

Методика экспресс-диагностики уровня психоэмоционального напряжения (ПЭН) и его источников (О.С. Копина, Е.А. Суслова, Е.В. Заикин) предназначена для комплексного исследования уровня ПЭН человека и измерения его различных аспектов. Исследователи относят ПЭН к классу эмоциональных явлений. Как и все эмоциональные явления (аффекты, эмоции, чувства), ПЭН является формой представленности в сознании личностного смысла происходящих в жизни человека событий и отражает степень удовлетворенности его потребностей.

Всякое эмоциональное явление характеризуется тем или иным субъективным качеством (модальностью) и предметным содержанием. По своему субъективному качеству ПЭН и другие эмоции, возникающие в ситуации неудовлетворенности потребностей, являются отрицательными эмоциональными переживаниями.

По методике экспресс-диагностики уровня психоэмоционального напряжения (ПЭН) и его источников (О.С. Копина, Е.А. Суслова, Е.В. Заикин) нами получены следующие результаты:

- самооценка здоровья — в основном состояние здоровья оценивается пациентами как хорошее;
- шкала «психосоциального стресса» Л. Ридера — наличие психосоциального стресса у пациентов на среднем уровне;
- шкала «удовлетворенности жизнью в целом» — у пациентов преобладают низкие показатели уровня удовлетворенности жизнью в целом, что свидетельствует о наличии у них состояния неудовлетворенности и стресса;
- шкала «удовлетворенности условиями жизни» — условия жизни оцениваются пациентами как удовлетворительные;
- шкала «удовлетворенности сторонами жизни» — пациенты имеют в основном средние показатели, что свидетельствует о среднем уровне удовлетворенности основных жизненных потребностей.

По тесту «Интенсивность стресса» у пациентов наблюдаются средние показатели интенсивности стресса.

По результатам комплексной психодиагностики были сделаны следующие **выводы**.

Несмотря на высокие показатели уровня осмысленности жизни, пациенты имеют средние показатели саморегуляции и самопринятия, не столь значимые рассогласования между степенью значимости и до-

ступности ценностей, хорошую самооценку состояния здоровья, средние показатели удовлетворенности условиями жизни и удовлетворенности основных жизненных потребностей, пациенты имеют низкий уровень внутренней конфликтности и низкие показатели уровня удовлетворенности жизнью в целом.

Данный факт свидетельствует о явном внутреннем противоречии. С одной стороны, пациенты имеют насыщенную интересную жизнь, полную смыслов, с другой стороны, они в целом не удовлетворены этой жизнью.

Объяснить данное явление можно тем, что пациенты не вполне корректно (т.е. честно и правдиво) давали ответы на утверждения, заявленные в предложенных методиках. Также здесь надо обратить внимание на факт низкого уровня внутренней конфликтности пациентов. Отсутствие у пациентов внутренней конфликтности, помимо закрытости, отрицания проблемы, поверхностного самодовольства, говорит еще и о безыntересности их жизни, о смысловом вакууме, об отсутствии выбора в их жизни, т.е. о прекращении развития и нахождении в «тупиковой яме». Поэтому пациенты имеют низкие показатели удовлетворенности жизнью в целом.

На основе полученных выводов пациентам были даны рекомендации по постановке новых целей и их достижению, по появлению в жизни новых интересов и увлечений, по стремлению к новому и неизведанному.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зайцев, В.П.* Современные психодиагностические технологии в восстановительной медицине / В.П. Зайцев // *Материалы I Всерос. съезда врачей восстановительной медицины.* — М., 2007. — С. 103.
2. *Леонтьев, Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций / Д.А. Леонтьев. — М., 2000.
3. *Пантелеев, С.Р.* Методика исследования самоотношения / С.Р. Пантелеев — М.: Смысл, 1993. — 32 с.
4. Профилактика профессиональной деформации личности сотрудника органов внутренних дел: метод. пособие / под общ. ред. В.М. Бурыкина. — М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2004. — 144 с.
5. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. — М.: Медицина, 2004 — 400 с.

Статья поступила 20.12.2011 г.
Принята в печать 24.02.2012 г.

© Бородина Г.Л., 2012
УДК 616.2-002.182

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ГАЛИНА ЛЬВОВНА БОРОДИНА, канд. мед. наук, доцент, ведущий научный сотрудник

ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», Минск, Беларусь, e-mail: baradzina@tut.by

Реферат. Проведена разработка многокомпонентной программы медицинской реабилитации пациентов с саркоидозом органов дыхания. С целью оценки эффективности медицинской реабилитации проведено комплексное обследование 111 пациентов с верифицированным диагнозом «саркоидоз органов дыхания» [средний возраст (37,1±4,3) года]. Доказано, что медицинская реабилитация способствует приросту показателей функции внешнего дыхания, ускорению исчезновения клинических признаков заболевания, повышению частоты позитивной динамики рентгенологической и лабораторной картины, толерантности к физической нагрузке в пробе с 6-минутной ходьбой, устойчивости к кислородной недостаточности (проба Штанге), улучшению общего физического состояния и работоспособности (безнагрузочный и ортостатический тесты), а также повышению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: саркоидоз органов дыхания, программа медицинской реабилитации, оценка эффективности.

DEVELOPING OF MEDICAL REHABILITATION PROGRAM AND EVOLUTION OF ITS EFFICIENCY IN PULMONARY SARCOIDOSIS PATIENTS

H.L. BARADZINA

Abstract. The aim of our study was developing of multidisciplinary medical rehabilitation program in pulmonary sarcoidosis patients. 111 biopsy proved sarcoidosis patients [(37,1±4,3) yrs] were examined in order to evaluate the efficiency of individualized rehabilitation program. Pulmonary rehabilitation has positive impact on health status and quality of life in sarcoidosis. Reducing of clinical features and positive clinical-R logical dynamics were faster and more often in base group. Lung function improved in base group and did not change in control group. There was significant improvement of physical toleration in base group in walking test, in Shtange test, in orthostatic and unloading tests and other functional tests and health-dependent quality of life.

Key words: pulmonary sarcoidosis, medical rehabilitation program, evaluation of efficiency.

Введение. Восстановительные технологии открывают возможность научного решения проблемы реабилитации и повышения качества жизни пациентов с саркоидозом [3, 5, 6, 9]. Разработка конкретных методов и технологии реабилитации является особенно актуальной и социально значимой с учетом молодого возраста и высокого образовательного уровня пациентов.

Реабилитация пациентов с саркоидозом должна осуществляться комплексно — в медицинском, профессиональном и социальном направлениях. В основе всего реабилитационного комплекса лежит медицинская реабилитация — комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности [4]. Ее основной целью является восстановление нарушенных функциональных возможностей организма, профилактика и ликвидация ограничений жизнедеятельности, заключающихся, прежде всего, в способности к профессиональному труду.

