

М.М. Островський, д.м.н., професор, О.І. Варунків,
кафедра фізіотерпії і пульмонології з курсом професійних захворювань Івано-Франківського національного медичного університету

ХОЗЛ і фізична активність. Вплив реабілітації на перебіг патології

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є руйнівною патологією, що значно погіршує якість життя пацієнтів і є величезним соціально-економічним тягарем для суспільства. За останні роки масштаби забруднення довкілля викидами автотранспорту та промисловості, куріння, незадовільні соціально-побутові умови, збільшення кількості осіб з генетичною детермінацією патології органів дихання зумовили стрімке зростання частоти ХОЗЛ. Сьогодні реєструють високі показники захворюваності і смертності унаслідок ХОЗЛ, зокрема результати досліджень, проведених у різних країнах, свідчать, що цю патологію в середньому діагностують у 4-6% дорослої популяції. Згідно із сучасними даними у світі нараховується близько 600 млн хворих на ХОЗЛ. При цьому експерти ВООЗ зазначають, що від цієї недуги помирають близько 3 млн осіб щорічно – це більше ніж від раку молочної залози та цукрового діабету разом узятих. За прогнозами фахівців, у 2020 році ХОЗЛ посідає 3-тє місце в структурі причин смертності.

В останні десятиліття завдяки швидким темпам розвитку клінічної фармакології та розробці нових високоефективних схем терапії вдалося досягти безперечних успіхів у лікуванні пацієнтів з ХОЗЛ. Проте хронічний характер патології та наростаюча задишка, переважно літній вік, зниження м'язової маси і сили призводять до обмеження функціональних можливостей та зумовлюють необхідність постійної терапії. Усі ці зміни, а також серцево-легенева недостатність, знижена толерантність до фізичних навантажень, незадовільний психоемоційний статус, що є наслідками ХОЗЛ, безумовно, впливатимуть на модифікацію способу життя пацієнта, що, у свою чергу, ініціює високий ступінь соціальної дезадаптації хворих та погіршення якості життя.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ якість життя – це індивідуальна оцінка людиною співвідношення свого положення в суспільстві з власними можливостями. На оцінку якості життя також впливає низка факторів: фізичний, психоемоційний та соціальний статус, здатність пацієнта адаптуватися до проявів свого захворювання і почуватися комфортно в цій ситуації. Тому, окрім досягнення клініко-лабораторної ремісії та запобігання прогресуванню патології, важливим є також покращення самопочуття і всіх аспектів якості життя.

Значна роль у поліпшенні стану пацієнтів з ХОЗЛ і профілактиці цього захворювання належить засобам фізичної реабілітації, таким як лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія, дієтичне харчування та ін. Згідно з останніми спільними рекомендаціями Американського торакального товариства (ATS) і Європейського респіраторного товариства (ERS) легенева реабілітація – мультидисциплінарна, заснована на доказовій базі повноцінна система заходів, спрямована на досягнення оптимальних показників функціонального стану та якості життя пацієнта з хронічною патологією легень. Реабілітаційні програми осіб з ХОЗЛ мають бути скеровані на уповільнення прогресування та полегшення симптомів перебігу захворювання, збільшення толерантності до фізичних навантажень, попередження і лікування загострень і ускладнень, подовження періоду ремісії, що сприяє скороченню кількості госпіталізацій, зниженню летальності та покращенню якості життя пацієнтів. Реабілітаційні програми допомагають

хворим позбутися шкідливих звичок, зокрема куріння, покращують стан дихальної, серцево-судинної системи, зміцнюють м'язову систему, посилюють імунореактивність.

Індивідуальна програма медичної реабілітації пацієнта з ХОЗЛ формується з урахуванням фази захворювання, ступеня тяжкості, наявності чи відсутності ускладнень. Рання реабілітація дозволяє зберегти працездатність і сповільнити прогресування недуги. Необхідно розірвати замкнуте патологічне коло між порушенням функції зовнішнього дихання та гіподинамією, що зумовлює формування змін у периферичній мускулатурі (втрата м'язової маси), слабкість м'язів, які призводять до зниження толерантності до фізичного навантаження.

Основні методи медичної реабілітації хворих на ХОЗЛ включають режим, дієтотерапію, припинення куріння та обмеження дії негативних чинників довкілля, освітні програми, психотерапію, фізичні тренування, дихальну гімнастику, покращення дренажної функції бронхів, фізіотерапію, галокамери, гіпербаричну оксигенацію, підвищення неспецифічної резистентності організму, санаторно-курортне лікування, моніторинг функції зовнішнього дихання і фізичної активності, корекцію маси тіла.

