важкості інвалідності (була встановлена 2 група інвалідності).

Якщо порівнювати показники часткової реабілітації інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА у Вінницькій області в 2011 році з 2009 роком, слід відмітити позитивну динаміку (особливо при БА). В контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ показник часткової реабілітації збільшився на 30,8%, в контингенті інвалідів внаслідок БА – на 65,8%.

Результати переогляду інвалідів працездатного віку внаслідок ХОЗЛ та БА у Житомирській області в 2011 р. вказують на те, що показник повної реабілітації в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА, як і у Вінницькій області, був невеликим і склав 4,4% (в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ - 7,0%, в контингенті інвалідів внаслідок БА – 3,2%).

Більший відсоток повністю реабілітованих осіб серед хворих з ХОЗЛ порівняно з БА може свідчити про недоліки діагностики бронхо-легеневих захворювань. Звертає на себе увагу факт відсутності часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ та низький показник часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок БА (7,6%), який виявився в 3,1 рази меншим порівняно з Вінницькою областю. Вищевказане свідчить про недостатню увагу до питань медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА працівників медико-соціальної експертизи.

З метою вивчення питань розробки лікарями МСЕК рекомендацій з медичної, професійної і соціальної реабілітації інвалідів з ХОЗЛ та БА було проаналізовано медико-експертну документацію 1017 чол., в т.ч. 221 чол., визнаних інвалідами вперше (132 з ХОЗЛ і 89 з БА), та 796 чол.,

визнаних інвалідами повторно (252 чол. з ХОЗЛ і 544 чол. з БА) за 2011 р. в Житомирській області.

Встановлено, що в контингентах інвалідів внаслідок ХОЗЛ і БА рекомендації з медичної реабілітації (відновна терапія) були надані в 100% випадків.

При ХОЗЛ рекомендації з працевлаштування були визначені 276 особам, що склало 71,9% інвалідів з вказаною патологією. Частка осіб, яким були розроблені рекомендації з працевлаштування, серед інвалідів 2 групи з ХОЗЛ склало 79,5%, 3 групи – 70,8%. Більшість рекомендацій (92,4%) стосувалась працевлаштування інвалідів внаслідок ХОЗЛ в звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці, 7,6% – у спеціально створених умовах праці на виробництві. При БА рекомендації з працевлаштування були визначені 326 чол., або 51,5% інвалідів з БА; серед інвалідів 2 та 3 груп відповідно 44,3% і 54,1%. В звичайних умовах виробництва рекомендовано працевлаштування 90,5% інвалідам внаслідок БА, у спеціально створених умовах праці на виробництві – 9,5%.

Рекомендації з профнавчання були надані 8,3% осіб з ХОЗЛ (серед них в спеціальних навчальних закладах – інтернатах системи Міністерства праці та соціальної політики України – 46,8%, у вищих навчальних закладах I-II рівнів акредитації МОН України - 18,8%, у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації – 34,4%). Дещо більшою виявилась частка осіб з визначеними рекомендаціями щодо профнавчання в контингенті інвалідів внаслідок БА – 9,6%. Серед них профнавчання в умовах виробництва рекомендовано 13,1% чол., в спеціалізованих навчальних закладах – інтернатах – 39,4% чол., у вищих навчальних закладах I-II рівнів акредитації – 9,8%, III-IV рівнів – 37,7%.

На обліку у МСЕК перебуває 38 інвалідів внаслідок ХОЗЛ (9,9% всіх інвалідів з ХОЗЛ) і 67 інвалідів внаслідок БА (10,6%), які потребують професійної реабілітації. В той же час всього 16 осіб з ХОЗЛ та 46 осіб з БА пройшли професійну реабілітацію та були працевлаштовані.

Перевірено працевлаштування 107 інвалідів внаслідок ХОЗЛ, серед яких виявилось 24 чол. (22,4%), працевлаштованих нераціонально. При БА перевірено працевлаштування 67 осіб, що склало 10,6% всіх інвалідів з даною патологією.

Досить великою виявилась питома вага інвалідів, які бажають працювати: при ХОЗЛ – 52,9%, при БА – 32,1%. Раціональне працевлаштування цих інвалідів могло б сприяти їх реабілітації і зменшенню витрат держави на їх утримання.

Рекомендації з соціальної реабілітації в Житомирській області були визначені не всім інвалідам, а лише 34,4% осіб з ХОЗЛ і 22,6% осіб з БА.

Санаторно-курортне лікування рекомендовано переважно інвалідам внаслідок ХОЗЛ: 98,7% проти 59,9%.

Індивідуальну програму реабілітації розроблено для всіх інвалідів, проте виконується вона не завжди або ж в неповному обсязі. Серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ ІПР була виконана лише в 83,8% випадків, внаслідок БА – в 94,5%. Крім того, для контингенту інвалідів з ХОЗЛ характерною є невелика частка осіб, у яких ІПР виконана повністю – 17,2% (при БА – 46,7%).

Результати переогляду інвалідів працездатного віку внаслідок ХОЗЛ та БА у Хмельницькій області за останній рік спостереження свідчать про те, що із загальної кількості переоглянутих інвалідів з ХОЗЛ та БА (1443 чол.) не визнано інвалідами лише 8 чол., що склало 0,6%, в т.ч. серед осіб з ХОЗЛ – 0,9%, з БА – 0,3%. Такі показники повної реабілітації є найменшими серед обстежених областей. Показники часткової реабілітації теж невеликі: при ХОЗЛ лише 2,9%, при БА – 3,4%.

Вивчено питання розробки рекомендацій з медичної, професійної та соціальної реабілітації інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА у Хмельницькій області. Проаналізовано медико-експертну документацію 1557 чол., в т.ч. 122 чол., визнаних інвалідами вперше (50 осіб із ХОЗЛ і 72 з БА) та 1435

чол., визнаних інвалідами повторно (527 чол. з ХОЗЛ і 908 чол. з БА) за 2011 р.

В контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ рекомендації з медичної реабілітації (відновна терапія) були визначені лише 85,4% осіб, в контингенті інвалідів внаслідок БА – 88,4%. Рекомендації з працевлаштування надані відповідно в 65,0% та 68,4% випадків; переважна більшість їх стосувалась працевлаштування у звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці (97,6% та 93,9%). Спеціально створених умов праці на виробництві інваліди не потребували. Рекомендації щодо працевлаштування в домашніх умовах склали 2,4% при ХОЗЛ і 6,1% при БА.

Рекомендації з профнавчання в Хмельницькій області визначені незначній частці інвалідів: 4,9% осіб з ХОЗЛ та 2,7% осіб з БА.

Враховуючи значну питому вагу осіб молодого віку в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА, можна стверджувати, що профнавчанню інвалідів з бронхолегеневою патологією не надається достатньої уваги. Водночас виявлено значну кількість інвалідів працездатного віку з ХОЗЛ та БА, які перебувають на обліку у МСЕК та потребують професійної реабілітації. Питома вага таких інвалідів при ХОЗЛ склала 71,8%, при БА – 64,8%. Однак відсоток інвалідів, які пройшли професійну реабілітацію та були працевлаштовані, в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ дорівнював лише 0,5%, внаслідок БА – 0,3%.

Частка осіб, які бажають працювати, невелика, і серед інвалідів з ХОЗЛ склала 15,9%, серед інвалідів з БА – 8,3%. Перевірено працевлаштування лише 7 інвалідів внаслідок ХОЗЛ (серед яких виявлено 1 інваліда, працевлаштованою нераціонально) та 4 інвалідів внаслідок БА.

Рекомендації з соціальної реабілітації, які в основному стосуються направлення в територіальні центри соціального обслуговування, отримала незначна частка осіб: 2,4% серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ і 1,6% серед інвалідів внаслідок БА. Практично не визначались

рекомендації щодо забезпечення інвалідів допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації. Санаторно-курортне лікування було рекомендовано 73,7% інвалідів з ХОЗЛ і 36,5% інвалідів з БА.

Індивідуальну програму реабілітації в 2011 р. в Хмельницькій області було розроблено для 93,5% інвалідів внаслідок ХОЗЛ і 95,4% інвалідів внаслідок БА. Проте виконана вона була лише в поодиноких випадках. Так, частка осіб з виконаною ІПР серед повторно визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ склала 1,7% і в тому числі з повністю виконаною ІПР – 0,9%), внаслідок БА – 1,4% (повністю 0,3%).

Середні по областях показники повної реабілітації низькі: складають 6,8% в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ і 2,4% в контингенті інвалідів внаслідок БА, що є недостатнім. Середні показники часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА склали відповідно 4,5% та 11,6%.

Вищевказане свідчить про необхідність оптимізації діяльності МСЕК щодо розробки та проведення заходів медико-соціальної реабілітації інвалідів з патологією органів дихання. В середньому по областях рекомендації з медичної реабілітації розроблені в 92,7% випадків при ХОЗЛ і 94,2% випадків при БА. Заходи з професійної реабілітації розроблено для 68,5% інвалідів працездатного віку з ХОЗЛ і 60,0% інвалідів з БА. Рекомендації з соціальної реабілітації стосувались лише 18,4% інвалідів внаслідок ХОЗЛ і 12,1% інвалідів внаслідок БА. ІПР виконується не завжди і не в повному обсязі: в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ вона була виконана в 42,8% випадків, в контингенті інвалідів внаслідок БА – в 48,0%. Вищевказане свідчить про необхідність впровадження в практику науково-обґрунтованих рекомендацій з медико-соціальної експертизи та реабілітації даного контингенту інвалідів.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, ми звернули увагу на наступне:

1. Середні рівні первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і БА у осіб працездатного віку складають відповідно 0,91 та 0,89 на 10000

населення працездатного віку. Показники первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ коливаються від 0,37 до 1,30 випадків в різних регіонах; внаслідок БА – від 0,50 до 1,09. Такі значні розбіжності свідчать про незадовільний стан системи допомоги пульмонологічним хворим в регіонах з високими рівнями інвалідності та про відсутність єдиних підходів до оцінки ступеню обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності цих осіб.