Несмотря на то что саркоидоз характеризуется относительно благоприятным течением, заболевание нередко приобретает волнообразный хронический характер с развитием серьезных осложнений [1, 2, 8]. Поэтому проведение медицинской реабилитации нередко определяет долгосрочный прогноз заболевания.

К сожалению, несмотря на актуальность, вопросы медико-социальной реабилитации пациентов с саркоидозом в Республике Беларусь практически не разрабатывались. Остаются открытыми вопросы составления типовых и индивидуальных реабилитационных программ, критериев определения реабилитационного потенциала пациентов с саркоидозом и оценки эффективности реабилитации, а также внедрения новых методов медицинской реабилитации.

Целью исследования явилась разработка и оценка эффективности программы медицинской реабилитации.

Материал и методы. Комплексно обследованы 111 пациентов с верифицированным диагнозом «саркоидоз органов дыхания» [средний возраст (37,1±4,3) года]. Основную группу составили 74 пациента, которым проводились мероприятия медицинской реабилитации, дифференцированные в соответствии со степенью выраженности функциональных нарушений и реабилитационными возможностями организма. Контрольная группа состояла из 37 пациентов с саркоидозом органов дыхания, у которых современные методы реабилитации в должном объеме не применялись. Группы были сопоставимы по клинко-рентгенологическим данным, полу, возрасту и другим параметрам. Оценка эффективности программы стационарного этапа медицинской реабилитации проводилась спустя (23,2±5,4) сут, амбулаторного — спустя 6—8 мес.

Качество жизни пациентов оценивалось по опроснику «Качество жизни 100». Оценка реабилитационного потенциала проводилась по методике И.М. Хмары [7]. Резервные возможности сердечно-сосудистой системы оценивали на основании ориентировочной безнагрузочной и ортостатической проб и теста Штанге [4]. Оценка эффективности медицинской реабилитации осуществлялась на основании динамики реабилитационного потенциала и функциональных проб путем расчета величины отношения исходной суммы баллов к показателям после реабилитации по методике Л.М. Клячкина и А.М. Щеголькова [4]. При значениях отношения, равных 1,9 балла и более, состояние оценивалось как значительное улучшение; от 1,6 до 1,9 балла — как выраженное; от 1,4 до 1,6 — умеренное; от 1,2 до 1,4 — как незначительное; от 1 до 1,2 — как стабильное без перемен; менее 1,0 — как ухудшение.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с задачами нашего исследования была разработана программа медицинской реабилитации пациентов с саркоидозом органов дыхания, состоящая из следующих компонентов:

1. Экспертно-реабилитационная диагностика, включающая клинко-функциональную диагностику, психологическую и социальную диагностику и прогнозирование исходов реабилитации.
2. Определение функционального реабилитационного класса пациента.
3. Определение качества жизни пациента.
4. Определение реабилитационного потенциала пациента.
5. Составление типовой и индивидуальных программ медицинской реабилитации на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапе.
6. Оценка эффективности медицинской реабилитации.

Экспертно-реабилитационная диагностика

Клинко-функциональная диагностика необходима для установления точного диагноза, так как только с момента его установления может начинаться планирование мероприятий медицинской реабилитации. Психологическая диагностика предполагает определение состояния нервно-психической и эмоционально-волевой сферы, особенностей личности пациента с изучением потребностей, мотивов и интересов человека, возможности его активного взаимодействия с медицинским персоналом в процессе проведения реабилитационных мероприятий. Социальная экспертно-реабилитационная диагностика необходима для учета условий жизни, характера трудовой деятельности и профессии пациента.

В связи с неустановленным этиологическим фактором заболевания прогноз течения саркоидоза до настоящего времени остается во многих случаях непредсказуемым. Проведено ранжирование известных и специально предложенных критериев и разработан способ моделирования прогноза и исходов реабилитации при саркоидозе путем корреляционно-регрессионного анализа с помощью линейной многофакторной модели:

$$y = a_0 + \sum_{i=1}^n a_i x_i.$$

В ходе исследования были разработаны благоприятные и неблагоприятные прогностические критерии.

Благоприятные прогностические критерии при саркоидозе:

- молодой возраст;
- медиастинальная форма саркоидоза;
- наличие синдрома Леффрена;
- увеличение доли лимфоцитов в БАС более 40%;
- увеличение индекса CD4+/CD8+ в БАС более 3,5;
- 2-кратное преобладание секретирующей субпопуляции АМ над фагоцитирующей.

Неблагоприятные прогностические критерии:

- развитие заболевания в возрасте старше 40 лет;
- распространенный процесс в легких (легочная или легочно-медиастинальная формы саркоидоза);
- наличие внелегочных проявлений саркоидоза;
- жалобы со стороны органов дыхания (особенно одышка);
- нарушения ФВД (особенно рестриктивные);
- лимфопения;
- уровень фосфолипидов в индуцированной мокроте < 92,13 мкМ Р/л;
- увеличение доли нейтрофилов в БАС более 3%;
- снижение жизнеспособности АМ ниже 80%.

Определение функционального реабилитационного класса пациента

Для оценки выраженности нарушенных функций организма использовался метод НИИ медицинской экспертизы и реабилитации Министерства здраво-

охранения Республики Беларусь на основе определения функциональных реабилитационных классов. По степени функциональных нарушений и уровня реабилитационных возможностей организма выделяют 5 функциональных классов (ФК). При ФК 0 — анализируемые показатели соответствуют норме. ФК I определялся при саркоидозе органов дыхания без нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) или с легкими функциональными нарушениями (до 25%) в виде дыхательной недостаточности (ДН) I степени. ФК II определялся при наличии у пациентов умеренных функциональных нарушений (25—50%) в виде ДН I—II степени в сочетании или без сочетания недостаточности кровообращения (НК) I стадии. ФК III определялся у пациентов со значительными функциональными нарушениями (51—75%) в виде ДН II степени в сочетании или без сочетания с НК IIA стадии. ФК IV определяется при ДН III [резкие нарушения ФВД (76—100%)] в сочетании или без сочетания с НК IIB или III стадии.

В анализируемой нами группе ФК I был установлен 63 (56,8%) пациентам, ФК II — 40 (36,0%) пациентам, а ФК III — 8 (7,2%) пациентам. Пациентов, соответствующих критериям ФК IV, не было.

Определение качества жизни пациента

Все виды реабилитации связаны между собой и объединены единой целью возвращения человека к труду, обеспечения ему наиболее полноценной жизни и тесно связаны с таким понятием, как «качество жизни». Уровень качества жизни является одним из существенных критериев при оценке реабилитационного потенциала пациента как показателя уровня субъективного контроля пациента, влияющего на построение адекватного представления о своем состоянии, степени активности и ответственности в процессе лечения. У пациентов с саркоидозом отмечено снижение качества жизни практически за счет всех составляющих жизнедеятельности за исключением духовности, причем наиболее сильно в эмоциональной сфере (рис. 1).