У зарубіжних дослідженнях з'ясувалося, що найбільш ефективним є індивідуальне навчання в поєднанні з фізичною реабілітацією. У доступній формі слід роз'яснити пацієнту та його родичам очікувані цілі реабілітаційної програми, необхідність докладання максимальних зусиль для досягнення поставленої мети. Важлива роль належить відмові від паління та проведенню тренінгу щодо правильного використання інгаляторів.

У реабілітації хворих на ХОЗЛ фізичне тренування розглядають як основний захід для підвищення фізичних можливостей. Щоденна фізична активність покращує нервово-психічний стан пацієнта, тонізує центральну нервову систему, сприяє поліпшенню нервових процесів у корі великих півкуль головного мозку і взаємодії кори й підкіркових центрів, а також активізації захисних сил організму. Варто зазначити, що, окрім прямого впливу на функції периферичної мускулатури, фізичні вправи зумовлюють покращення мотивації і настрою, зменшення симптомів хвороби, позитивно впливають на серцево-судинну систему та забезпечують покращення вентиляції

і газообміну, рефлекторно й гуморально збуджуючи дихальні центри. Лікарям варто пам'ятати про те, що на момент початку фізичних тренувань хворий повинен отримувати повноцінну медикаментозну терапію.

Зазвичай тренування проводять 2-3 рази на тиждень (до 7 тижнів). Залежно від вихідних фізичних можливостей пацієнта заняття може тривати від 20 до 40 хв. Ураховуючи те, що у більшості хворих на ХОЗЛ спостерігаються м'язова слабкість і супутні вікові порушення функції суглобів, які є серйозною перешкодою для інтенсивних тренувань, рекомендовано вправи низької інтенсивності з поступовим збільшенням тривалості та обсягу навантажень на велоергометри або біговій доріжці. Таким пацієнтам протипоказані силові вправи на піднімання ваги через небезпеку розвитку синкопи. У разі неможливості будь-яких фізичних тренувань унаслідок цілковитої детренованості або для хворих у надто тяжкому стані може бути рекомендована нейром'язова електростимуляція периферичних м'язів.

Порушення сили скорочення дихальних м'язів нарастають у міру прогресування хвороби, причому найпізніше настають зміни в діафрагмі. Це призводить до посилення відчуття задишки і подальшого зниження переносимості фізичного навантаження. Ефективність тренування респіраторних м'язів залишається предметом інтенсивного вивчення. У пацієнтів із захворюваннями органів дихання, зокрема з ХОЗЛ, широко застосовують спеціальні дихальні вправи, які забезпечують вироблення у хворого раціонального патерну та правильного акту дихання, сприяють зміцненню дихальних м'язів, збільшенню рухливості легень і грудної клітки, покращенню діяльності дихальної і серцево-судинної системи. Пацієнтів навчають навичок довільної зміни частоти, глибини і типу дихання, подовженого видиху, який може додатково збільшуватися за рахунок вимови звуків та їх сполучень.

Для виконання спеціальних дихальних вправ дуже важливим є вибір правильного вихідного положення хворого, що дозволяє посилити вентиляцію в обох чи одній легені, верхній, нижній або середній її частині. Дихальні вправи поділяють на статичні, динамічні та дренажні. Статичні дихальні вправи виконують у стані відпочинку без рухів кінцівок і тулуба у різноманітних вихідних положеннях, тоді як динамічні дихальні вправи проводять у поєднанні



М.М. Островський

з рухами рук, ніг і тулуба. Використовують вольове кероване статичне, динамічне та локалізоване дихання. Перше залучає до роботи дихальні м'язи та сприяє нормалізації співвідношення вдиху та видиху; динамічне дихання передбачає поєднання акту дихання з різноманітними рухами, що посилює вдих та/або видих; локалізоване дихання посилює дихальні рухи у визначеній ділянці грудної клітки і водночас обмежує її в іншій частині. Найбільша увага приділяється навчанню пацієнтів поєднанню правильного дихання з різноманітними фізичними вправами в основних вихідних положеннях – стоячи, під час ходьби.

У більшості хворих на ХОЗЛ спостерігаються гіперсекреція, порушення мукоциліарного кліренсу та утруднення виділення мокротиння з дихальних шляхів, тому вправи, які спрямовані на відтік мокротиння й ексудату з бронхів та легень і можуть забезпечити додатковий клінічний ефект, прийнято називати дренажними. Крім того, покращити кліренс мокротиння можуть перкуторний масаж, вібрація грудної клітки, постуральний дренаж і так звані кашльові прийоми.

