

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 613.62

Т.Ю. Быковская¹, И.Н. Пиктушанская², Т.Е. Пиктушанская², Е.П. Яковлева², А.И. Шабалкин²ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
У БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ¹ Министерство здравоохранения Ростовской области (Ростов-на-Дону)
² ГБУ РО «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 2» (Шахты)

Проведен ретроспективный анализ 200 историй болезни больных пылевым обструктивным бронхитом, получавших одинаковые комплексы медикаментозного и восстановительного лечения. Выявлены наиболее динамичные клинико-функциональные и лабораторные показатели. Разработаны критерии эффективности медицинской реабилитации.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, критерии эффективности, адаптационные реакции, интегральный показатель, пылевой бронхит

ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS
WITH OBSTRUCTIVE DUST BRONCHITIST.Yu. Bykovskaya¹, I.N. Piktushanskaya², T.E. Piktushanskaya², E.P. Yakovleva²,
A.I. Shabalkin²¹ Ministry of Health Care of Rostov region, Rostov-on-Don
² Center of Restorative Medicine and Rehabilitation N 2, Shakhty

Retrospective analysis of 200 case reports of patients with mechanical obstructive dust bronchitis who had equal complexes of drug and rehabilitative treatment was carried out. The most dynamic clinical-functional and laboratory indices are determined. The criteria of the efficiency of medical rehabilitation efficiency worked out.

Key words: medical rehabilitation, efficiency criteria, adaptive reactions, integral index, dust bronchitis

За последние годы в области восстановительной медицины было предложено множество немедикаментозных методов лечения, в то время как до сих пор не разработаны критерии эффективности проводимого лечения, отсутствует база данных доказательной медицины. Пылевой обструктивный бронхит характеризуется необратимым прогрессирующим течением со значительным нарушением качества жизни, приводящим к существенному экономическому ущербу. В то же время больные-инвалиды вследствие профессионального заболевания имеют рентную установку и не заинтересованы в улучшении состояния здоровья и активном выполнении программы медицинской реабилитации. На практике оценка проведенного лечения, сделанная врачом и пациентом, часто не совпадает. Вследствие этого разработка объективных критериев эффективности медицинской реабилитации весьма актуальна.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 200 историй болезни больных пылевым обструктивным бронхитом, находившихся на стационарном лечении в Центре восстановительной медицины и реабилитации № 2 г. Шахты. Средний возраст обследованных — 50,2 ± 1,5 лет. Длительность

заболевания — 7,5 ± 1,0 лет. Около 65 % больных были курильщиками. В прошлом большинство обследованных являлись высококвалифицированными горнорабочими (средний стаж работы в профессиях ГРОЗ, проходчик, машинист горновыемочных машин — 18,5 ± 2,0 лет). Средняя длительность лечения в стационаре составила 16 дней. Во время пребывания в стационаре больные получали комплексную базисную терапию (медикаментозную и немедикаментозную). По тяжести заболевания, комплексам лечения обследованные больные были сопоставимы.

Для объективной оценки эффективности лечения использовались следующие методы:

- оценка динамики клинических проявлений заболевания (кашель, одышка, наличие сухих хрипов, отделение мокроты) по шкале MRC с определением интегрального показателя эффективности лечения [6];
- оценка динамики функциональных показателей (ОФВ₁, тест с 6-минутной ходьбой) [3, 7];
- оценка динамики показателей неспецифической иммунологической резистентности организма (лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), типы адаптационных реакций) [1, 2];
- исследование качества жизни в динамике [3, 5].

Динамика клинических проявлений пылевого обструктивного бронхита (кашель, мокрота, одышка, хрипы) оценивалась в баллах по шкале MRC до и после лечения (табл. 1).