Совокупный показатель качества жизни был достоверно ниже, чем в группе здоровых лиц (61,3±2,9 и 82,2±4,7; $p < 0,01$ соответственно). Значительное сни-

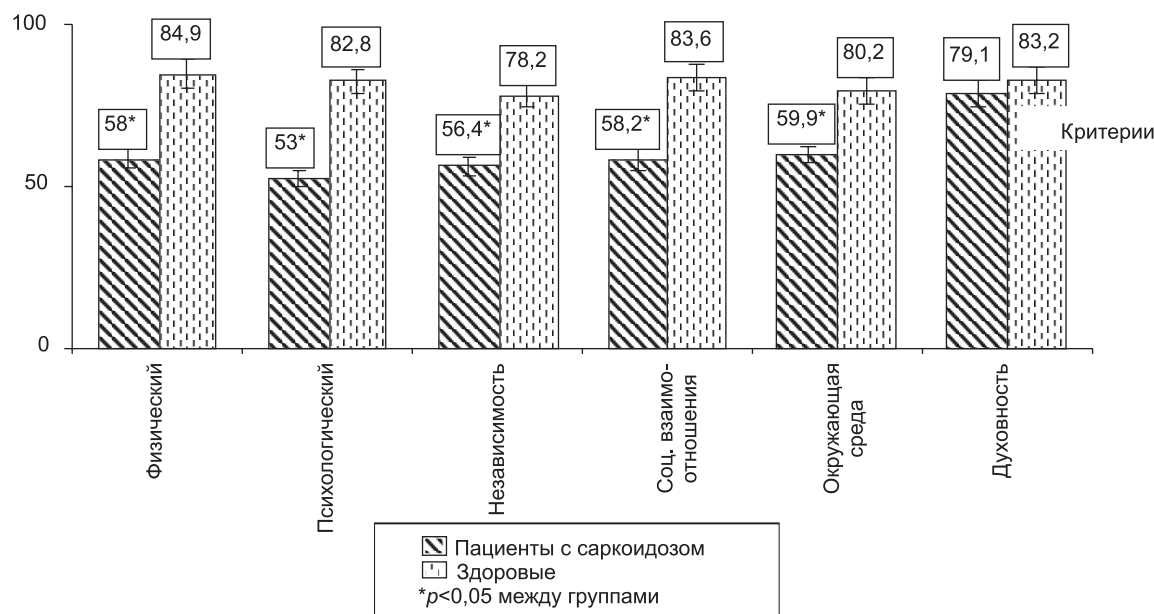


Рис. 1. Уровень качества жизни пациентов с саркоидозом

жение качества жизни было обнаружено у 21 (18,9%) пациента, умеренное — у 49 (44,2%), незначительно сниженное или нормальное — у 41 (36,9%) пациента. Таким образом, клинически значимое снижение качества жизни отмечалось у 63,1% пациентов.

Уровень качества жизни пациентов коррелировал с тяжестью состояния и клинического течения заболевания ($p < 0,05$). Наиболее значительное влияние на качество жизни больных саркоидозом среди медицинских факторов оказывали артритический синдром, одышка, лихорадка, нарушения функции внешнего дыхания, синдром утомляемости и слабости.

Интересно отметить, что даже у пациентов, не предъявляющих жалобы на здоровье и имеющих высокое качество жизни в отношении физической шкалы, часто отмечались негативные переживания, невысокая самооценка, нарушения концентрации внимания, что говорит о снижении качества жизни по психологическому критерию. У пациентов с саркоидозом оказались достоверно сниженными также работоспособность, повседневная активность, личные взаимоотношения, которые являются составляющими таких критериев качества жизни, как уровень независимости и общественная жизнь.

Таким образом, доказано, что качество жизни пациентов с саркоидозом снижено в различных аспектах жизнедеятельности (независимость, физическое здоровье, социальные взаимоотношения и особенно эмоциональный статус), причем оценка жизнедеятельности пациентом носит объективный характер и коррелирует с клиническими симптомами, параметрами функции внешнего дыхания и способностью к разрешению стрессов.

Полученные данные явились дополнительным аргументом в пользу целесообразности включения в общий реабилитационный процесс мероприятий по психологической реабилитации, основной задачей которых является выработка мотивации на преодоление заболевания и создание партнерских отношений между пациентом и врачом.

Личностно ориентированный подход в медико-психологической реабилитации пациентов может быть направлен на повышение толерантности к психотравмирующим факторам и адаптационных возможностей психики, а также на изменение негативных установок, затрудняющих социальную адаптацию, и корректировку ценностных ориентаций личности в условиях хронического заболевания.

Определение реабилитационного потенциала пациента

При разработке программы медицинской реабилитации большое значение придается оценке реабилитационного потенциала пациента, т.е. реальных возможностей восстановления нарушенных функций организма и способности к участию в трудовой деятельности. Для определения реабилитационного потенциала пациентов проведен многофакторный анализ различных клинико-лабораторных параметров, определяющих реабилитационный потенциал (табл. 1).

Таким образом, высокий реабилитационный потенциал определялся у пациентов, у которых удается полностью устранить последствия заболевания, ограничений жизнедеятельности не остается. Большинство этой группы составляют впервые выявленные пациенты молодого и среднего трудоспособного возраста.

Средний реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на частичное устранение последствий болезни, но с остаточными ограничениями до уровня ФК II. Пациенты этой группы жалуются на одышку при физической нагрузке, нередко кашель, чувство «неполноты вдоха», слабость и утомляемость. К этой группе могут относиться как впервые выявленные пациенты, так и лица с рецидивами и обострениями заболевания. Определяются умеренные нарушения ФВД, преимущественно по обструктивному и смешанному типу. Снижается работоспособность, особенно у лиц, выполняющих тяжелый физический труд. Быстро нарастающая утомляемость затрудняет выполнение привычных обязанностей в быту, появляется потребность в частых кратковременных перерывах в работе. Пациентам из этой группы, преимущественно работникам физического труда, в некоторых случаях присваивается инвалидность III группы.

Низкий реабилитационный потенциал также позволяет рассчитывать на восстановление, но до уровня ФК III. Пациенты жалуются на одышку при незначительной физической нагрузке, часто в покое, резкую слабость. В основном это пациенты с длительным анамнезом заболевания, которое характеризуется волнообразным течением с частыми обострениями. Значительные нарушения ФВД преимущественно по рестриктивному и смешанному типу, признаки дыхательной, а нередко и сердечной недостаточности сохраняются. Трудоспособность утрачена для любой физической работы, но пациент может выполнять отдельные виды умственных работ, передвижение и самообслуживание затруднено. Такие пациенты либо являлись инвалидами, либо имели реальную угрозу выхода на инвалидность III или II группы.