2. Значне зниження рівнів первинної інвалідності внаслідок БА, виявлене в динаміці в контингенті працездатного населення Вінницької області, може бути пов'язане з більш ефективним астма-контролем над перебігом БА, своєчасною діагностикою і підвищенням ефективності лікування хворих.

3. В структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ серед осіб працездатного віку по групах інваліди I групи складають 0,9%, II групи – 14,0%, III групи – 85,1%; внаслідок БА – відповідно 0,5%, 15,3% та 84,2%, тобто важкість інвалідності приблизно однакова, що суперечить даним наукової літератури.

4. Структура відрізняється за гендерною ознакою. В структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ виявлено перевагу чоловіків (66,7% проти 32,3%), внаслідок БА – жінок (53,5% проти 46,5%). Водночас зафіксовано значні відмінності структури інвалідності за статтю на різних територіях, особливо при ХОЗЛ, де частка чоловіків коливається від 55,5% до 83,7%.

5. Встановлено досить велику питому вагу інвалідів молодого віку (в середньому 45,4% при ХОЗЛ і 62,6% при БА) та значні коливання її в межах різних областей: від 15,2% до 57,1% в структурі первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ і від 56,3% до 73,6% в структурі первинної інвалідності внаслідок БА.

6. Одна із основних причин інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку - це загальне захворювання, що складає в

середньому 85,5% всіх випадків при ХОЗЛ і 75,6% при БА; інвалідність дитинства займає 2 місце: відповідно 3,9% та 17,5%. Незначний відсоток складають інваліди ЧАЕС та інваліди армії, МВС, СБУ тощо. Практично не впливають на інвалідність професійні захворювання.

7. Виявлено вкрай низькі показники реабілітації інвалідів працездатного віку із ХОЗЛ та БА. Середній показник повної реабілітації дорівнював 6,8%, коливаючись від 0,9% до 7,0% на різних територіях в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ і 2,4% (від 0,3% до 3,7%) - в контингенті інвалідів внаслідок БА. Середній показник часткової реабілітації серед інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА склав відповідно 4,5% та 11,6%.

8. Вивчення аспектів працевлаштування інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА свідчить про відсутність уваги до питання професійної реабілітації даного контингенту. Робочим місцем забезпечено лише кожного п'ятого інваліда внаслідок ХОЗЛ і кожного третього внаслідок БА, що, враховуючи їх працездатний вік та переважно інвалідність 3 групи, є недостатнім.

9. Основним інструментом реалізації заходів з медико-соціальної реабілітації інвалідів є ІПР, яка складається для всіх інвалідів і формується спільно ЛПЗ і МСЕК. Згідно аналізу індивідуальної програми реабілітації розробка заходів медичної, професійної і соціальної реабілітації проводиться недостатньо. Програму медичної реабілітації при ХОЗЛ запропоновано в 92,7% випадків, програму професійної реабілітації – 68,5%, заходи з соціальної реабілітації – 18,4%; при БА – відповідно 94,2%, 60,0% і 12,1%. Виконується ІПР лише у 42,8% випадків при ХОЗЛ і 48,0% – при БА.

10. Аналіз стану інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА з осіб працездатного віку вказує на відсутність сучасних науково-обґрунтованих підходів до діагностики цих хвороб, до реабілітації і медико-соціальної експертизи осіб з бронхолегеневою патологією.

МЕДИЧНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРОГРАМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ

За визначенням експертів ВООЗ, реабілітація – це комбіноване і координоване застосування медичних, соціальних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки і перепідготовки (перекваліфікації) індивідууму на оптимум працездатності. Засобами досягнення соціальної мети реабілітації є комплекс заходів, що усувають причини обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності людини. До них належить реабілітація медична як система медичних дій, направлених на відновлення функціональної дієздатності. Відмінності між медичною реабілітацією і лікуванням полягають в тому, що лікування більше пов'язується з гострою фазою патологічного процесу, а реабілітація – з фазами реконвалесценції і ремісії. Крім того, реабілітація має переважно функціональну спрямованість і використовує в основному немедикаментозні і нехірургічні методи, тоді як лікування має за мету проведення корекції анатомічної структури.

Метою реабілітації пульмонологічних хворих є обмеження важкості легеневої патології (особливо ХОЗЛ і БА), а також її наслідків з урахуванням нозологічної форми, синдромно-патогенетичної характеристики, оцінки функціональних можливостей, загального стану і реактивності.

На думку Американського торакального товариства, реабілітація при ХОЗЛ та БА має 3 основних цілі: зменшити обмеження повітряного потоку, запобігти і лікувати ускладнення, такі як гіпоксемія і інфекція, зменшити респіраторні симптоми і покращити якість життя [12].

Компонентами реабілітації пульмонологічних хворих є: деталізація діагнозу легеневої патології, оптимальне лікування, фізичне тренування, психотерапія, навчання хворого. Цими засобами здійснюється спроба досягнення пацієнтом найбільш високого функціонального рівня.

Узагальнюючи погляди різних авторів та власний досвід, ми можемо вважати метою реабілітації хворого з бронхолегеневою патологією відновлення його соціальної дієздатності. Медична реабілітація як засіб досягнення цієї мети вирішує наступні завдання:

1. зменшення запального процесу в бронхах і досягнення клінічної ремісії;
2. стабілізація і пролонгування ремісії;
3. попередження рецидивів хвороби;
4. обмеження бронхіальної обструкції;
5. покращення якості життя хворих;
6. збільшення тривалості життя.

Вибір аспектів (методів, компонентів) медичної реабілітації визначається не стільки нозологічною формою, скільки синдромно-патогенетичним і клініко-функціональним підходами.

Засоби медичної реабілітації характеризуються її аспектами:

- медичним, що охоплює методи лікування як медикаментозного, так і фізичного та інших немедикаментозних методів;
- фізичним – способами фізичного тренування і коригуючої кінезотерапії (лікувальної фізкультури), а також масажу, мануальної терапії;
- психологічним, що охоплює сукупність методів психотерапії та освіти хворих.

Комплексна оцінка стану кожного хворого має бути основою раціонального вибору і здійснення координованої програми медичної реабілітації, котра будується на основі синдромно-патогенетичної характеристики, оцінки функціональних можливостей, загального стану і реактивності. Медична реабілітація як відновне лікування характеризується патогенетичною спрямованістю з метою забезпечення функціонального відновлення. Вона повинна раціонально поєднувати місцевий коригуючий вплив із загальним оздоровленням хворого.

Включення в комплексне лікування хворих на БА і ХОЗЛ акустичного

вібромасажу або нормобаричної гіпокситерапії, як довели наші дослідження [3], впливає на покращення показників ФЗД і зменшення проявів бронхообструктивного синдрому, стимулює адаптивно-захисні механізми із розвитком сприятливих типів адаптивних неспецифічних реакцій, завдяки чому зменшується кількість загострень хвороби, доза інгаляційних ГКС. Все це сприяє статистично значимому покращенню показників якості життя, що знаходить своє відображення в підвищенні фізичного, психічного і загального статусу.

Спостереження в клініці інституту показали, що важливе місце в комплексі реабілітаційних заходів хворих ХОЗЛ та БА належить кінезотерапії – лікувальній фізкультурі. Вона застосовується як для загального тренування хворого – підвищення його рухової активності – так і для корекції порушень вентиляції. Корекція обструктивних порушень досягається дихальними вправами з опором диханню на видиху. Для цього використовується звукова гімнастика, що підвищує внутрішньобронхіальний тиск. Для корекції рестриктивних порушень, які супроводжують емфізему легень, застосовується інспіраторний тренінг (опір на вдиху) з метою тренування дихальних м'язів, статичні і динамічні дихальні вправи на забезпечення «повного» дихання. Велику увагу слід надавати навчанню хворого діафрагмального дихання.

Зменшення або зняття спазму гладенької мускулатури бронхів досягається вправами на розслаблення м'язів плечового поясу – маховими вправами для рук, струшування ними з нахилом тулуба вперед і в боки. Подовжений повноцінний видих супроводжується вимовою звуків «ж», «ш», що також розслаблює тонус бронхів. Важливе значення має відновлення носового дихання, що зменшує витрати енергії на роботу дихальної системи. Цьому ж сприяє збільшення рухливості грудної клітки, тренування дихальної мускулатури, корекція постави, мобільності хребта. Носове дихання кондиціонує повітря, що вдихається, нормалізує тонус мускулатури бронхів, збільшує рухливість грудної клітини. ДГ здійснюється в повільному темпі, з ритмічним диханням, усуненням

занадто форсованого дихання.

Під час нападу БА збільшений опір повітряному потоку (особливо на видиху) викликає затримку повітря в легенях і збільшення функціональної залишкової ємності. Відбувається сплющення діафрагми, яке супроводжується збільшенням роботи органів дихання, оскільки м'язові волокна сплющеної діафрагми функціонують не в оптимальному режимі (виникає верхньогрудний тип дихання).

В зв'язку з цим необхідно в заняття ЛГ включати тренування діафрагмального дихання для поліпшення діяльності серця, зниження артеріального тиску, стимуляції травлення, регулювання діяльності органів черевної порожнини [7].

При БА рефлекторний механізм кашлю знижений. Тому необхідно використовувати дренажні вправи, котрі забезпечують повноцінний дренаж бронхів, очищення слизової оболонки дихальних шляхів від патологічного ексудату, зміцнення дихальної мускулатури (перш за все м'язів, що здійснюють видих).

Курс ЛФК має різну тривалість і включає підготовчий і тренувальний період.

Підготовчий період зазвичай триває 2-3 дні. В його завдання входить:

- дослідження стану хворого і його функціональних можливостей;
- вивчення хворим спеціальних вправ для відновлення механізму правильного дихання.

Методика занять ЛФК будується індивідуально, залежно від стану кардіореспіраторної системи хворого, віку, ступеню важкості захворювання, рівня фізичної підготовки тощо.