Таблица 1
Оценка клинических проявлений пылевого обструктивного бронхита (шкала MRC)

Клинические проявления	Клиника в баллах
Кашель	отсутствует – 0 покашливания – 1 приступы кашля меньше 5 раз в сутки – 2 приступы кашля до 5–10 раз в сутки – 3 приступы кашля более 10 раз в сутки – 4
Мокрота	отсутствует – 0 незначительное (ед. плевки) – 1 умеренное (50–100 мг) – 2 обильное (более 100 мг) – 3
Одышка	отсутствует – 0 при значительной физической нагрузке – 1 при ходьбе или подъеме по лестнице на 3-й этаж – 2 при ходьбе менее 500 м или подъеме ниже 3-го этажа – 3 при незначительной физической нагрузке – 4 в покое – 5
Хрипы	отсутствуют – 0 незначительные – 1 умеренные – 2 выраженные – 3

На тех же этапах определялся интегральный показатель эффективности лечения (ИПЭ):

Коэффициент эффективности = Сумма баллов до лечения / Сумма баллов после лечения

Ниже 1,0 – ухудшение; около 1,0 – без улучшения; от 1,0 до 1,3 – незначительное улучшение; от 1,3 до 3,0 – улучшение; больше 3,0 – значительное улучшение.

Показатели функции внешнего дыхания (ОФВ₁) определялись в начале и в конце лечения на спироанализаторе на 1–16-й день.

Для оценки физического состояния использовался тест с 6-минутной ходьбой. Оценка неспецифической иммунологической реактивности организма осуществлялась с помощью анализа качественно-количественного состава лейкоцитов периферической крови.

Было проведено исследование лейкоцитограммы периферической крови у 200 больных пылевым обструктивным бронхитом до и после лечения. У всех больных определялись типы адаптационных реакций по методу Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной, М.А. Уколовой. Наиболее оптимальным считается достижение в процессе восстановительного лечения реакции спокойной активации и тренировки.

Для оценки тяжести заболевания до и после лечения рассчитывался лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я. Кальф-Калифа (норма $1 \pm 0,5$).

Инструментом для исследования качества жизни являются опросники. Для оценки эффективности восстановительного лечения использовался специальный опросник, применяемый при обструктивных заболеваниях легких – опросник больницы Святого Георгия (SGRQ). Опросник

содержит 53 вопроса, объединенных в 4 шкалы: «симптомы», «активность», «влияние», «общее состояние здоровья».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Суммарная оценка динамики клинических симптомов в баллах по шкале MRC проводилась на 1-й и 16-й день лечения. Выраженность основных клинических симптомов (кашель, количество мокроты, одышка, хрипы) достоверно убывала к 16-му дню лечения с 12 ± 1 до 5 ± 2 баллов.

С помощью оценки динамики клинических проявлений заболевания до и после лечения рассчитан интегральный показатель эффективности лечения. В зависимости от использованных индивидуальных программ реабилитации величина показателя варьировала от $1,5 \pm 0,2$ (улучшение) до $3,2 \pm 0,4$ (значительное улучшение).

Отмечена положительная динамика функциональных показателей: увеличение ОФВ₁ с $56,2 \pm 0,2$ (до лечения) до $60,5 \pm 0,2$ % (после лечения); увеличение расстояния, пройденного пациентом за 6 минут, с $260,5 \pm 3,0$ до $278,4 \pm 3,0$ м.

Наблюдалось достоверное снижение лейкоцитарного индекса интоксикации с $3,2 \pm 0,2$ до лечения до $1,9 \pm 0,3$ после лечения, соответственно, тип адаптационной реакции со стресса сменился на реакцию тренировки (59,2 %) и реакцию спокойной активации (40,8 %), что свидетельствует о высокой эффективности проведенного восстановительного лечения.

Выявлена корреляционная зависимость между тяжестью заболевания, лейкоцитарным индексом интоксикации и типами адаптационных реакций (табл. 2).

Следовательно, типы адаптационных реакций, лейкоцитарный индекс интоксикации могут применяться для оценки состояния здоровья пациента и эффективности реабилитационных мероприятий.

Таблица 2
Соотношение между ЛИИ, типами адаптационных реакций и клиническими проявлениями

Типы адаптационных реакций	ЛИИ (n = 200)	Клинические проявления (сумма баллов)
Острый и хронический стресс	> 2	12–15
Реакция тренировки	$1,5 \pm 0,5$	7–10
Реакция спокойной активации	$1,0 \pm 0,5$	2–5
Реакция повышенной активации	$0,7 \pm 0,2$	2–3
Реакция переактивации	$0,5 \pm 0,2$	8–10

Анализ результатов анкетирования с помощью Опросника больницы Святого Георгия до начала лечения выявил в 87 % случаев изменения по шкале «симптомы», в 93 % случаев изменения по шкалам «активность» и «влияние», что свидетельствует о частых обострениях заболевания. Больные испытывали трудности при быстрой ходьбе, им приходилось часто останавливаться. Больные не могли заниматься теми видами деятельности, какими им хотелось бы.