При определении реабилитационного потенциала оказалось, что большинство пациентов имели высокий реабилитационный потенциал, что соответствует данным о благоприятном течении заболевания и низком уровне стойкой нетрудоспособности. Высокий реабилитационный потенциал имели 79 (71,2%) пациентов, средний — 25 (27,5%) пациентов и низкий — 7 (6,3%) пациентов.

Составление типовой и индивидуальных программ медицинской реабилитации на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапе

Медицинская реабилитация — длительный этапный процесс. В реабилитации пациентов с саркоидозом органов дыхания нами были выделены 3 этапа: стационарный, амбулаторно-поликлинический и домашний. Так как морфологическая верификация диагноза при саркоидозе проводится преимущественно в стационаре, то медицинская реабилитация пациентов начинается обычно со стационарного этапа.

Целью реабилитации на стационарном этапе является регрессия симптомов заболевания и достижение положительной рентгенологической и функциональной динамики процесса. В связи с хроническим волнообразным течением заболевания и необходимостью длительного диспансерного наблюдения пациенты переводятся на амбулаторно-поликлинический этап медицинской реабилитации. Целью амбулаторного этапа является восстановление функциональных показателей или, если это невозможно, адаптация пациента к новой ситуации, вызванной болезнью. Домашний этап медицинской реабилитации предполагает выполнение пациентом основных мероприятий, разработанных

Критерии оценки реабилитационного потенциала у пациентов с саркоидозом органов дыхания

Показатель	Реабилитационный потенциал, балл		
	Высокий (5)	Средний (10)	Низкий (15)
1. Возраст, лет	<25	25—40	>40
2. ИМТ, кг/м ²	18,5—27,4	27,4—36	>36
3. Форма заболевания	Медиастинальная	Легочно-медиастинальная	Легочная
4. Сопутствующие заболевания	Нет или хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов	Артериальная гипертензия (АГ) I ст., мастопатия, фибромиома, хрон. гастрит, хрон. холецистит, ЖКБ, узловой зоб	АГ II—III ст., ИБС, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями ритма, аутоиммунный тиреоидит, ХОБЛ, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
5. Наличие клинических симптомов заболевания	Нет	Незначительные или умеренные	Значительные
6. Наличие внелегочных проявлений саркоидоза	Нет	Нет	Да
7. Наличие синдрома Лефгрена	Да	Нет	Нет
8. Нарушения ФВД	Нет	Нет или легкие	Умеренные или резкие
9. Величина пробы Штанге, с	>17	17—11	<11
10. Величина дистанции в тесте с 6-минутной ходьбой, м	>550	350—550	<350
11. СОЭ, мм/час	<15	15—20	>25
12. Уровень общих фосфолипидов в индуцированной мокроте, мкМ Р/л	>92	55—92	<55
13. Среднее АД, мм рт. ст.	<86	86—106	>106
14. Качество жизни, %	>75	75—50	<50

врачом на предыдущих этапах в домашних условиях. Так как течение саркоидоза характеризуется частыми обострениями и рецидивами, то пациенты могут нуждаться в повторных курсах стационарного лечения и реабилитации.

Типовая программа медицинской реабилитации включала следующие компоненты:

1. Лечебный режим.
2. Диетотерапия.
3. Физическая реабилитация (активная и пассивная).
4. Респираторная физиотерапия.
5. Аппаратная физиотерапия.
6. Психодиагностика и психокоррекция.
7. Адекватная базисная терапия.
8. Профилактика и коррекция сопутствующей патологии.
9. Фитотерапия.

10. Обучение пациента (усиление мотивации к лечению и здоровому образу жизни в школе пульмонологического больного).

Типовая программа медицинской реабилитации была дифференцирована в соответствии с функциональными реабилитационными классами. Для каждого функционального класса был специально разработан свой комплекс мероприятий. Для пациентов с ФК I — интенсивная программа, для ФК II — полная, а для ФК III—IV — щадящая. Для каждого функционального реабилитационного класса были определены продолжительность общего курса медицинской реабилитации, кратность курсов в течение года, количество, продолжительность отдельных процедур и порядок их применения в течение курса. На основании типовых программ для каждого пациента разрабатывалась индивидуальная программа медицинской реабилитации на основе учета характера ограничений жизнедеятель-

ности, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующей патологии и личных качеств пациента. Что касается конкретного наполнения реабилитационных программ, хотелось бы отметить важность физической реабилитации, которой прежде не придавали особого значения в ведении пациентов с саркоидозом. Под влиянием физической нагрузки в крови возрастает уровень кортизола и снижается секреция цитокина ФНО- α , который играет ключевую роль в развитии и прогрессировании саркоидоза. Так как реакция на физическую нагрузку со стороны нейроэндокринной системы зависит от интенсивности и продолжительности тренировок, то для оказания лечебного эффекта физическая реабилитация должна использоваться в течение длительного времени и при возможности в режиме наращивания интенсивности.

Последовательность ступенчатых этапов при разработке программ медицинской реабилитации представлена на разработанном нами алгоритме (рис. 2).

Оценка эффективности медицинской реабилитации

Проведенные исследования доказали, что при использовании разработанной программы достигнут более высокий уровень реабилитации пациентов. Позитивная динамика клинко-рентгенологической и лабораторной картины достигнута в основной группе в (50,9 \pm 4,8)% случаев, а в контрольной — в (31,9 \pm 3,0)% ($\chi^2 = 5,55$; $p = 0,018$; рис. 3).