Заняття розпочинають і закінчують легким масажем або самомасажем обличчя, плечового поясу і грудної клітини. Використовують дихальні вправи з подовженим видихом, вправи з вимовлянням різних звуків, вправи на розслаблення верхнього плечового поясу і грудної клітини. Тривалість заняття – 5-10 хв (залежно від стану хворого). Темп виконання вправ – повільний; кількість повторів кожної

вправи – 3-5 разів.

Тренувальний період триває 2 тижні. Завдання тренувального періоду:

- нормалізувати тонус ЦНС (ліквідація застійного патологічного вогнища), знизити загальну напруженість;
- зменшити спазм бронхів і бронхіол, поліпшити вентиляцію легень;
- відновити механізм повного дихання з переважним тренуванням видиху;
- зміцнити м'язи, які беруть участь в акті дихання, а також збільшити рухливість діафрагми та грудної клітини;
- навчити хворого самовільному розслабленню м'язів та основ аутогенного тренування;
- навчити хворого управлінню своїм диханням під час нападу.

При ХОЗЛ за умови наявності вираженої емфіземи легень до дихальної недостатності приєднується серцево-судинна недостатність, оскільки внаслідок гіпоксемії порушується трофіка тканин організму (зокрема, міокарду) і відбувається ослаблення функції серця. Порушення функції зовнішнього дихання знижує роль дихального апарату як екстракардіального фактору кровообігу.

Систематичне застосування фізичних вправ в початковому періоді захворювання може забезпечити збереження достатньої еластичності і рухливості грудної клітини. В подальшому, при збільшенні легеневої, а потім і серцево-судинної недостатності, заняття ЛФК будуть сприяти формуванню компенсацій, які забезпечують покращення вентиляції легень і підвищення газообміну в них.

Завдання ЛФК:

- збереження еластичності легеневої тканини;
- збільшення рухливості грудної клітини і хребта;
- тренування діафрагмального дихання;
- зміцнення дихальних м'язів – в першу чергу тих, що беруть участь у видиху;

- поліпшення функції апарату кровообігу і організму в цілому.

ЛФК застосовується за відсутності погіршення стану здоров'я або вираженої серцево-судинної недостатності. На заняттях використовуються вправи малої та помірної інтенсивності. Вправи швидкісного і швидкісно-силового характеру застосовуються обмежено – з участю лише дрібних м'язових груп. Застосовуються дихальні вправи статичного і динамічного типу з подовженим видихом. У хворих похилого віку необхідно рівномірно розвивати як вдих, так і видих.

Велика увага надається тренуванню діафрагмального дихання і вправам на збільшення рухливості грудної клітини та хребта: крім поліпшення функції зовнішнього дихання, вони полегшують роботу серця. Такими вправами є нахили тулуба вперед і в боки в поєднанні з вільним диханням.

В тих випадках, коли у хворого зростає дихальна недостатність, яка супроводжується серцево-судинною недостатністю, заняття проводяться в постільному режимі з мінімальним фізичним навантаженням.

При поліпшенні стану хворому рекомендується дозована ходьба: спочатку 50-100 м в повільному темпі, в поєднанні з подовженим видихом; поступово дистанцію можна збільшити до 200-300 м.

Важливим компонентом дихальної реабілітації ми вважаємо постійний контроль і оцінку її ефективності за допомогою пневмотахометрії і спірометрії.

Загальнотренуюча кінезотерапія ґрунтується на застосуванні загальнорозвиваючих вправ, що поступово збільшуються та постійно контролюються. Для її диференційованого та індивідуалізованого дозування використовується інформація про переносимість фізичних навантажень і той максимальний рівень, при якому навантаження ще не зв'язане з ризиком ускладнення захворювання або появи патологічної реакції. Потреба в такій інформації виникає при визначенні фізичного стану організму, призначенні адекватного можливостям організму режиму рухової активності в системі медичної реабілітації, а також професійної

реабілітації.

Комп'ютерна велоергометрія, що застосовується в клініці інституту, значно доповнює загальноклінічне обстеження. Серед показників, які визначаються при велоергометрії, велике значення мають дані про загальну фізичну працездатність PWC₁₇₀ і максимальне споживання кисню.

Величина максимального споживання кисню залежить від об'єму легеневої вентиляції, дихальної поверхні легень, кисневої ємності крові, об'ємної швидкості кровотоку, регіонального кровопостачання легень і працюючих м'язів, активності окислювальних ферментів, ступеню оксигенації крові в малому колі кровообігу.

Тест PWC₁₇₀ корелює з величиною максимального споживання кисню. У хворих ХОЗЛ та БА на максимальне споживання кисню суттєво впливає клінічний стан, тому отриманий показник максимального споживання кисню ми порівнюємо з належною величиною. Оскільки величина споживання кисню пропорційна масі тіла, для визначення аеробних можливостей розраховуємо також відносний показник – максимальне споживання кисню на 1 кг маси тіла.

Залежно від величини відсотка належного споживання кисню на 1 кг маси тіла у кожного пацієнта під час проведення ВЕМ ми визначаємо рівень фізичного здоров'я. Низький рівень фізичного здоров'я відповідає 50-60% НМСК, нижче середнього – 61-74%; середній – 75-90%; вище середнього – 91-100%. У переважної більшості хворих ХОЗЛ та БА, які обстежувались в інституті, було встановлено низький та нижче середнього рівні фізичного здоров'я.

Величина виконаного навантаження 25 Вт (150 кгм/хв.) і 50 Вт (300 кгм/хв) відповідає IV групі фізичного стану; 100 Вт (600 кгм/хв) – III групі, 150 Вт (900 кгм/хв) – II групі, 200 Вт (1200 кгм/хв.) – I групі. Серед хворих ХОЗЛ та БА найчастіше визначалась III і IV група фізичного стану.

PWC₁₇₀ допомагає визначити рекомендації з допустимих енерговитрат хворого з бронхолегеневою патологією протягом дня:

при 900 кгм/хв.: у чоловіків не більше 18 кДж/хв., у жінок – 16 кДж/хв.; 600 кгм/хв.: у чоловіків не більше 13 кДж/хв., у жінок – 11 кДж/хв.; 150-300 кгм/хв.: не більше 9 кДж/хв.

Таким чином, для визначення рухових можливостей з метою призначення адекватного рухового режиму слід враховувати показники клінічного стану хворих ХОЗЛ та БА, толерантності до фізичного навантаження і фізичної працездатності.

Дуже великим є значення кінезитерапії при поєднаній кардіо-респіраторній патології, частим в умовах реабілітації поєднанні ХОЗЛ з ІХС. У таких хворих загальнотренуючий компонент ЛФК має бути направлений в основному на тренування міокарду, а коригуючий – на покращення вентиляції, що сприяє підвищенню загального реабілітаційного ефекту.

Ступінчатий підхід побудови тактики лікування хворих на БА детально висвітлено в наших попередніх рекомендаціях [3]. Запропоновано гнучку класифікаційну схему, яка передбачає ефективне лікування із застосуванням мінімуму медикаментозних засобів. З метою підвищення ефективності медикаментозної терапії та покращення клінічного перебігу захворювання, на поліклінічному та санаторному етапі реабілітації рекомендовано застосовувати немедикаментозні методи лікування: засоби симптоматичної підтримки (акустичний масаж легень, класичний масаж, небулайзерна терапія, флатер-терапія), а також методи, які впливають на основні ланки патогенезу захворювання та здатні вмикати саногенетичний потенціал цілісного організму (інтервальна нормобарична гіпокситерапії, галотерапія, в/в лазерне опромінення крові).

Враховуючи те, що ХОЗЛ близька за патогенезом до БА, а сучасна спірометрична класифікація ХОЗЛ має на увазі виділення 4 ступенів, вважаємо за можливе запропонувати ступінчатий принцип реабілітації і при ХОЗЛ.

GOLD 1 (легка бронхообструкція)

ОФВ₁≥80% від прогнозованого значення; толерантність до фізичного навантаження відповідає 75% належного максимального споживання кисню.

Реабілітація: фізіотерапія – процедури загальної або рефлекторної дії: електросон, гальванічний комірець з хлоридом кальцію, загальне УФО, загальний масаж, гідротерапія, ванни, душі, сауна; ЛФК – гігієнічна, загальнотренуюча, спорт, ігри, туризм, дихальні вправи з акцентом на діафрагмальне дихання, координацію дихання і кровообігу, зниження енергетичної вартості дихання; курорти – організований відпочинок в зеленій зоні, центральні і місцеві санаторії, кліматотерапія в повному обсязі, спелеотерапія, грязелікування.

GOLD 2 (помірна)

50%≤ОФВ₁<80% від прогнозованого значення; толерантність до фізичного навантаження відповідає 50-74% належного максимального споживання кисню.

Реабілітація: фізіотерапія – процедури загальної або рефлекторної дії, протизапальні – УВЧ, СВЧ, індуктотермія – місцево, на наднирники, УФО місцево, озокерит, лазер, магнітотерапія, інгаляції муколітиків, аероіонів, галотерапія; ЛФК – гігієнічна, загальнотренуюча, корекція обструкції, полегшені спортивні ігри, ближній туризм, дихальні вправи з акцентом на діафрагмальне дихання, координацією дихання і кровообігу, зниження енергетичної вартості дихання; курорти – центральні (південні), місцеві, кліматотерапія, бальнеотерапія.

GOLD 3 (тяжка)

30%≤ОФВ₁<50% від прогнозованого значення, толерантність до фізичного навантаження відповідає 25-49% належного максимального споживання кисню.

Реабілітація: фізіотерапія – місцеві процедури протизапальної дії, електростимуляція діафрагми, ГРТ, інгаляційна аерозоль-, аероіоно-, фітотерапія, респіраторна фізіотерапія; ЛФК – дихальні вправи на корекцію рестрикції, діафрагмальне дихання, дренажні вправи; курорти –

місцеві санаторії, щадна кліматотерапія.

