

## Просвітницька робота з хворими на хронічне обструктивне захворювання легень

*Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)*

**Постановка наукової проблеми та її значення.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на сьогодні залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я. У медико-соціальному та економічному плані воно є однією з основних причин захворюваності й смертності в усьому світі; люди страждають від цього захворювання роками та передчасно вмирають від нього або від його ускладнень. У всьому світі простежуємо прискорене зростання ХОЗЛ унаслідок тривалого впливу факторів ризику й старіння населення. Частка ХОЗЛ як однієї з провідних причин смертності постійно збільшується. На ХОЗЛ страждає від 8 до 22 % дорослих у віці 40 і більше років [5].

За результатами великих скринінгових досліджень, поширеність ХОЗЛ більша в курців, ніж у некурців, у людей старше 40 років більша, ніж у молодих, у чоловіків – більша, ніж у жінок. При цьому суспільство мало знає про цю проблему, а за витратами на наукові дослідження ХОЗЛ перебуває на 13-му місці. Серед усіх пацієнтів із ХОЗЛ лише в половині встановлено діагноз [5; 13].

Захворювання має величезний економічний вплив: за даними 2011 р., 1/5 частина причин втрати працездатності займає ХОЗЛ, середній вік виходу на пенсію з ХОЗЛ у розвинених країнах – 54 роки (зменшений на 11 років). У США збитки становлять 316 000 дол. США на людину. ХОЗЛ – це медичний, соціальний та економічний збиток для всього світового суспільства, який, можливо, ще більш виражений в українських реаліях [3; 5; 8].

У країнах Євроспівки витрати на лікування захворювань органів дихання становлять 6 % усього бюджету на охорону здоров'я, із них 56 % (38,6 млрд євро) припадає на ХОЗЛ.

ВООЗ передбачає, що до 2020 р. ця патологія з 12 місця найпоширеніших у світі захворювань посяде 5-те місце як причина смертності – із 6-го підніметься на 3-тє, а за соціально-економічними збитками займе 5-те місце. За даними ВООЗ, ХОЗЛ забирає удвічі більше життів, ніж рак легень, і щорічно у всьому світі від цієї патології помиратимуть 10 млн курців [7; 13].

Незважаючи на зростаючі лікувально-реабілітаційні можливості сучасних медичних засобів та способів лікування, проблема відновлювального лікування хворих на ХОЗЛ не втрачає своєї актуальності, тому виникає потреба пошуку нових методів покращення їх ефективності.

**Аналіз досліджень цієї проблеми.** ХОЗЛ – поширене захворювання, яке можна попередити та лікувати, що характеризується стійким, зазвичай прогресуючим обмеженням прохідності дихальних шляхів та асоціюється з підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів і легень на дію шкідливих часток та газів. Тяжкість перебігу захворювання в окремих пацієнтів зумовлена його рецидивом і наявністю супутніх захворювань. Загострення значною мірою пришвидшують прогресування ХОЗЛ, погіршують переносимість фізичних навантажень, якість життя, погіршують прогноз [1; 9; 12].

Захворюваність і смертність від ХОЗЛ, незважаючи на розвиток медичної науки, продовжує зростати. Тяжкість перебігу, підходи до лікування, прогноз при ХОЗЛ визначаються не лише ступенем ураження бронхо-легеневої системи, але й позалегеновими проявами захворювання та наявністю коморбідної патології [10; 14; 17].

Існує декілька причин стрімкого збільшення рівня захворюваності ХОЗЛ і смерті від їх ускладнень, серед яких можна виділити низький рівень ранньої діагностики ХОЗЛ, низьку поінформованість населення про симптоми й наслідки цієї патології, недостатню настороженість лікарів-терапевтів щодо пацієнтів із ранніми симптомами та чинниками ризику розвитку ХОЗЛ, недостатнє оснащення поліклінічних відділень сучасною апаратурою для проведення спірометричних досліджень.

За даними ВООЗ, понад 50 % пацієнтів із ХОЗЛ звертаються до фахівців на пізніх стадіях захворювання. Тим часом саме ранній початок лікування ХОЗЛ запобігає прогресуванню захворювання й забезпечує можливість ведення активного способу життя впродовж багатьох років.