Улучшение клинических и лабораторных показателей после курса реабилитации сопровождалось динамикой со стороны функциональных и нагрузочных тестов. В основной группе пациентов получено достоверное увеличение показателя пройденной дистанции при проведении 6-минутного теста после курса реабилитационных мероприятий (452,0 \pm 30,8) м

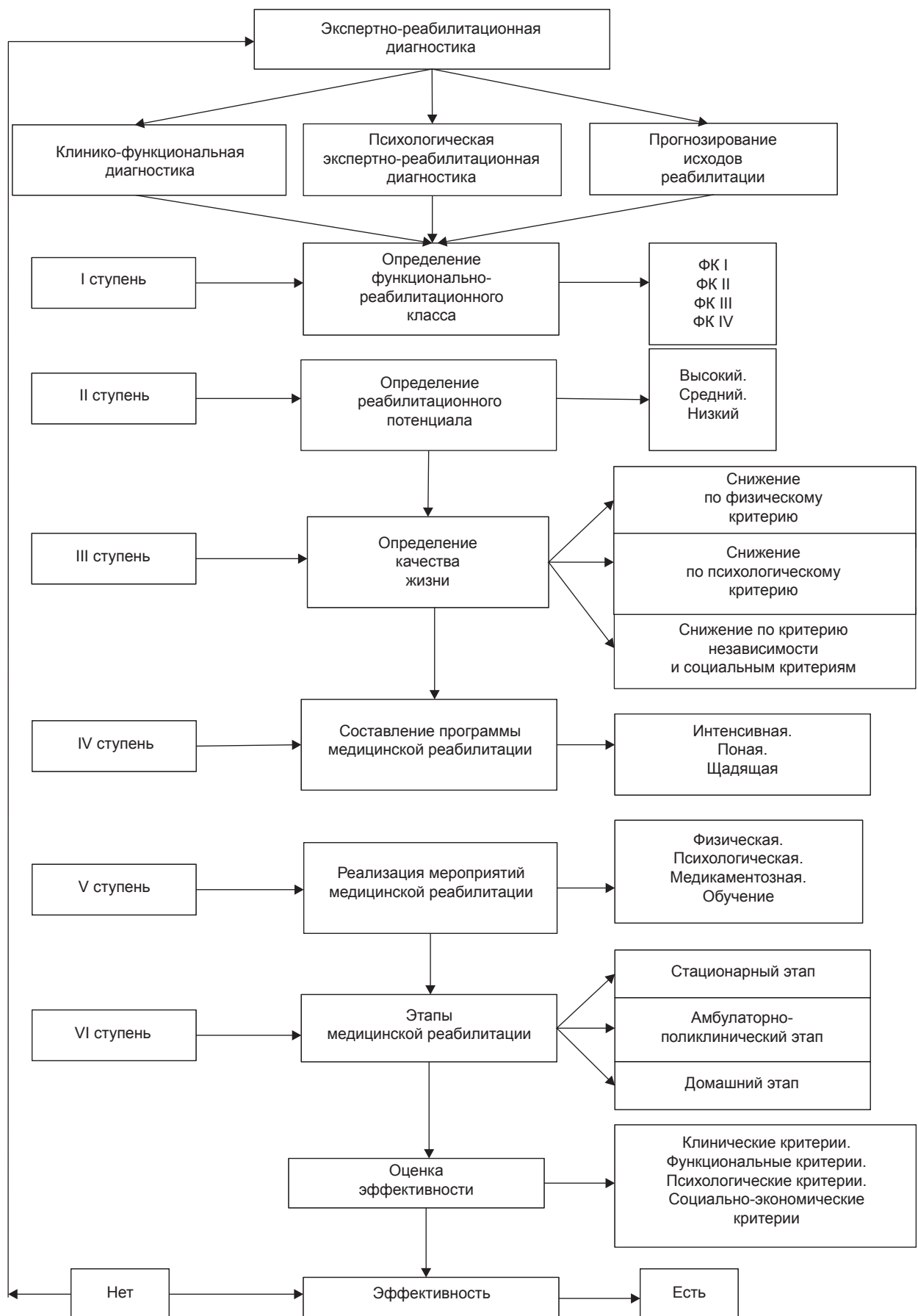


Рис. 2. Алгоритм составления программы медицинской реабилитации пациентов с саркоидозом органов дыхания

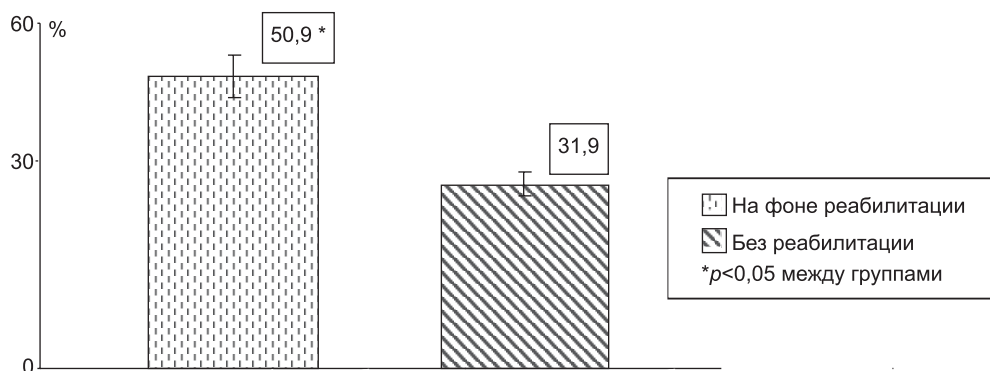


Рис. 3. Динамика клиничко-рентгенологической и лабораторной картины на фоне медицинской реабилитации

Таблица 2

Динамика пройденной дистанции при выполнении 6-минутного теста (M±m) у пациентов с саркоидозом на фоне реабилитации

Группа пациентов	Дистанция при выполнении теста с 6-минутной ходьбой, м	
	До реабилитации	После реабилитации
Основная группа, n = 74	452,0±30,8	569,9±37,4*
Контрольная группа, n = 37	455,1±38,2	504,1±43,6

Примечание. *p<0,05 по сравнению с показателем при поступлении.

до начала реабилитации и (569,9±37,4) м после курса (p<0,01; табл. 2). В контрольной группе пациентов также отмечено увеличение пройденной дистанции, но это изменение не было статистически достоверным. Таким образом, доказано повышение толерантности к физической нагрузке после курса реабилитации на 26,1%.

На фоне реабилитации в основной группе пациентов произошло достоверное увеличение продолжительности задержки воздуха на выдохе в пробе Штанге (рис. 4), что свидетельствует о повышении устойчивости к кислородной недостаточности на 37,1%, а также улучшились показатели ориентировочной безнагрузочной (на 16,3%) и ортостатической проб (на