GOLD 4 (вкрай тяжка)

ОФВ1<30% від прогнозованого значення. Навантажувальні проби неможливі.

Реабілітація: фізіотерапія – допускається в лікуванні супутньої патології, респіраторна фізіотерапія; ЛФК – дихальні ненавантажувальні вправи; курорти – протипоказані.

Реабілітаційні програми при ХОЗЛ направлені на зменшення симптомів, зменшення втрати маси тіла, м'язової слабкості, депресії та соціальної ізоляції тяжких хворих, покращення фізичних та емоційних можливостей у щоденному житті, і, як наслідок, покращення якості життя хворих. Важливе місце має надаватись підтриманню нормальної маси тіла, дієті з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів, що є важливим для скорочувальної здатності і зменшення втомлюваності дихальної та скелетної мускулатури.

Реабілітаційні програми повинні бути довготривалими, включати фізичний тренінг, консультації щодо харчування, навчання та підтримку хворих.

В ході медичної реабілітації важливе місце належить клініко-функціональній діагностиці. Вона має певні особливості, що відповідають завданням реабілітації:

- деталізація нозологічного діагнозу з його максимальною індивідуалізацією (розповсюдженість і локалізація процесу, активність запалення, ступінь гіперактивності бронхів, вираженість емфіземи, стан функції зовнішнього дихання і бронхіальної прохідності, ступінь тяжкості легеневої недостатності, стадія недостатності кровообігу);

- оцінка загального стану хворого, наявності і характеру супутніх захворювань, стан центральної і вегетативної нервових систем, імунної реактивності, ендокринної сфери;

- оцінка наявності і ступеню ремісії;

- оцінка метеолабільності, алергізації, адаптації;
- оцінка рухових можливостей хворого;
- об'єктивна оцінка динаміки перебігу хвороби, етапної і сумарної ефективності лікування.

Аналіз виписок з історій хвороб пацієнтів з 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 хворих у 8,3% випадків було невірно встановлено діагноз, а в 31,3% випадків – ступінь легеневої недостатності або недостатності кровообігу.

Наведемо приклади.

1. Хворий П., 56 років, водій. Діагноз лікувального закладу: ХОЗЛ II ступінь ЛН II ст. ВН I ст. ЕЛ II ХЛС СНІ. За час нагляду в інституті виявлено клінічно та спірографічно зворотню обструкцію: після проби з вентоліном (300 мкг) ОФВ₁ склав 90% (приріст ОФВ₁-60%), тобто проба різко позитивна. Встановлено діагноз: БА персистуюча III ступінь середньої важкості частково контрольована. ЕЛ II ст. ЛН II ст. ВН II ГХII I ст., ризик II, ІХС СН-I зі збереженою систолічною функцією ФКII. Хворому рекомендовано обстеження у алерголога, дослідження IgE.
2. Хворий П., 55 років, механізатор, протягом останнього року визнавався інвалідом 3 групи від загального захворювання (ХОЗЛ, БА, ЛН-I ст.). В 2013 р. обл. МСЕК рішення не винесла. Діагноз клініки: БА персистуюча, III ступінь середньої важкості частково контрольована. ЛН II ст. ВН II ст. НК I ст. Легенева гіпертензія I-II ст. ДЕ I-II ст. Експертний висновок: враховуючи патологію бронхо-легеневої 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 групи інвалідності від загального захворювання.

3. Хворий Г., 26 років, технік. Направлений в інститут на консультацію Чернівецькою обл. МСЕК з діагнозом: БА середньої важкості, ХОЗЛ I-II ст., ЛН I-II ст. Обстеження бронхо-легеневої системи в клініці інституту встановило, що після проби з вентоліном ОФВ₁ збільшився до 86% (з 32,3%); ПШВ склав 100%, сатурація O₂ – 100%, тобто діагноз ХОЗЛ не підтвердився. Експертний висновок: даних за встановлення групи інвалідності немає; хворий потребує лікування за місцем проживання.
4. Хворий П., 54 роки, поступив в інститут на обстеження і лікування з діагнозом: БА, ЛН II. Після комплексного клініко-функціонального обстеження (ЕКГ – знижений вольтаж; ЕхоКГ – розширення порожнини лівого передсердя і правого шлуночка, гіпертрофія міокарду лівого і правого шлуночка, діастолічна дисфункція зі зниженням скоротливої здатності міокарду; спірографія – ОФВ₁ – 1,81 – 48,2%, ІТ-67,6, МОС₂₅-32,1, МОС₅₀-30,1, МОС₇₅-38,3. ФЖЕЛ – 53,7%; проба з сальбутамолом негативна; сатурація O₂ – 78%, РПГ – 45,2 та ін.) в клініці інституту встановлено діагноз: «ХОЗЛ III ст. важкий перебіг з загостреннями середньої частоти ЛН II ст. ВН II ст. Легенева гіпертензія I ст. 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 бронхо-легеневої системи лікарі лікувально-профілактичних закладів використовують замість терміну «легенева недостатність» термін «дихальна недостатність», який є широким

поняттям і включає в себе характеристику порушень вентиляції, газообміну, транспорту кисню, тканинного дихання.

Можна виділити 3 рівні досліджень хворих на ХОЗЛ:

I рівень – звичайний об'єм дослідження, яке включає спірометрію із аналізом кривої «потік-об'єм» форсованого видиху (визначення $ОФВ_1$, життєвої ємності легень (ЖЕЛ, ФЖЕЛ). В пробах з бронхолітиками (B_2 -агоніст, холінолітик) визначається зворотність бронхообструкції. Проводиться також рентгенографія органів грудної клітини з метою виключення інших причин бронхообструкції. У важких хворих вимірюється газовий склад крові.

II рівень застосовується у зв'язку із утрудненням в діагностиці типу обструкції (астма, ХОЗЛ): моніторинг пікової об'ємної швидкості видиху (пikфлюометрія) та $ОФВ_1$ (спірометрія). Досліджується бронхіальний опір, загальна ємність легень та легеневі об'єми (бодіплетизмографія), що складають її структуру. Вимірюється також гемоглобін та гематокрит, проводиться ЕКГ, ЕхоКГ, тобто дослідження, що дозволяють виявити порушення серцево-судинної системи внаслідок ускладнення ХОЗЛ.

III рівень спрямований на правильну оцінку та корегування порушення, яке було виявлено: рекомендується вимірювання оксигенації артеріальної крові у хворих, у яких $ОФВ_1 < 50\%$ від належних величин; полісомнографія для виявлення обструктивного сонного апное; дослідження функції дихальних м'язів для визначення ступеню їх втомлення; тести з навантаженням, особливо у випадку диспропорційної недостатності дихання. У молодих людей, які страждають на ХОЗЛ, визначається рівень α -1 – антитрипсину. У разі тяжкої спадкової недостатності α -1 – антитрипажу та верифікованої емфіземи легень у пацієнтів молодого віку слід застосовувати α -1 – антитрипсин замінюючу терапію.

Результати проведеного дослідження показали недостатню поінформованість лікарів про діагностичну цінність і покази до застосування цих достатньо доступних і високоінформативних методів

оцінки функції зовнішнього дихання, а також невміння інтерпретувати отримані результати спірометрії.

В більшості випадків діагноз ХОЗЛ встановлювався вже на пізніх стадіях захворювання, коли не тільки в нижніх дихальних шляхах, але і в усьому організмі вже відбулись незворотні зміни. На цьому етапі сповільнити прогресування ХОЗЛ, і, отже, подовжити життя пацієнта складно, а інколи і неможливо. В 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 з хворобами органів дихання не було комплексним, що не дозволило в деяких випадках виявити супутню патологію та відкорегувати реабілітаційні заходи.

Це стосується не лише хворих ХОЗЛ, але й БА.

Приклад.

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

Наше дослідження виявило, що у всіх пацієнтів, що страждають ХОЗЛ, було як мінімум одне супутнє захворювання, а частіше 3-4.

Найчастіше зустрічалась ІХС або ГХ, що супроводжувались 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 з ХОЗЛ. Майже у половини обстежених виявлено розповсюджений остеохондроз хребта, а у третини – захворювання шлунково-кишкового тракту. В 27,3% випадків супутньою патологією був ЦД II типу. В такої ж кількості хворих було діагностовано варикозне розширення вен нижніх кінцівок. У 14,9% виявлено порушення психо-емоційної сфери.

В комплексну оцінку стану пацієнта обов'язково необхідно включати наявність у нього супутніх захворювань та системних проявів ХОЗЛ, а також враховувати їх при виборі тактики реабілітації.

Крім функціональних досліджень, в диференційній діагностиці ХОЗЛ та БА слід брати до уваги те, що на відміну від ХОЗЛ для БА характерні початок захворювання в ранньому віці, часто в дитинстві, супутні алергічні захворювання верхніх дихальних шляхів, шкіри; сімейний анамнез астми, спонтанна лабільність клінічних симптомів і бронхіальної прохідності, що виражається у значній добовій варіабельності $ОФВ_1$ та ПОШвид.

І хоча вибір аспектів (методів, комплексів) медичної реабілітації визначається не стільки нозологічною належністю, скільки синдромно-патогенетичним і клініко-функціональними підходами, необхідно пам'ятати, що добра зворотність бронхообструкції у відповідь на β_2 -агоністи, а також виражений ефект довготривалої протизапальної терапії глюкокортикостероїдами характерні для БА, у той час як відповідь на ці лікарські засоби при ХОЗЛ менш виражена.

Терапія ХОЗЛ має бути базисною, основою на тривалому і регулярному застосуванні бронхолітиків тривалої дії та інгаляційних кортикостероїдів. Тільки при такій умові 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 важкості рецидивуючий перебіг з 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 з 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 з тяжким ХОЗЛ, як довготривала оксигенотерапія. Те ж саме 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, сукупних захворювань.