На думку експертів Європейського респіраторного товариства, від 9 до 30 % осіб, які страждають на ХОЗЛ, не підозрюють про наявність у них захворювання. ХОЗЛ зазвичай не діагностується до розвитку клінічно виражених стадій захворювання. За їх даними, лише 25 % випадків захворювання діагностуються своєчасно. Близько 65 % пацієнтів із діагностованим ХОЗЛ не отримують адекватної терапії. У нашій країні цей показник, на жаль, значно вищий.

Особлива актуальність широкого впровадження фізичної реабілітації в пульмонологічну практику визначається сучасними уявленнями про позалегенові порушення, що розвиваються внаслідок ХОЗЛ. Навіть на фоні адекватного медикаментозного лікування у хворих на ХОЗЛ зберігаються слабкість, зниження працездатності та толерантності до фізичного навантаження, депресія, зменшення загальної та м'язової маси тіла, часто виникають порушення зі сторони серцево-судинної системи [2; 7; 16].

На сьогодні немає обґрунтованих рекомендацій для самостійного застосування хворими засобів фізичної реабілітації, які підлягають корекції на різних етапах медичної реабілітації хворих на ХОЗЛ.

**Мета дослідження** – науково обґрунтувати та розробити алгоритм самостійного застосування хворими на ХОЗЛ засобів фізичної реабілітації.

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** У хворих на ХОЗЛ відбуваються значущі зміни в емоційній та психічній сферах, виникають депресії, підвищена тривожність. На ранніх стадіях захворювання ці розлади пов'язують із гіпоксією. Хворі стають дратівливими, іноді навіть агресивними. На тлі прогресування патологічного процесу відбуваються зниження працездатності й толерантності до фізичного навантаження, зменшується соціальна активність хворих із виникненням відчуття ізоляції від інших людей, що ще більше підсилює депресію.

Безпосередня відповідальність пацієнта за стан свого здоров'я в реабілітаційних заходах узагалі ніде не позначається. Традиційно хворий пасивно приймає допомогу від фізичного реабілітолога й очікує відповідальності за результат від останнього, як максимум – може сам виконати комплекс вправ. Натомість, на нашу думку, надзвичайно перспективним є активне залучення до самопомоги та відповідальності за стан свого здоров'я безпосередньо самих пацієнтів, що матиме як медичне, так і соціально-економічне значення.