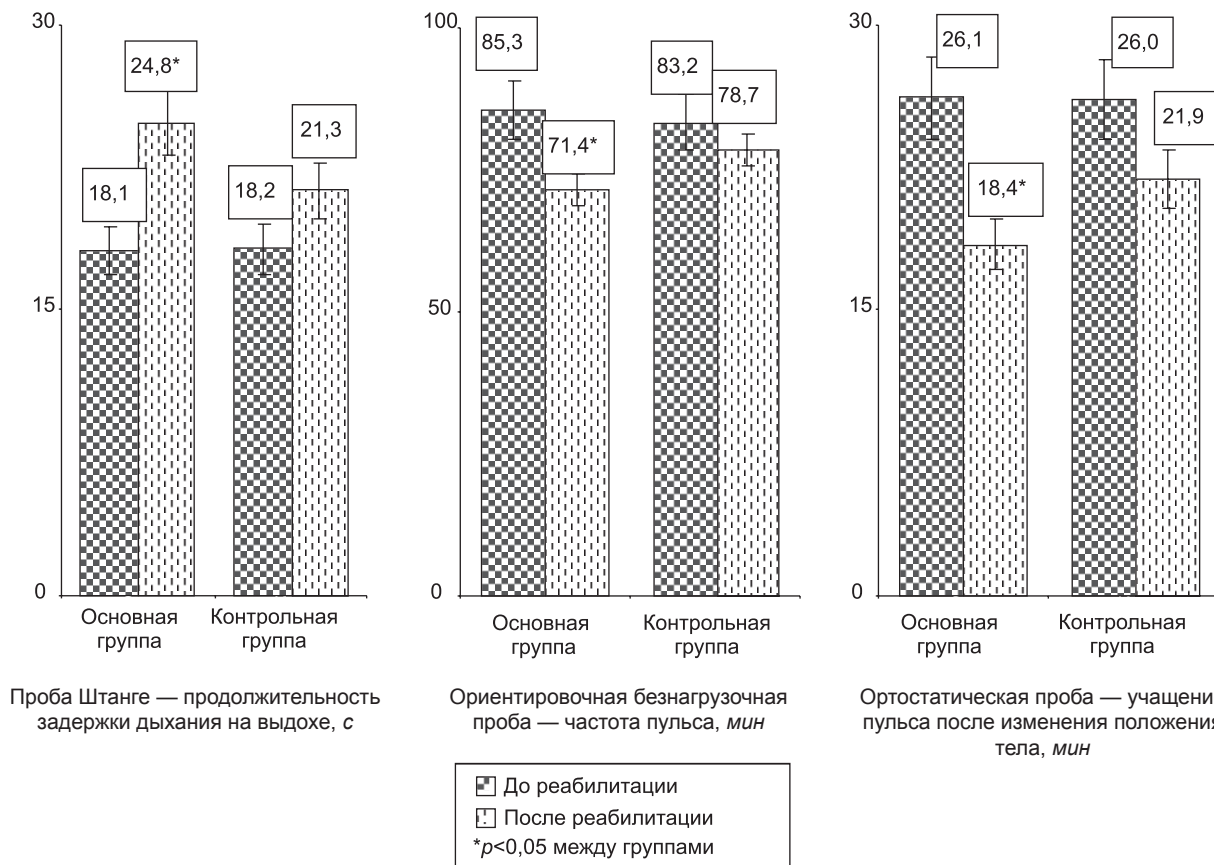


Рис. 4. Динамика показателей пробы Штанге, ориентировочной безнагрузочной и ортостатической проб (M±m) у пациентов с саркоидозом на фоне медицинской реабилитации

29,5%), что говорит об улучшении общего физического состояния.

Исследование ФВД также доказывает высокую эффективность медицинской реабилитации по восстановлению функциональных возможностей организма. В основной группе пациентов в отличие от контрольной на фоне реабилитации зафиксировано повышение ОФВ₁ на 29,3%, который нормализовался и достиг (92,2±6,6)%, и показателя МОС₅₀, который вырос на 33,8% и составил (90,7±7,6)% (рис. 5).

Дыхательная недостаточность, являющаяся основной причиной ограничения жизнедеятельности пациентов с саркоидозом, до курса реабилитации в основной группе наблюдалась в целом у (37,8±5,6)% пациентов, среди которых (46,4±5,7)% пациентов имели ДН II степени, а (53,6±4,1)% пациентов — ДН I. ДН III степени не наблюдалась ни у одного из пациентов. После курса реабилитации частота ДН среди пациентов в основной группе снизилась на 42,9% и составила (21,6±4,7)% ($\chi^2=5,618$; $p=0,018$), а частота ДН II степени снизилась на 56,8% и составила (5,4±2,6)% ($\chi^2=4,253$; $p=0,039$), в то время как в контрольной группе данные остались на прежнем уровне, и различия с периодом до реабилитации не были статистически достоверными (табл. 3).

В основной группе среди всех пациентов, имеющих дыхательную недостаточность, доля пациентов с ДН II снизилась с (46,4±5,7)% до (28,6±5,2)%, $p<0,05$, а доля пациентов с ДН I соответственно выросла с (53,6±4,1)% до (71,4±4,7)%, в то время как в контрольной группе

произошло обратное явление — появилась тенденция к росту доли пациентов с ДН II [(38,5±5,9)% до (45,5±6,3)%, $p>0,05$] и уменьшению доли пациентов с ДН I, хотя статистически эти изменения не были достоверными. Таким образом, можно говорить о снижении степени тяжести дыхательной недостаточности на фоне реабилитации в основной группе. Вышеперечисленные данные свидетельствуют о расширении адаптационных возможностей пациентов в результате проведения реабилитации.

На рис. 6 представлено изменение структуры тяжести дыхательной недостаточности на фоне реабилитации.

Проведенные исследования подтверждают эффективность программ медицинской реабилитации в отношении повышения качества жизни пациентов с саркоидозом органов дыхания. Интегральный показатель увеличился на 29,2% и составил 79,2±4,6, а по шкале эмоций достиг 80,6±7,3 ($p<0,01$), что соответствует нормальному уровню (рис. 7). В контрольной группе отмечалась тенденция к улучшению показателей, но изменения не были статистически достоверными.

В результате реализации программы медицинской реабилитации улучшение наблюдалось преимущественно в пределах одного ФК, особенно это касалось пациентов с высоким реабилитационным потенциалом, соответствующих параметрам ФК I, которые представляли собой большинство анализируемой группы. Но в отдельных случаях удалось достичь изменений на один

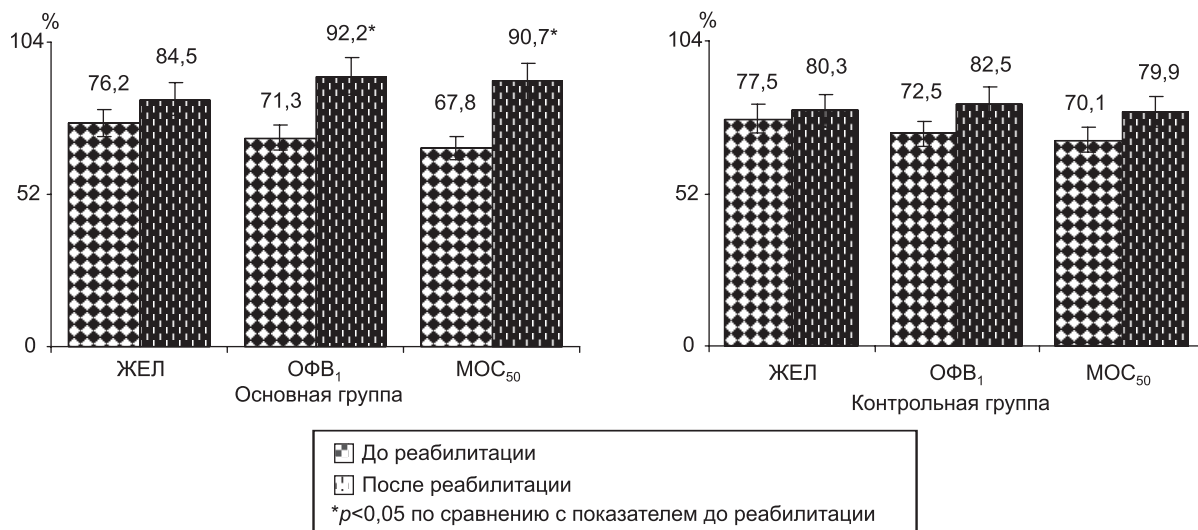


Рис. 5. Динамика показателей ФВД (М±m) у пациентов с саркоидозом на фоне реабилитации