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

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

Слід мати на увазі, що більшість загострень ХОЗЛ викликаються інфекційними агентами, збільшенням забрудненості оточуючого середовища, некоректним проведенням базисної терапії, оксигенотерапії. При важкому загостренні ХОЗЛ зменшуються параметри як видиху, так і вдиху, погіршується газообмін. Збільшується робота дихальної мускулатури, споживання кисню, порушується модель дихання, розвивається слабкість дихальної мускулатури, погіршується порушення газообміну (гіпоксемія, гіперкапнія, респіраторний ацидоз), тобто розвивається легенева недостатність з високим ризиком смерті.

Два і більше загострень ХОЗЛ за останні 12 місяців асоціюються з високим ризиком несприятливих подій.

Однією з найважливіших цілей ведення ХОЗЛ є профілактика загострень, яка досягається:

1. припиненням куріння;
2. проведенням протигрипозної профілактики;
3. регулярним використанням інгаляційних глюкокортикоїдів у пацієнтів з тяжким ХОЗЛ та/або частими загостреннями захворювання;
4. запровадженням реабілітаційних програм;
5. навчанням пацієнтів щодо природи захворювання, дотримання терапії, своєчасного розпізнавання ранніх ознак та симптомів загострення;
6. концентрації зусиль до скорочення частоти загострень, повноти їх лікування.

Велику роль в ході медичної реабілітації має відігравати оцінка результатів цієї роботи, яка дає змогу визначити індивідуальну адекватність заходів, що застосовувались, адаптаційним можливостям хворого, і внести корективи в програму подальших дій. Не слід применшувати значення суб'єктивної самооцінки хворого: хоча вона і не підкріплюється об'єктивними показниками, проте є незамінною при оцінці якості життя – однієї з основних цілей реабілітації. В реабілітаційній практиці слід використовувати також оцінку результату реабілітації в порівнянні його з об'єктивними параметрами вихідного стану хворого. Але необхідно зазначити, що інформативність цього варіанту оцінки ефекту реабілітації у хворих бронхо-легеневою патологією знижується при відсутності об'єктивної динаміки показників функції зовнішнього дихання. Причиною цього може бути або близький до норми стан вихідних характеристик, що скорочує резерв їх можливих позитивних змін, або відсутність ефекту лікування в зв'язку з рефрактерністю процесу до нього. З метою оцінки ефективності застосованих

реабілітаційних заходів і моніторингу прогресування ХОЗЛ у кожного хворого має проводитись щорічна спірометрія. І якщо у здорових осіб щорічне зниження $ОФВ_1 < 30$ мл, то у хворих ХОЗЛ – 30-60 мл і більше.

З метою раннього виявлення і адекватної реабілітації хворих з бронхо-легеневою патологією необхідним є створення національних реєстрів хворих з важкими бронхообструктивними захворюваннями – ХОЗЛ і БА, що дозволить планувати витрати із державного бюджету на ведення таких пацієнтів, оцінити і підвищити якість надання їм медичної допомоги, раціонально розподіляти лікувально-діагностичні засоби, отримувати достовірні статистичні і аналітичні дані стосовно таких показників, як захворюваність, смертність, інвалідність, визначати фактори, що впливають на перебіг захворювання і його прогноз. Доцільним є створення в усіх обласних центрах України мережі діагностичних кабінетів, оснащених цифровими спірометрами. Медичний персонал кабінетів спірометрії має виконувати і освітницьку функцію (підвищення кваліфікації молодих спеціалістів, навчання пацієнтів). Лікарі-пульмонологи повинні надавати найважливішу інформацію про причини і особливості перебігу захворювання і необхідність модифікації способу життя і сучасних методах реабілітації.

Провідну роль у виявленні ХОЗЛ мають відігравати сімейні лікарі, оскільки саме до них звертаються пацієнти з симптомами ХОЗЛ. Проведення функціонального обстеження хворих з наявністю таких симптомів, як кашель і задишка, факторів ризику (куріння, наявність професійних шкідливих чинників) на амбулаторному етапі могло б сприяти більш ранній діагностиці ХОЗЛ і зниженню затрат на подальше лікування та реабілітацію.

Існуючі проблеми як з ранньою діагностикою, так і з реабілітацією ХОЗЛ, диктують необхідність широкого впровадження освітницьких програм для лікарів і хворих. Доцільним є проведення нетривалих занять безпосередньо на базі лікувальних закладів з основних питань ранньої діагностики і лікування ХОЗЛ. Важливим також є анонімне опитування до

і після занять, що дозволить отримати уявлення про реальний рівень знань лікарів з даної тематики. Також важливу роль в підвищенні кваліфікації лікарів відіграють спеціалізовані медичні друковані видання, участь у вітчизняних і міжнародних науково-практичних конференціях і конгресах, участь в роботі асоціацій спеціалістів.

Для поліпшення якості діагностики і реабілітації ХОЗЛ доцільним є проведення вибіркової перевірки історій хвороби пацієнтів з цим захворюванням з контролем обґрунтованості діагнозу. Необхідно звертати особливу увагу на те, чи була проведена спірометрія і бронходилатаційна проба – ключові методи діагностики ХОЗЛ, а для молодих людей, які страждають на ХОЗЛ, визначення рівня α -1 – антитрипсину. Не менш важливою є оцінка адекватності призначених реабілітаційних заходів з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта, супутніх захворювань.

Безсумнівне значення має навчання пацієнтів з ХОЗЛ, що дозволить підвищити їх прихильність до терапії та покращити прогноз. Необхідно, щоб лікар в доступній формі розповів хворому про причини ХОЗЛ, шкідливість куріння, симптоми захворювання (в тому числі системні прояви), ризик розвитку важких ускладнень, котрі можуть виникнути у випадку відсутності адекватної терапії, а також навчив правильній техніці інгаляції тощо.

Під час кожного візиту до лікаря має оцінюватись вплив шкідливих факторів, статус куріння; прогресування захворювання та розвиток ускладнень; оцінюватись ефективність призначеного раніше лікування, при потребі – переглядатись доза медикаментів, відзначатись небажані прояви терапії; анамнез загострень (оцінюватись частота, тяжкість, при можливості – визначатись причинний фактор); супутня патологія; перевіряти техніку володіння інгаляторами. Необхідно періодично проводити спірометричне дослідження: зазвичай раз на рік, та при суттєвому погіршенні симптомів або виникненні ускладнень.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З БРОНХО-ЛЕГЕНЕВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Немає таких хвороб, які б не містили психологічного компоненту. Не є винятком і бронхо-легеневі захворювання. Люди, схильні до навіювання, самі запускають механізм соматичного перебігу хвороби, особливо при БА. Вони не вміють урівноважувати дух і тіло. Хворобливий стан поступово виривається із підсвідомості у свідомість, згодом починається і сама хвороба. Потрібно перервати зацикленість на власних емоційних переживаннях – розірвати рефлекторну дугу. Психологічна модель корекції в багатьох випадках є могутнішою за коригування стану за допомогою ліків, і при цьому не втручається в ендокринну систему чи метаболізм людини.

На жаль, пацієнти з захворюваннями бронхо-легеневої системи часто стикаються із відстороненістю лікарів від їх душевних переживань. Лікування зазвичай відбувається чітко за протоколом і все менше часу приділяється бесіді з пацієнтами, що не дозволяє своєчасно виявити відхилення у психо-емоційній сфері, і, відповідно, їх коригувати.

Наведемо приклади спостереження в клініці інституту.

Хвора С., 51 рік, жителька Рівненської області. Хворіє з дитинства. Вперше претендує на групу інвалідності. Направлена в інститут на консультацію; обл. МСЕК рішення не винесла. Після ретельного, всебічного обстеження в клініці встановлено діагноз: бронхіальна астма персистуюча форма середньої важкості III ступінь, з загостреннями 3 рази на рік, частково контрольована. Емфізема легень II ст. ЛН I-II ст., ВН II ст. НК0. Побутова сенсibiliзація. Хронічний алергічний риніт. ХНМК I ст. Астенічний розлад з періодичними панічними атаками. Клімактеричний синдром, легкий перебіг. S-подібний сколіоз грудо-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 групи від загального захворювання. Хвора потребує медичної реабілітації (адекватна комбінована базисна терапія астми, обстеження та лікування в психо-неврологічному відділенні).

Хвора К., 38 років, Рівненська область. Хворіє БА протягом 20 років; 12 років визнавалась інвалідом 3 групи від загального захворювання. В 2013 р. направлена в інститут на консультацію без рішення. Діагноз клініки «БА III ст. середньої важкості персистуюча. ЕЛ II ст. Постпневмонічний пневмофіброз D₄, D₅ справа та S₄, S₅ зліва, перикардіальні шварти зліва ЛН II ст., ВН II. ХЛС субкомпенсоване, фіброз аортального та мітрального кільця з його недостатністю. Розповсюджений остеохондроз. Поліартралгія. Короткозорість обох очей сл. ст. Психовегетативний синдром, соматогенний, з частими цефалгіями» дозволив рекомендувати МСЕК пролонгувати хворій 3 групи інвалідності від загального захворювання. В експертному висновку також зазначено: «Скласти ІПР з медичної та професійної реабілітації».

Психологія в усьому світі останнім часом посідає одне з провідних місць у медичній практиці. З 2001 р. при Національному медичному університеті імені О.О.Богомольця відкрито медико-психологічний факультет, випускники якого володіють як медичними знаннями, так і психологічними. «Предмет» медичної психології – це переживання власних соматичних хворобливих станів, які змінюють психологічну інфраструктуру особистості. У внутрішньому світі з'являються такі переживання, які часто стають важчими за фізичні страждання. І коли у людини відроджують віру й надію, лікування йде набагато успішніше. Медичні психологи допомагають пацієнту зрозуміти, що йому під силу здолати недугу. Вони володіють індивідуальним підходом на основі структури дефекту хвороби, який дозволяє не тільки адекватно оцінювати психічний стан пацієнта, його хворобу, а й допомагати йому відшукати ресурси для одужання.