Легенева кахексія є одним із найбільш виражених системних проявів ХОЗЛ. Медіатори запалення і продукти оксидативного стресу призводять до дистрофічних змін міоцитів та ураження скелетної мускулатури. Втрата м'язової маси, у тому числі дихальної мускулатури, посилює дихальну недостатність, порушує здатність хворих адекватно брати участь у тренувальних програмах, що може знижувати ефективність медичної реабілітації. Для виснажених пацієнтів корекція маси тіла передбачає білкову дієту зі збільшенням кількості калорій, введення анаболічних стероїдів, причому ці заходи мають, безумовно, поєднуватися з фізичними тренуваннями, щоб уникнути накопичення жирової маси. Крім того, харчування хворих на ХОЗЛ має бути повноцінним, збалансованим, вітамінізованим з обмеженням азотистих речовин і холестерину.

Варто також зазначити, що у деяких пацієнтів з ХОЗЛ унаслідок обмеження

Продовження на стор. 34.

М.М. Островський, д.м.н., професор, О.І. Варунків,
кафедра фізіотерії і пульмонології з курсом професійних захворювань
Івано-Франківського національного медичного університету

ХОЗЛ і фізична активність. Вплив реабілітації на перебіг патології

Продовження. Початок на стор. 33.

фізичної активності існує ризик збільшення маси тіла, що у свою чергу зумовлює посилення задишки і тяжкості стану. У цих ситуаціях мета реабілітації полягає у зниженні маси тіла за допомогою відповідних дієт і адекватних фізичних тренувань.

З урахуванням того, що на початкових стадіях захворювання у спокої задишка як наслідок порушення дифузійної здатності і газового складу крові може бути відсутньою і виявлятися тільки під час фізичного навантаження, для об'єктивізації та документування ступеня порушень рекомендується проводити й оцінювати пробу з фізичним навантаженням. Перевага надається тесту з 6-хвилинною ходьбою (6MWT), затвердженому стандартами ATS. Крім того, з огляду на значущість ходьби у повсякденній активності саме толерантність до фізичних навантажень найчастіше оцінюється за результатами 6MWT.

6MWT простий у використанні, безпечний, не потребує спеціального обладнання, застосовується у хворих із будь-яким рівнем обмеження життєдіяльності і може призначатися для визначення фізичних можливостей та як предиктор респіраторних випадків

смерті. Пацієнтам пропонують ходити по коридору із зазначеним метражем у власному темпі, намагаючись пройти максимальну відстань протягом 6 хв. Тест оцінює субмаксимальний рівень фізичної активності, тобто відображає функціональні можливості пацієнта у повсякденному житті.

Протягом останніх років було проведено велику кількість досліджень толерантності до фізичних навантажень за даними 6MWT у хворих на ХОЗЛ, за результатами яких встановлено, що скорочення подоланої дистанції у хворих на ХОЗЛ прямо пропорційне ризику респіраторних випадків смерті.

Важливий інструмент для аналізу методів вихідного стану здоров'я та лікування пацієнтів із ХОЗЛ — оцінка якості життя, що є надійним, інформативним та економічним методом визначення стану здоров'я як на індивідуальному, так і на груповому рівні. Традиційно зміни, які виникають у хворих на ХОЗЛ, а також ефективність лікування та реабілітації лікар оцінює на підставі динаміки скарг, об'єктивних даних, параклінічних показників. При цьому думка пацієнта залишається формальною, адже лікар за допомогою клінічних, лабораторних та інструментальних методів не може визначити весь спектр змін

фізичного, психічного і соціального статусу хворого та ступінь його задоволення аспектами власного життя. Незважаючи на те що відокремлення об'єктивних та суб'єктивних критеріїв якості життя залишається дискусійним питанням, основним інструментом для кількісного визначення цього показника вважається опитувальник.

Використання показника якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, дозволяє узагальнено оцінити ступінь адаптації людини до хвороби та можливість виконання звичних функцій, які відповідають її соціально-економічному стану, тобто для адекватної оцінки пацієнт повинен відповісти на низку запитань, що надасть можливість максимально вичерпно оцінити інформацію про сприйняття власного стану самим хворим.

За призначенням виділяють загальні та специфічні опитувальники. Перші застосовують для оцінки якості життя як у здорових людей, так і у хворих — вони допомагають порівняти зазначений показник в осіб з певною патологією з аналогічними даними у населення загалом. Недоліком загальних опитувальників вважається недостатня чутливість при конкретній нозології, тобто неможливість оцінити вплив симптомів окремих захворювань на показники якості життя. Специфічні опитувальники орієнтовані саме на проблеми, що виникають на тлі певної патології, та використовуються для оцінки впливу лікування на якість життя.