Таблица 3

Динамика частоты случаев дыхательной недостаточности (М±m) у пациентов с саркоидозом на фоне реабилитации

Степени ДН	Основная группа, n = 74		Контрольная группа, n = 37	
	До реабилитации, число случаев/%	После реабилитации, число случаев/%	До реабилитации, число случаев/%	После реабилитации, число случаев/%
ДН (всего)	28/37,8±5,6	14/21,6±4,7*	13/35,1±7,8	11/29,7±7,5
	$\chi^2=5,618$; $p=0,018$		$\chi^2=0,062$; $p=0,804$	
ДН II	13/17,6±4,4	4/5,4±2,6*	5/13,5±5,6	5/13,5±5,6
	$\chi^2=4,253$; $p=0,039$		$\chi^2=0,116$; $p=0,734$	
ДН I	15/20,3±4,6	10/13,5±3,9	8/21,6±6,7	6/16,2±6,0
	$\chi^2=0,770$; $p=0,380$		$\chi^2=0,088$; $p=0,767$	

Примечание. * $p<0,05$ по сравнению с показателем до реабилитации.

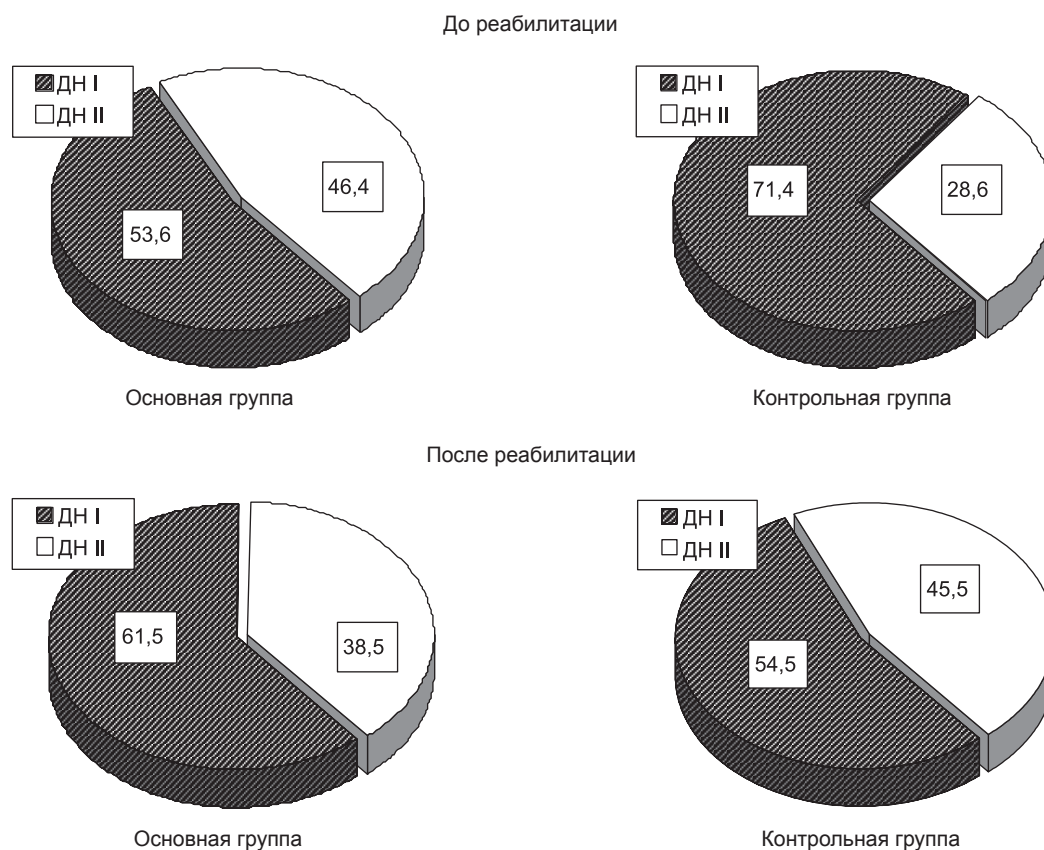


Рис. 6. Динамика структуры степени тяжести дыхательной недостаточности у пациентов с саркоидозом органов дыхания на фоне медицинской реабилитации

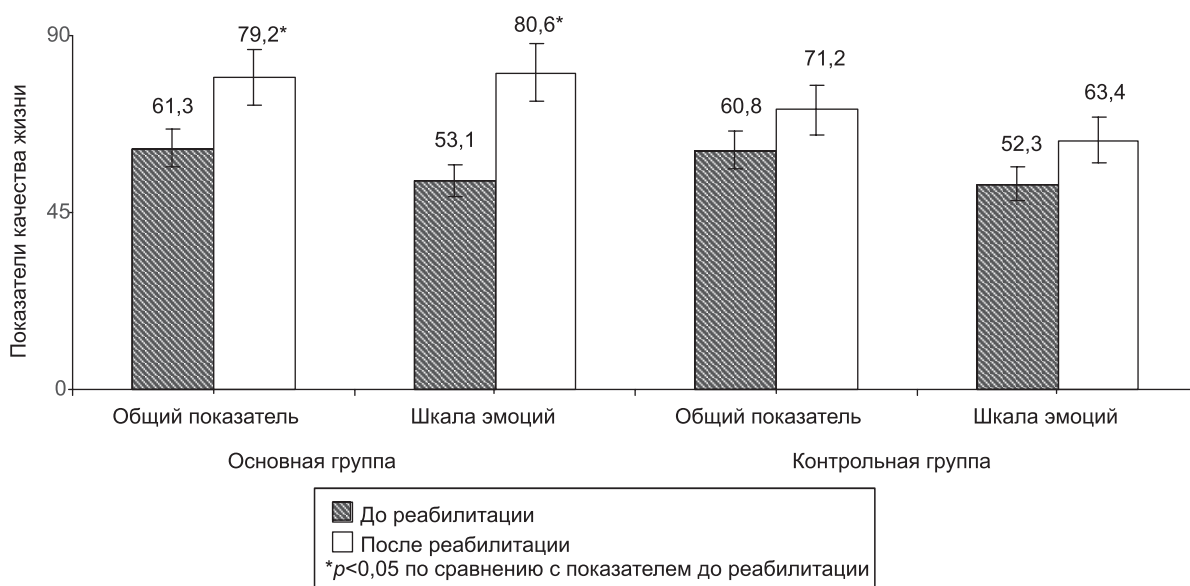


Рис. 7. Изменение качества жизни пациентов с саркоидозом на фоне медицинской реабилитации