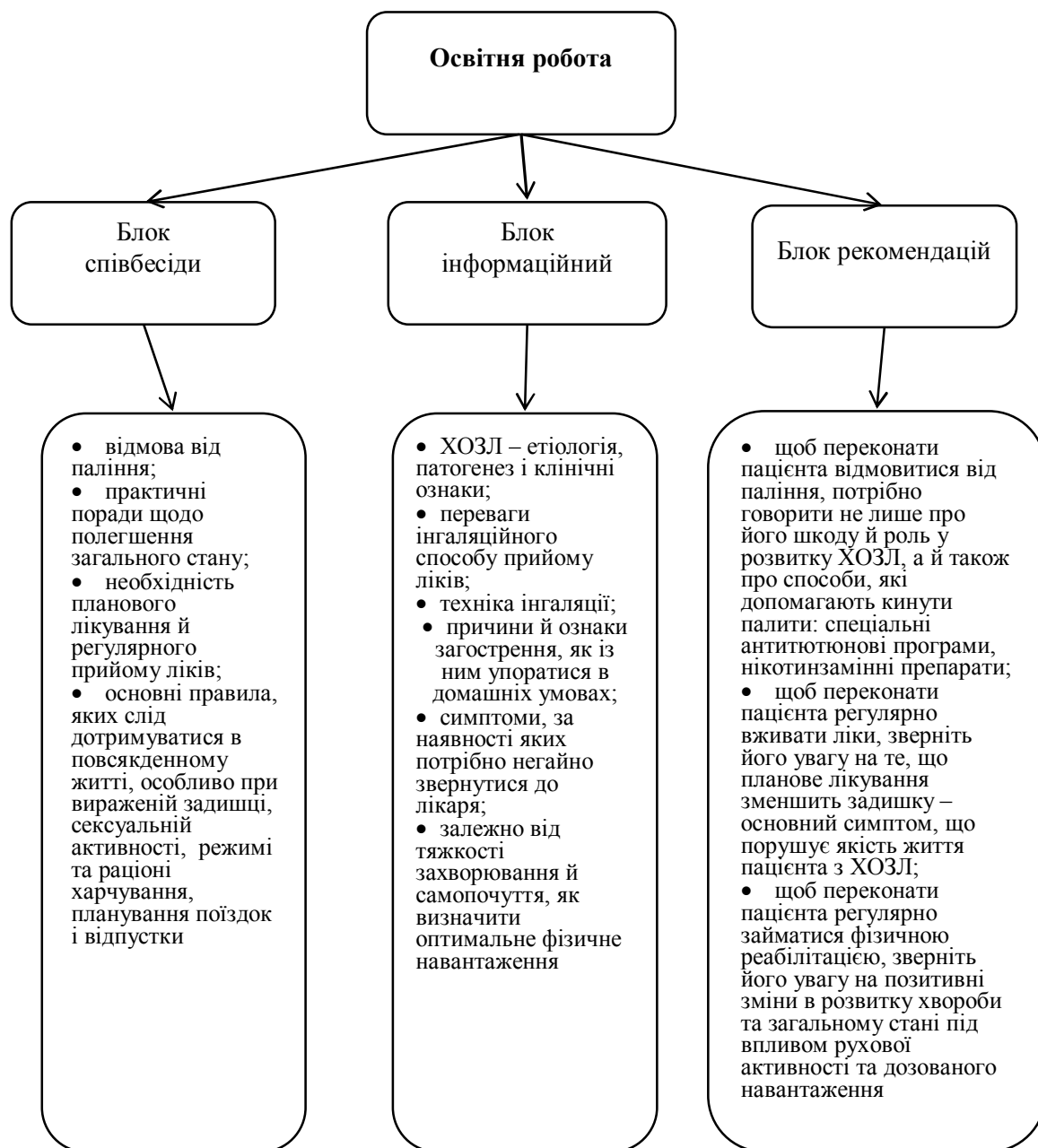
Оскільки питаннями відновного лікування хворих, а разом із цим і первинною та вторинною профілактикою займається медична й фізична реабілітація, а з огляду на зростання захворюваності населення, потрібно думати про необхідність їх удосконалення за допомогою максимального залучення у відновлювальний лікувально-профілактичний комплекс нових заходів і самих пацієнтів.

У сучасному розумінні, реабілітація – це диференційована етапна система лікувально-профілактичних заходів, які забезпечують цілісність функціонування організму та, як наслідок, максимальне відновлення здоров'я хворого до оптимального рівня працездатності за допомогою комплексного, послідовного й узгодженого застосування індивідуального комплексу методів фармакологічної, хірургічної, фізичної та психофізіологічної дії на функціонально або патологічно змінені органи й системи організму.

Реабілітація посідає провідне місце в комплексному лікуванні пацієнтів із ХОЗЛ. Це положення сформульоване в узгодженій заяві Європейського респіраторного товариства та Американського торакального товариства (ERS/ATS, 2014), де сказано, що «легенева (пульмонологічна) реабілітація (pulmonary rehabilitation) є мультидисциплінарною, заснованою на доказовій базі, усеохоплюючою системою заходів для хворого на хронічне захворюванням органів дихання, що має клінічно значущий перебіг та порушення рівня повсякденної активності». Упроваджена в щоденне лікування хворих легенева реабілітація дає змогу зменшити прояви хвороби, оптимізувати функціональний статус хворого й знизити вартість лікування за рахунок стабілізації або зменшення системних проявів хвороби [6; 11].

Застосування у хворих на ХОЗЛ пульмонологічної реабілітації дає змогу досягти тих позитивних змін, які не можуть бути досягнуті лише за допомогою медикаментозної терапії. Завдяки її застосуванню, підвищується толерантність до фізичного навантаження; зменшуються частота та інтенсивність нападів ядухи; кількість і тривалість госпіталізацій; підвищується виживаність хворих; поліпшується якість життя, що виражається, насамперед, у зменшенні занепокоєння й депресії, які пов'язані з ХОЗЛ. Пульмонологічна реабілітація хворих уключає декілька етапів: оцінку стану пацієнта; навчання хворого; заходи з корекції маси тіла; фізичні тренувальні програми; психологічну підтримку. Для кожного хворого на ХОЗЛ підбирають індивідуальну програму реабілітації з урахуванням специфічних фізіологічних і психопатологічних порушень чи змін, викликаних основним та супутніми захворюваннями [2; 4; 15].