При бронхо-легеневих захворюваннях медичному психологу потрібно чітко визначити, на чому фокусується особистість людини, яка хворіє:

вона спрямована на одужання чи, навпаки, своїми переживаннями погіршує свій стан. У другому випадку медикаменти не зовсім ефективні – тут необхідна психологічна корекція стану особистості.

Це найбільш важливий момент: допомогти людині зрозуміти суть симптоматики хвороби.

На жаль, у нашому суспільстві багато людей користуються послугами «спеціалістів», які лікують за методиками, розробленими для здорових осіб, що робить психологічне лікування неефективним. Неможливо уніфікувати всі західні методики (за Фрейдом, Юнгом, Роджерсом) і втиснути їх у наше буття; має бути індивідуальний, адекватний підхід до кожного хворого із захворюванням бронхо-легеневої системи. Психологічні методики повинні визначити, наскільки людина тривожна, вразлива, чи готова приймати самостійні рішення й акумулювати вольові зусилля. Потрібно працювати із страхом смерті, дати людині соціально-психологічне плацебо, яке допоможе подолати недугу. Психолог повинен об'єднати захворювання й соматичне здоров'я, на якому воно відображається, і надати адекватне лікування; і тут багато залежить від типологічної характеристики особистості. І якщо медичний психолог має справу зі слабким типом нервової системи, то такі надзвичайно чутливі люди потребують відповідної допомоги і корекції.

Всі пацієнти потребують нормального, людяного ставлення. Потрібно навчати не впадати у відчай, спрямовувати всі свої зусилля і любов на хворого. Ми звикли співпереживати, а потрібно співрадіти; саме такі почуття дають необхідний фундамент для одужання.

Місце медичного психолога – у будь-якій клініці, де перебувають хворі. В ідеалі він має бути у кожному пульмонологічному відділенні. А в поліклініках – два-три спеціалісти (із них один – дитячий).

Незважаючи на багаторічну ефективну професійну діяльність лікарів-психологів, на сьогодні залишається низка негативних явищ у даній галузі. Багато головних лікарів та інших медичних чиновників або не повністю інформовані про професійні можливості лікаря-психолога в

наданні комплексної лікувально-профілактичної допомоги, або не мають можливості розширювати штат.

Важливою проблемою є існуюча нормативно-правова база, яка повинна регулювати права та обов'язки спеціаліста. Її недосконалість призводить до обмеження фахових прав і можливостей лікаря-психолога. Багато хто з медичних психологів, керуючись власним бажанням, закінчили курси європейського зразка з різних психотерапевтичних напрямків, але питання застосування цих знань та навиків у роботі недостатньо врегульоване, а інколи межує з «повним хаосом». Тобто фактично робота лікаря-психолога зводиться до первинної консультації, психодіагностики й інколи психологічного консультування та корекції. При цьому існує значна кількість осіб, які в своїй діяльності порушують Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, затверджений Наказом МОЗ України від 15 квітня 2008 року №199, та дієві механізми впливу на порушників – відсутні. Особливо небезпечним для пацієнта і дискредитуючим фах лікаря-психолога є використання цих методів особами без спеціальної вищої освіти, котрі мають «сертифікат психотерапевта», виданий окремими громадськими організаціями, або взагалі не мають навіть елементарної психологічно-психотерапевтичної підготовки.

Лікарська спільнота має знати, що в умовах сучасності, коли не лише бронхо-легеневі хвороби, а й кожне друге соматичне захворювання містить психосоматичну складову, а депресивне прийняття світу, стан психічного перенапруження і стресу мають 60,5% українців, слід активно створювати мультидисциплінарні команди, які дійсно зможуть забезпечити здоров'я нації.

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА ДОПОМОГА ТА ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Проведення дослідження встановило досить велику питому вагу інвалідів молодого віку (в середньому 45,4% при ХОЗЛ і 62,6% при БА). Одна із основних причин інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА у осіб працездатного віку, що займає 2 місце, це інвалідність дитинства, яка при БА складає 17,5%. 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 3 років визнавався інвалідом 3 групи з дитинства. В 2013 р. обл. МСЕК рішення не винесла, направила в інститут на консультацію. Діагноз клініки: бронхіальна астма персистуюча форма середньої важкості III ступінь рецидивуючий перебіг з загостреннями 4 рази на рік, частково контрольована. Емфізема легень II ст., ЛН I-II ст., ВН I-II ст. НКО. НЦД. Висновок: враховуючи наявну у хворого Б. патологію легеневої системи, характер її перебігу та соціально-професійну дезадаптацію на даний час, йому може бути пролонгована 3 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 персистуюча, середньої важкості III ступінь частково контрольована з загостреннями 2 рази на рік. ЛН I-II НК I. Висновок:

даних на встановлення групи інвалідності немає. Потребує лікування за місцем проживання.

Сучасні принципи надання первинної медичної допомоги, сформовані ВООЗ, передбачають врахування потреб сім'ї та суспільства, соціально-орієнтований і мультидисциплінарний підхід, підтверджують центральне положення пацієнта з акцентом на потреби найбільш уразливих соціальних груп, до яких належить і дитяче населення.

Завдання сьогодні полягає не лише в тому, щоб знайти адекватну модель первинної медичної допомоги, але й запровадити принципи роботи, які досі у нас не діяли. Зокрема, такою є концепція «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку». Вона включає комплексний підхід до охорони здоров'я дитини з метою скорочення кількості випадків смерті, хвороб та інвалідності, сприяючи росту і розвитку дітей у віці до 5 років. Згадана концепція вже введена у більш ніж 100 країнах світу і сьогодні тестується у 3 пілотних регіонах України. Завдання полягає в тому, щоб змінити класичний підхід, нічого при цьому не втративши.

Інтегрований підхід забезпечує комплексну оцінку психологічних і соціальних проблем дитини та сім'ї, навчання і залучення сім'ї до надання самопомоги при хронічних захворюваннях, в тому числі бронхо-легеневої системи, правильний алгоритм переадресування і направлення пацієнта. Головною відмінністю від звичайного для українських педіатрів підходу є синдромна, а не нозологічна оцінка ситуації.

Щодо первинної педіатричної допомоги у США, то там вона реалізується у рамках програми Good Care (Ефективне педіатричне втручання), яка передбачає правильний взаємозв'язок допомоги, що пропонується і приймається.

Основні дії спеціалістів первинної педіатричної допомоги у США – це оцінка стану здоров'я (10,6%) і допомога у межах респіраторних патологій верхніх і нижніх дихальних шляхів. При цьому лише у 30% випадків спілкування лікаря з пацієнтом завершуються рекомендаціями

лікарських засобів.

Ключовими «інгредієнтами» оновленої первинної педіатричної допомоги в Україні повинні бути орієнтація на локальні суспільні проблеми, пацієнт-орієнтований підхід, пріоритет попереджувальних заходів та здорового способу життя, робота в мультидисциплінарних командах, пріоритет інноваційного підходу в забезпеченні кількісних та якісних показників.

Враховуючи досвід країн, на які значною мірою орієнтується Україна при впровадженні нововведень у лікарську практику, можна говорити про важливість фокусування саме на бронхо-легеневих захворюваннях.

Хронічні захворювання бронхо-легеневої системи, схильні до прогресування і загострень, призводять до хроніфікації стресу і можуть призвести до суттєвих обмежень в усіх складових нормального існування людини. В свою чергу, ці обмеження можуть виявитись більш важливими для хворого, ніж самі симптоми захворювання. Тому дуже важливою для лікаря є необхідність визначити, яким чином хвороба впливає на людину, причому на всі аспекти її життя.

Традиційно дослідження цього впливу обмежувались психометричними процедурами з метою вивчення психо-соціальних аспектів медичних проблем. Досліджувались риси особистості і емоційні розлади з метою побудови психологічного заключення. При цьому залишалось невивченим питання впливу хвороби на інші аспекти життя хворого, в першу чергу, на його соціальну сферу. Таке дослідження не давало змоги зрозуміти ступінь дезадаптації хворої людини в цілому [16].

Тому однією з найважливіших ініціатив слід вважати розробку консенсусу, що стосується збору точок зору пацієнтів на своє здоров'я як моніторингу результатів охорони здоров'я, кінцевою метою якого є досягнення більш ефективного життя пацієнтів поряд зі збереженням ними працездатності і хорошого самопочуття [20].

Хоча пацієнт і є найкращим суддею в оцінці тактики охорони здоров'я, його некомпетентність в медичних питаннях серйозно

перешкоджає цьому процесу. Крім того, хворі не завжди могли зв'язати зміни в своїй поведінці із захворюванням. Так, хворі з бронхіальною обструкцією часто помилково пов'язують задишку і низьку толерантність до фізичного навантаження зі своїм віком або поганою фізичною формою. Основою причиною недостовірності подібної інформації була відсутність простих у використанні і стандартизованих методик її збору [18].

Збір стандартних відповідей на стандартні питання виявився ефективним методом оцінки статусу здоров'я. Ретельно вибудовані зв'язки запитань і відповідей, складені для підрахунку за методом сумування рейтингів [14], стали основою сучасних опитувальників з якості життя.

Один із провідних представників так званої гуманістичної психології відомий американський психолог Maslow A.H. [15] систематизував потреби людини у вигляді піраміди. В основі цієї «піраміди» лежать фізіологічні, або органічні потреби, такі як голод, спрага, статевий потяг тощо. А верхівкою «піраміди» є потреба в самоактуалізації, яку спрощено можна замінити поняттям «розвиток особистості». Ця піраміда цікава тим, що не можна перескочити через рівень, не пройшовши його, тобто без реалізації простих потреб не можуть з'явитись потреби в задоволенні більш складних цілей. Ця ієрархія потреб людини має взаємозв'язок зі ступенем соціального розвитку особистості. Зрозуміло, термін «соціальний» не має нічого спільного з матеріальним благополуччям і посадовим становищем індивідуума. Чим нижче стоїть індивідуум в своєму соціальному розвитку, тим простішими є його потреби, і, отже, можливість їх задоволення буде вищою, а значить, і якість життя буде вищою порівняно з більш розвиненими особистостями.