функциональный класс и предотвратить наступление инвалидности. Оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов основной группы показала, что значительное улучшение в ходе реабилитации было достигнуто у 12 (16,2%) пациентов, выраженное улучшение — у 21 (28,4%) пациентов, умеренное — у 22 (29,7%), незначительное — у 11 (14,9%), без перемен — у 8 (10,8%).

Выводы. Статистически доказано, что внедрение новой технологии медицинской реабилитации в клини-

ческую практику способствует приросту показателей ФВД (ОФВ₁ увеличился на 29,3%), снижению на 42,9% частоты и тяжести дыхательной недостаточности [доля ДН II в структуре тяжести дыхательной недостаточности снизилась с (46,4±5,7)% до (28,6±5,2)% за счет увеличения доли ДН I], повышению эффективности лечения с (31,9±3,0)% до (50,9±4,8)% случаев и толерантности к физической нагрузке на 26,1%, улучшению общего физического состояния и работоспособности (на 16,3% в ориентировочной безнагрузочной пробе и на 29,5%

в ортостатической пробе), повышению устойчивости к кислородной недостаточности (на 37,0% в пробе Штанге), а также качества жизни пациентов с (61,3±2,9)% до (79,2±4,6)%.

Таким образом, результаты применения программ медицинской реабилитации свидетельствуют о повышении уровня реабилитации больных саркоидозом и повышении качества жизни пациентов, что отражает уровень оказания медицинской помощи в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов, С.Е. Саркоидоз как биологическая и медицинская проблема / С.Е. Борисов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2006. — № 4. — С.4—8.
2. Визель, А.А. Саркоидоз / А.А. Визель // Серия монографий Российского респираторного общества / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Издат. холдинг «Атмосфера», 2010. — 416 с.
3. Клячкин, Л.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов / Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков. — М.: Медицина, 2000. — 328 с.
4. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. — Минск: ЮНИПАК, 2005. — 420 с.
5. Хмара, И.М. Медицинская реабилитация больных дифференцированными формами рака щитовидной железы / И.М. Хмара. — Минск: Современные знания, 2006. — 188 с.
6. Черников, А.Ю. Эффективность диспансеризации и реабилитации больных саркоидозом в общелечебной сети: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Ю. Черников. — М., 2008. — 20 с.
7. American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement on Pulmonary rehabilitation // Am. J. Resp. Crit. Care Med. — 2006. — Vol. 173. — P.1390—1413.

Статья поступила 12.01.2012 г.
Принята в печать 24.02.2012 г.

© Хасанов Р.Ш., Шаймуратов И.М., Камалетдинов Р.Ш., Нугаева Р.Р., Дружков О.Б., 2012

УДК 618.19-006.6-082.8

РАННЯЯ ВЫПИСКА И КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО СПОСОБУ «СТАЦИОНАР НА ДОМУ» КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

РУСТЕМ ШАМИЛЬЕВИЧ ХАСАНОВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой онкологии и хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ, главный врач КОД МЗ РТ
ИЛЬДАР МИРЗАЯНОВИЧ ШАЙМУРАТОВ, канд. мед. наук, доцент, зав. отделением паллиативной помощи Клинического онкологического диспансера МЗ РТ, Казань, shaimuratov@yandex.ru
РУСТЕМ ШАМИЛЕВИЧ КАМАЛЕТДИНОВ, врач отделения паллиативной помощи КОД МЗ РТ
РЕЗЕДА РИЗОВНА НУГАЕВА, медицинский психолог отделения паллиативной помощи КОД МЗ РТ
ОЛЕГ БОРИСОВИЧ ДРУЖКОВ, канд. мед. наук, доцент, зав. отделением маммологии КОД МЗ РТ

Реферат. На примере 106 больных раком молочной железы, выписанных на ранних сроках из стационара после оперативного лечения, нами показан положительный опыт ранней медицинской и психологической реабилитации пациентов в домашних условиях по способу «стационар на дому» с хорошим экономическим эффектом.

Ключевые слова: рак молочной железы, ранняя выписка из стационара, психологическая реабилитация, медицинская реабилитация, экономический эффект.

EARLY DISCHARGE AND POST-DISCHARGE CARE AT HOME: PROSPECTIVE AREAS FOR EARLY REHABILITATION OF BREAST CANCER PATIENTS

I.M. SHAYMURATOV, R.SH. KHASANOV, R.SH. KAMALETDINOV, R.R. NUGAYEVA, O.B. DRUZHKOV

Abstract. On the 106 cases of patients with breast cancer, early discharged from the hospital after surgery, we have shown the positive experience of early medical and psychological rehabilitation of patients in the home by way of «a hospital at home» with a good economic effect.

Key words: breast cancer, early discharge, psychological rehabilitation, medical rehabilitation, economic effect.

В настоящее время есть значительные успехи в лечении онкологических больных, однако остается много нерешенных вопросов, в частности, касающихся реабилитации и улучшения качества жизни [1, 3, 10, 12]. Современные методы лечения злокачественных новообразований — хирургические, лучевые и химиотерапевтические сами по себе являются агрессивными факторами, оказывающими вредное, а часто и калечащее воздействие на организм пациентов [6, 7, 9, 11]. Все это в полной мере относится к больным, получающим лечение по поводу рака молочной железы. В России в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак молочной

железы (РМЖ) находится на первом месте и составляет более 19%. В США этот показатель составляет 29%, во Франции — 28% [2].

Больные, перенесшие мастэктомию по поводу рака молочной железы, находятся на стационарном лечении в среднем 3—4 нед. Вследствие длительного пребывания этих больных в стационаре сокращается оборот койки, уменьшается операционная активность, существует очередь на госпитализацию в стационар. На них тратятся значительные денежные средства [4, 5]. Так, по данным В.Р. Will и соавт. (2000), стоимость лечения больной РМЖ в США составляет в среднем 36 тыс. долларов, из них 63% составляют расходы на