В результате проведенного восстановительного лечения выявлено достоверное снижение ($p \leq 0,05$) суммы баллов по всем четырем шкалам (табл. 3), что подтверждает эффективность медицинской реабилитации.

Таблица 3
Результаты исследования качества жизни у больных пылевым обструктивным бронхитом (опросник SGRQ)

Шкалы	Сумма баллов до лечения (n = 200)	Сумма баллов после лечения (n = 200)
Симптомы	80,2 ± 5,2	72,5 ± 5,2
Активность	79,2 ± 5,2	64,5 ± 5,2
Влияние	45,2 ± 5,2	40,3 ± 2,2
Общее состояние здоровья	30,4 ± 1,3	20,2 ± 0,2

По нашим наблюдениям, показатели качества жизни отражают способность больного адаптироваться к болезни. Мы считаем, что недостатком опросника SGRQ является невысокая чувствительность к изменениям состояния здоровья в течение короткого периода времени (2 – 3 недели). Однако отмечена достоверная корреляционная связь результатов опроса по шкале «симптомы» с динамикой ОФВ-1 у больных пылевым обструктивным бронхитом.

Оценка результатов проведенного лечения, даваемая врачом и пациентом, во многих случаях не совпадала. Одной из причин такого несовпадения является рентная установка больных профессиональными заболеваниями.

Данные о качестве жизни могут помочь врачам более глубоко понять влияние заболевания на жизнь больного, определить индивидуальную реакцию пациента на болезнь. Оценка качества жизни должна проводиться в конце каждого этапа медицинской реабилитации (амбулаторного, стационарного, санаторного).

ВЫВОДЫ

1. Результаты выполненных исследований позволяют рекомендовать следующие критерии

эффективности медицинской реабилитации у больных пылевым обструктивным бронхитом: интегральный показатель эффективности лечения, оценку качества жизни больного с помощью русифицированного опросника SGRQ, оценку динамики функциональных показателей (ОФВ-1, тест с 6-минутной ходьбой), определение типа адаптационной реакции и лейкоцитарного индекса интоксикации.

2. Предложенные критерии оценки эффективности медицинской реабилитации должны применяться на этапе стационарной медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями органов дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. — М., 1998. — 656 с.
2. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе автора и его практическом значении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1950. — 24 с.
3. Медицинская реабилитация / Под ред. В.М. Богомолова. — М. — Пермь: Звезда, 1998. — 213 с.
4. Петров В.Г., Смоленов И.В., Медведева С.С. Качество жизни детей с бронхиальной астмой, как критерий эффективности проводимой терапии // Вестник Волгоград. медицинской академии. — 2004. — № 2 (10). — С. 46 – 49.
5. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни при хронической обструктивной болезни легких // В кн.: Хронические обструктивные болезни легких; под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Бином, 1998. — С. 171 – 191.
6. Ясногородский В.Г., Строганов С.В., Орлова Г.И. и др. Эффективность физической терапии, пути и способы её повышения // Вопросы курортологии. — 1980. — № 6. — С. 24 – 28.
7. Tjshina M.T., Kaplan R.M. Experimentation of rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: short-term effect on exercise endurance and hiatus // Health Psychol. — 1990. — N 9 (3). — P. 237 – 252.

Сведения об авторах

Быковская Татьяна Юрьевна – кандидат медицинских наук, министр здравоохранения Ростовской области (344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33; e-mail: minzdrav@aanet.ru)

Пиктушанская Татьяна Евгеньевна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением выездной диагностики ГБУ РО «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 2» (346510, г. Шахты, пер. Дубинина, 4; e-mail: centreat@yandex.ru)

Пиктушанская Ирина Николаевна – доктор медицинских наук, главный врач ГБУ РО «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 2»

Яковлева Екатерина Петровна – заведующая отделением медицинской реабилитации ГБУ РО «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 2»

Шабалкин Андрей Иванович – заместитель главного врача ГБУ РО «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 2»