Важливо розуміти, що поняття «якість життя» не є аналогічним функціональному статусу. Відповідно з даними ВООЗ, «функціональний статус» визначається як здатність індивідууму на даний час виконувати завдання чи функцію, котрі повинні мати фактичний результат.

Функціональний статус є лише одним із аспектів показника якості життя.

ВООЗ провела активну дослідницьку роботу (The WHOQOL Group) [22] і розробила наступні критерії якості життя:

1. фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок);
2. психологічні (позитивні емоції, мислення, вивчення, запам'ятовування, концентрація, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання);
3. рівень незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків та лікування);
4. суспільне життя;
5. навколишнє середовище (благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, доступність та якість медичного і соціального забезпечення, доступність інформації, можливість навчання і підвищення кваліфікації, відпочинок, екологія (полютанти, шум, населеність, клімат).
6. духовність (релігія, особисті переконання).

На даний час застосовуються 5 загальних опитувальників, причому всі вони розраховані на респондентів у віці від 17 років і старше (виключення складає опитувальник SF-36, що охоплює респондентів починаючи з 14-річного віку).

Для пульмонології розроблено 10 спеціальних опитувальників, 7 для дорослих і 3 для педіатричної практики.

Оцінка якості життя має ґрунтуватись на широкому колі критеріїв, а не тільки на одному з них, таких, наприклад, як біль чи задуха.

В попередніх методичних рекомендаціях [3] ми вже підкреслювали необхідність врахування задишки за шкалою MRC, кашлю, кількості мокрот, переносимості фізичного навантаження, впливу захворювання на щоденну активність, сон, загальний стан людини згідно з тестом контролю над ХОЗЛ – САТ, тому на цьому питанні зупинятись не будемо.

Згідно [11] критеріями якості життя згідно з опитувальником SF-36 були:

- фізична активність;
- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- біль;
- загальне сприйняття здоров'я;
- життєздатність;
- соціальна активність;
- роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- психічне здоров'я;
- порівняння самопочуття з попереднім роком.

БА і ХОЗЛ значно знижують рівень якості життя хворих всіма показниками опитувальника, в першу чергу це стосується важливої ролі фізичних і емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності та зниженої життєдіяльності пацієнтів. За всіма показниками, крім соціальної активності і ролі емоційних проблем, ХОЗЛ здійснює більш негативний вплив на якість життя хворих, ніж БА. Хоча більшість виявлених відмінностей між ХОЗЛ та БА не є достовірними ($p > 0,05$), все ж таки ХОЗЛ необхідно вважати більш несприятливим для життя хворого, ніж БА.

Той факт, що БА є важчою емоційною проблемою для хворого, ніж ХОЗЛ, не викликає подиву. Вперше встановлений діагноз ХОЗЛ зазвичай не викликає у хворого якої-небудь емоційної відповіді. Зате діагноз БА сприймається пацієнтами як «удар долі», супроводжується почуттям безвиході і страху.

Вірогідно, саме цією емоційною реакцією хворих БА на свою хворобу пояснюється більш виражене зниження їх соціальної активності, ніж у хворих ХОЗЛ. Так, наше дослідження встановило меншу питому вагу працюючих серед осіб, вперше визнаних інвалідами внаслідок БА порівняно з контингентом інвалідів внаслідок ХОЗЛ. Хоча, можливо, подальші дослідження цього питання дадуть більш обґрунтовані пояснення.

Емоційна значимість дихального дискомфорту, особливо вищої

форми його прояву – ядухи – інколи перевищує больовий синдром. Проведені Stewart A.L. [21] дослідження з порівняльної оцінки якості життя хворих з бронхо-обструктивними захворюваннями показали, що постійний страх смерті відчували 91% таких осіб проти 56% хворих ІХС.

Існують різні думки стосовно причин депресії у хворих ХОЗЛ та БА. Одні автори на перше місце ставлять соціальні проблеми, викликані хворобою і втрата цікавості до різних видів діяльності, зниження можливості виконувати звичну для себе роботу, адаптаційні складності в колективі і в сім'ї, матеріальні проблеми, пов'язані з непрацездатністю тощо [17]. Інші провідну роль в розвитку депресії надають фізіологічним факторам, зокрема, хронічній гіпоксії головного мозку [16].

Встановлено, що нічна оксигенотерапія значно покращує професійну діяльність у хворих ХОЗЛ середнього ступеню важкості [19].

A.J. Mc Sweeney [16] виявив відносно суттєві взаємозв'язки між якістю життя і віком, психоневрологічним і соціоекономічним статусами та дієздатністю. Встановлено також, що якість життя має досить негативний зв'язок з тривалістю куріння, причому куріння впливає набагато більш негативно, ніж короткочасні стресові ситуації [19].

Найважчим наслідком бронхо-легеневих 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 ступеню 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, експертного 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 персистуюча форма середнього ступеню важкості з загостреннями 6 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 групи від загального захворювання. Потребує професійної (раціональне працевлаштування) та медичної реабілітації.

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

Незважаючи на те, що соціальна активність і повсякденна діяльність все частіше пропонуються дослідниками в якості основних критеріїв оцінки впливу хвороби на людину, це питання недостатньо висвітлено в літературі щодо бронхо-легеневих захворювань.

Вивчення нами окремих аспектів професійної діяльності повторно визнаних інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА у Вінницькій області в 2011

році показало, що на час переогляду працює лише 207 чол., що складає 33,1%. Враховуючи те, що в даному контингенті частка інвалідів 3 групи досить велика – 88,6%, можна зробити висновок, що питанню раціонального працевлаштування як важливому елементу комплексної реабілітації інвалідів не надається достатньої уваги. Частка працюючих осіб в контингенті інвалідів внаслідок ХОЗЛ майже в 2 рази менша порівняно з БА (відповідно 20,3% та 37,2%). Не працює і не навчається при ХОЗЛ 79,3% інвалідів; при БА не працює 61,4% (ще 1,4% ПВІ складають студенти).

В контингенті вперше визнаних інвалідів внаслідок ХОЗЛ та БА на момент освідчення на МСЕК питома вага працюючих осіб була більшою порівняно з контингентом ПВІ (43,9% > проти 33,1%) за рахунок хворих ХОЗЛ. Нами проаналізовані професії інвалідів внаслідок ХОЗЛ і БА до встановлення інвалідності. Виявлено, що в контингенті хворих із ХОЗЛ переважали професії, зв'язані із фізичною працею (84%). Як правило, ці особи тривалий час працювали в умовах підвищеної заповищеності, загазованості та ін. (механізатори, водії, робітники сільгосптехніки, зварювальники, слюсарі). Набагато меншу питому вагу (16%) склали хворі з професіями, що вимагали наявності вищої освіти (наприклад, лікар, економіст, службовець МВС, бухгалтер). В контингенті хворих із БА, навпаки, особи з вищою або базовою вищою освітою склали 53,7% (в основному це були бухгалтери, економісти, працівники освіти, торгівлі, громадського харчування, ветеринари, зоотехніки тощо).

Низька частка працюючих хворих з БА на момент первинного освідчення на МСЕК пояснюється, можливо, відсутністю робочих місць, які б відповідали їх професіям. Зменшення ж частки працюючих осіб в контингенті повторно визнаних інвалідами внаслідок ХОЗЛ, на наш погляд, можна зв'язати із бажанням інвалідів уникнути впливу шкідливих професійних чинників та відсутністю можливостей працевлаштування в інших професіях, в умовах спеціально створених робочих місць.

Професійна реабілітація має бути процесом і системою відновлення конкурентноздатності інваліда на ринку праці, навчання престижним професіям, створення робочих місць для працевлаштування інваліда, забезпечення професійно-виробничої адаптації. Професійно-трудова реабілітація є основною умовою вирішення двох центральних завдань реабілітації інвалідів:

- гуманістичної, зв'язаної з вирішенням проблем особистості;
- соціально-економічної, зв'язаної з вирішенням проблем соціального і економічного розвитку.

На сьогоднішній день провідним орієнтиром для пошуку нових методологічних і технологічних підходів до вирішення проблеми інвалідності, як на індивідуальному, так і соціальному рівнях, є Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ) 2001.

«Функціонування» - це проблеми, що виникають в функціях чи структурах, такі як суттєві відхилення чи втрата. Порушення не залежать від етіології хвороб або від того, як вони розвиваються; вони можуть бути частиною або проявом зміни здоров'я, але не є обов'язковою ознакою хвороби і не означають, що індивід має вважатись хворим. Таке розуміння терміну «функціонування» є основою концепції МКФ, що стосується також формування індивідуальної програми реабілітації на її основі, яка розглядає статус індивіда з позицій здоров'я, а не хвороби, в інтересах орієнтації на потенціал здоров'я.

В зв'язку з цим при розробці ІПР на основі МКФ основне значення мають наслідки даних порушень. Термін «обмеження життєдіяльності» входить в більш широке поняття, що включає в себе термін «активність» і «участь».

Активність являє собою індивідуальний бік функціонування. Обмеження активності осіб з патологією бронхо-легеневої системи може варіювати від легкого до важкого якісного або кількісного відхилення у

виконанні активності, як за формою, так і за величиною, порівняно з людьми без змін здоров'я, що необхідно враховувати при розробці ІПР.

Наявність обмежень можливості «участі» визначається шляхом порівняння з участю індивіда без обмеження життєдіяльності в даній культурі або суспільстві. Обмеження участі призводить до потреби в соціальному захисті, котрий раніше визначався терміном «соціальна недостатність» і був одним із основних факторів встановлення інвалідності.

Якщо раніше Міжнародна класифікація порушень обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності 1989 р. переважно зосереджувала увагу на тому, які негативні зміни відбулись в якості і життєдіяльності індивіда-особистості, то МКФ 2001 в інтересах активного подолання негативних змін зосереджує увагу на тому позитивному, що залишилось і міститься в індивідуально-особистих якостях людини і навколишнього соціально-культурного і природного середовища.