У наш час специфічні опитувальники розроблено для більшості захворювань. Для оцінки якості життя пацієнтів з ХОЗЛ широко використовують

респіраторний опитувальник Госпітально св. Георгія (SGRQ) (http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/SGRQ_download/). Опитувальник містить 50 запитань, структурованих таким чином, що відповіді на них відображають суб'єктивну оцінку хворим респіраторних порушень, дозволяють визначити ступінь впливу ХОЗЛ на щоденну активність пацієнта, трудову і повсякденну діяльність, стосунки з близькими людьми. Оцінку здійснюють за 100-бальною системою: чим вищий бал, тим більш негативним є вплив хвороби на якість життя. При цьому зниження загальної оцінки в балах за шкалою SGRQ на 4 бали і більше вважається клінічно значущим.

Для кількісної оцінки ступеня тяжкості задишки застосовують модифіковану шкалу задишки (mMRC). Виразність симптомів також може визначитися згідно з опитувальником CAT (COPD Assessment Test), за яким аналізують вплив ХОЗЛ на самопочуття й повсякденне життя хворого.

Таким чином, модифікація фізичної активності є важливою і невід'ємною складовою ведення пацієнтів з ХОЗЛ, що значно покращує результати лікування; збільшує толерантність до фізичного навантаження; знижує інтенсивність задишки; підвищує якість життя; зменшує кількість госпіталізацій та днів, проведених у стаціонарі. Ігнорування такого напрямку реабілітаційних заходів, безсумнівно, буде призводити до зростання фармакоеконімічних витрат та зниження мотивування пацієнта до активної особистої участі в контролі захворювання.

Список літератури знаходиться в редакції.

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова
Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької
облдержадміністрації
Асоціація лікарів Поділля

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю**
**Терапія-2013:
досягнення та перспективи**

19-20 березня, м. Вінниця

Місце проведення:
Вінницька обласна філармонія «Плеяда» (Хмельницьке шосе, 7)

Обговорюватимуться актуальні проблеми пульмонології, кардіології, ревматології, гастроентерології та ін. Лекції читатимуть провідні вчені, професори К. Шевальє (Франція), М. Леккер (Ізраїль), З. Візюкієне (Литва), О.В. Ємельянов, О.В. Гуров (Росія), В.Г. Майданник, Т.О. Перцева, М.В. Хайтович, Є.М. Свіщенко, Н.Б. Губергріц, О.Й. Жарінов, О.А. Коваль (Україна)

У рамках заходу відбудеться презентація довідника «Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії» (видання 15-е, доповнене)

Телефони для довідок:
+38 (067) 257-58-54; +38 (0432) 46-11-27

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національний інститут фізіотерії і пульмонології України
ім. Ф.Г. Яновського НАМН України

V з'їзд фізіотеріїв і пульмонологів України
6-8 листопада, м. Київ

- Діагностика туберкульозу в умовах розповсюдження хіміорезистентних штамів мікобактерій туберкульозу і ВІЛ-інфекції
- Сучасні підходи до лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною резистентністю
- Коінфекція туберкульоз/ВІЛ: ведення нових і повторних випадків захворювання
- Хронічний бронхіт: розповсюдженість, етіологія загострень, лікування
- Актуальні питання виявлення і лікування хворих на ХОЗЛ
- Негоспітальна та нозокоміальна пневмонія: класифікація, діагностика і лікування
- Антибактеріальна терапія інфекцій нижніх дихальних шляхів
- Ідіопатичний легеневи фіброз: діагностика і лікування
- Проблеми професійної патології легень
- Вроджені вади і спадково обумовлені захворювання легень
- Актуальні питання торакальної хірургії

Програмні питання
VII національний астма-конгрес
у рамках V з'їзду фізіотеріїв і пульмонологів України

- Епідеміологія бронхіальної астми (БА)
- Профілактика БА
- Фундаментальні основи БА
- Діагностика, моніторинг БА
- Фармакотерапія БА
- Нові терапевтичні стратегії у разі БА
- Астма та супутні захворювання
- Специфічна імунотерапія БА
- Лікування загострень БА спеціалістами швидкої допомоги
- Навчальні програми

Програмні питання

Оргкомітет

Адреса: вул. М. Амосова 10, м. Київ, 03680, Україна.
Тел./факс: +38 (044) 270-35-59, +38 (044) 270-35-61, +38 (044) 275-05-68, +38 (044) 275-62-42
E-mail: gavrysiuk@inbox.ru oleksandr@pulmon.kiev.ua diagnost@ifp.kiev.ua