Актуальність комплексного вирішення проблем профілактики інвалідності і розвитку медико-соціальної реабілітації інвалідів працездатного віку з бронхолегеневою патологією визначається необхідністю забезпечення активного і творчого життя у осіб з обмеженими можливостями, підвищення якості їх життя, повернення до трудової і суспільної діяльності.

Біля 90% інвалідів працездатного віку з різним ступенем важкості інвалідності, за даними зарубіжної реабілітаційної практики, при проведенні відповідних реабілітаційних заходів спроможні набути або відновити працездатність. За нашими даними частка працюючих інвалідів в 5-6 разів менша. І це залежить не лише від недоліків реабілітаційних технологій, але й від загальної соціально-економічної ситуації в країні, що характеризується дефіцитом робочих місць.

Цей аспект проблеми зв'язаний з недосконалістю правових і економічних умов, що стимулюють трудову виробничу активність інвалідів.

Тому органам виконавчої влади необхідно встановити дієвий контроль за реалізацією реабілітаційних заходів і ефективністю використання фінансів, які виділяються на реабілітацію інвалідів. Повноцінна реабілітація інвалідів внаслідок хвороб органів дихання неможлива через відсутність спеціально створених робочих місць, спеціалізованих цехів і підприємств. У зв'язку з цим, всі діючі норми щодо працевлаштування інвалідів залишаються деклараціями, котрі не створюють реальних умов для працевлаштування інвалідів і не захищають їх право на працю. Дані обставини необхідно враховувати при прийнятті законодавчих документів і нормативних актів, що регламентують розробку і реалізацію ІПР з використанням МКФ. Україна має перейти від існуючої нині системи соціального захисту інвалідів до політики подолання бар'єрів і перепон, що заважають повній і ефективній участі інвалідів внаслідок бронхолегеневих хвороб в житті суспільства нарівні з іншими людьми.

Державна підтримка інвалідів не може полягати виключно в наданні пенсій і соціальних виплат. Важливим завданням є забезпечення можливості інвалідам вести незалежний спосіб життя і брати участь в усіх аспектах життя, створення доступу до транспорту, інформації і зв'язку, включаючи інформаційно-комунікаційні технології і системи, а також до інших об'єктів і послуг, що надаються населенню як в міських, так і сільських районах.

Однією із фундаментальних і відповідальних функцій МСЕК є створення і збереження інформаційної бази, котра являє собою об'єктивну основу для формування довгострокової комплексної програми реабілітації інвалідів внаслідок хвороб органів дихання і подальшого контролю її виконання. Це має бути однією із головних функцій МСЕК як центральної ланки в системі реабілітації інвалідів, яка сприятиме координації діяльності всіх міністерств, відомств і закладів, що проводять реабілітацію інвалідів. Таким чином, якісна і обґрунтована розробка реабілітаційних заходів в рамках ІПР є найважливішим завданням

медико-соціальної експертизи. ІПР повинна вдосконалюватись в напрямку її особистісного вмісту і мати пріоритети професійно-трудової реабілітації. Суть реабілітації інвалідів внаслідок бронхолегеневої патології полягає в тому, що це не тільки запобігання і усунення захворювань, але й розкриття всіх потенціалів здоров'я як соціальної якості людини. Однією із основних задач органів державної влади є забезпечення економічного ефекту всієї системи реабілітаційних послуг інвалідам.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Зниженню рівнів первинної інвалідності внаслідок ХОЗЛ та БА серед населення працездатного віку, усуненню їх значних коливань в різних регіонах, запобіганню зростання частки інвалідів у молодому віці сприятиме ефективна організація пульмонологічної допомоги (державне забезпечення мережі діагностичних кабінетів цифровими спірометрами, поглиблена диспансеризація молодого населення, створення регіональних реєстрів інвалідів, підготовка і підвищення кваліфікації кадрів) з метою найбільш ранньої діагностики і своєчасного проведення відповідних заходів.

Оцінити стан життєдіяльності хворих на ХОЗЛ і БА 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 клініко-функціонального обстеження, в яке входить, крім методів оцінки функції зовнішнього дихання, електрокардіографія, ехокардіографія, велоергометрія, лабораторні дослідження.

При складанні ІПР на основі сучасної Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ) і проведенні реабілітаційних заходів слід враховувати характер та ефективність лікування, адекватність контролю захворювання, стан серцево-судинної системи, вік хворого, професійні і соціальні фактори, реабілітаційний потенціал хворого.

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

Вважаємо за доцільне впровадження ступінчатого підходу побудови тактики реабілітації при ХОЗЛ (аналогічно БА) з урахуванням сучасної спірометричної класифікації (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 з важкими 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 необхідно 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 ІПР, сприятиме не лише запобіганню і усуненню ускладнень захворювань бронхо-легеневої системи, але й підвищенню якості життя інвалідів з даною патологією та інтеграції їх в суспільство.

Перелік використаних джерел

1. Фещенко Ю.И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ / Ю.И. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2012. - №2. – С. 6-8.
2. Фещенко Ю.И. ХОЗЛ в Украине: проблемы и пути решения / Ю.И. Фещенко // Здоров'я України. – 2009. - №9/1. – С. 3-4.
3. Принцип реабілітації хворих на бронхіальну астму та хронічні обструктивні захворювання легенів / В.П. Маленький, С.В. Шевчук, Н.П. Масік та співав. // Метод. реком. – 2012. – 32с.
4. Шевчук В.І., Сучасний стан та тенденції інвалідності населення працездатного віку внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми / Шевчук В.І., Маленький В.П., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В., Ільюк І.А. // Український пульмонологічний журнал. – 2013. - №2. – С. 31-35.
5. Шевчук В.І. Структура та рівень інвалідності внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень і бронхіальної астми серед працездатного населення Вінницької області / Шевчук В.І., Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В. // Вісник Вінницького національного медичного університету – 2013 - №1 (т. 17). – С.220-223.
6. Забур'янова В.Ю. Медико-соціальна характеристика інвалідності працездатного населення внаслідок хвороб органів дихання / Забур'янова В.Ю., Вернигородська М.В., Проскуріна О.Ф. // Людина та ліки – Україна VI Національний конгрес. – 2013. – с. 9.
7. Лечебная физическая культура (Под ред. С.Н.Попова). – М., 2004. – 412 с.
8. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» №128 від 19.03.2007 р. – 21с.».
9. Перцева Т.А. Эпидемиология и диагностика хронического обструктивного заболевания легких / Перцева Т.А. // Український пульмонологічний журнал. – 2011. - №2. – С.20.

10. Перцева Т.А. ХОЗЛ: Современное состояние проблемы / Перцева Т.А. // Український пульмонологічний журнал. – 2010. - №1. – С.18-19.

11. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Сравнительная оценка качества жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких. Международный журнал по иммунореабилитации, 1997 - № 7: 166. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чушлин А.Г. Оценка качества жизни больных бронхиальной астмой в процессе обучения основным методам самоведения и самонаблюдения. 7-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – Москва, 1997. - №885.

12. American Thoracic Society. Pulmonary Rehabilitation. Am. Rev. Respir. Dis. 1981. – vol. 124:663-666. Fishman A.P. Summary. Pulmonary Rehabilitation Research. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1994. – vol. 149:519-540.

13. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) / Global strategy for diagnosis, management and prevention of obstructive pulmonary disease [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.goldcond.org.org/uploads/users/fibs/GOLD_Perort.2011.Feb.21.pdf.

14. Guyatt G.H., Feeny D., Patrick D. Proceedings of the international conference on the measurement of Quality of Life as an outcome in clinical trials: postscript. Controlled Clin. Trials., 1991. – Vol. 12: 266-269.

15. Maslow A.H. Motivation and Personality. – New York, Harper & Brothers, 1954:241-246.

16. McSweeney A.J. Quality of Life in relation to COPD. Chronic obstructive pulmonary disease. – New York, Marcel Dekker Inc., 1988:59-85.

17. Meille A.R., Kaptein A.A., Koning C.J.M et al. Developing a Quality of Life questionnaire for patients with respiratory illness. Chest Dis., 1994. – Vol. 49:8-76.

18. Mercier C, Dazord A, Chaunn F. et al. The Subjective Quality of Life Profile Questionnaire: statistical analysis in clinical trials. News Letter QoL, 1995. - №12: 10-12.

19. Padilla G.V., Hurwicz M.L., Berhamvich E., Johnson D.A. Diness adaptation and Quality of Life. News Letter QoL, 1996. - №15:13.

20. Sherbourne C.D., Sevan A.L., Mis K.B. Role functioning measures, to: Stewart A.L., Ware J.E. et al. Measuring functioning and well-beind: The Medical Outcomes Study Approach. Durham, NC: Duke University Press, 1992a: 205-208.

21. Stewart A.L., Greenfild S., Hays R.D. et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcome Study. JAMA, 1989. –Vol. 262:907-913.

22. The WHOQOL Group. The Worid Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the Worid Health Organization. Social science and medicine, 1995a. – Vol. 41: 1403-1409.

Посібник

(інформаційно-аналітичне видання)

Шевчук Віктор Іванович
Забур'янова Валентина Юріївна
Вернигородська Марія Василівна
Шевчук Сергій Вікторович
Ільюк Ірина Анатоліївна
Коробко Олена Анатоліївна

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

*Відповідальний редактор Тетяна Довгалюк
Комп'ютерна верстка Надія Іваниця*

*Здано до складання 03.06.2014 р.
Підписано до друку 23.07.2014 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний
Гарнітура Arial. Друк офсетний
Умовн. друк. арк. 3,72
Наклад 300 прим.
Замовлення № 210*

*Видавець: ФОП Рогальська І.О.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 56-80-80, 50-29-02
E-mail: dilo_vd@mail.ru
Свідоцтво ДК № 3909 від 02.11.2010 р.*

*Виготовлювач ФОП Рогальська І.О.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 56-80-80, 50-29-02
e-mail: dilo_vd@mail.ru
Свідоцтво ВОЗ № 635744 від 01.03.2010 р.*