Зважаючи на низьку інформованість не лише населення, а й самих хворих на ХОЗЛ щодо необхідності застосування цілеспрямованої фізичної активності, для профілактики й реабілітації при різних захворюваннях ми розробили алгоритм освітньої роботи з хворими на ХОЗЛ (рис. 1) та поради щодо способу життя (табл. 1), аби пацієнти розуміли й могли самостійно застосувати засоби фізичної реабілітації. Алгоритм освітньої роботи включає блок співбесід, інформаційний блок і блок рекомендацій, що охоплює весь спектр необхідної інформації для засвоєння та втілення в життя хворими на ХОЗЛ. Адже тільки добре зрозумівши, обговоривши з фахівцями й отримавши рекомендації, пацієнт свідомо почне дбати про своє здоров'я.



**Рис. 1.** Алгоритм освітньої роботи з хворими на ХОЗЛ

## Поради щодо способу життя хворих на ХОЗЛ

	Обґрунтування	Необхідні дії
Припинення паління	Доведено, що припинення паління уповільнює темпи зменшення ОФВ <sub>1</sub> .	Надання допомоги в припиненні куріння відповідно до Стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів
Дієта з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів	Правильна дієта впливає на скорочувальну здатність м'язів, що беруть участь в акті дихання, та зменшує їх утомлюваність.	1. Проведення консультації щодо харчування. 2. Визначення ІМТ (у нормі – 18,5–25). Якщо ІМТ низький – корекція харчування, рекомендація щодо збільшення споживання калорій і, за наявності можливості, виконання фізичних вправ. У пацієнтів похилого віку потрібно звернути увагу на зміну ваги, особливо якщо коливання більше від 3 кг.
Дихальна гімнастика	Дихальна гімнастика спрямована на підвищення функціональних можливостей дихального апарату за допомогою відновлення вільного й економного дихання. Різні варіанти дихальної гімнастики забезпечують належну координацію роботи відповідних м'язів під час усіх фаз дихання.	Направлення пацієнта на консультацію до фізичного реабілітолога щодо підбору дихальної гімнастики.
Раціональне працевлаштування (з елімінацією впливу подразнювальних та токсичних чинників на робочому місці)	Своєчасне усунення впливу шкідливих чинників виробничого середовища вповільнює темпи прогресування захворювання, впливає на перебіг загострень та виникнення ускладнень.	Надання рекомендацій пацієнту, який працює в умовах впливу шкідливих виробничих чинників щодо раціонального працевлаштування.

Тому алгоритм освітньої роботи з хворими на ХОЗЛ може постійно вдосконалюватися, урахувавши індивідуальні особливості пацієнтів, тяжкість захворювання та етап реабілітації.

Поради щодо способу життя хворих на ХОЗЛ мають бути обґрунтовані й обов'язково включати необхідні дії для їх виконання. Насамперед це стосується припинення паління хворими, дотримання дієти, застосування дихальної гімнастики й, у разі необхідності, раціональне працевлаштування.

Як уже сказано вище, порушення з боку психоемоційної сфери є одним із вагомих факторів, що значуще негативно впливають на якість життя пацієнтів із ХОЗЛ, тому психологічна й соціальна підтримка хворих на всіх етапах реабілітації допомагає їм адаптуватися до свого стану та сприяє формуванню позитивного мислення. Навчання пацієнтів проводиться на всіх етапах реабілітаційної програми. Хворі на ХОЗЛ повинні розуміти сутність свого захворювання й ретельно виконувати рекомендації лікаря та фізичного реабілітолога. Дуже важливим моментом є відмова від тютюнопаління на будь-якій стадії захворювання.

Проведення просвітницької роботи широко включає активне залучення хворого, фахівців, котрі з ним працюють, та членів родини. Перспективний напрям – проведення різних майстер-класів із методики застосування засобів фізичної реабілітації, на яких хворі разом із фізичним реабілітологом (а в подальшому самостійно) виконують комплекс вправ, застосовують деякі неінвазивні методи фізіотерапії, самомасаж, у тому числі точковий. Демонстрації вправ, що входять в обов'язковий комплекс лікувальної фізичної культури, передують роз'яснювальна бесіда, де позначається принципово важлива роль самих пацієнтів у відновленні та підтримці власного здоров'я та відповідальності за це.

Хворі на ХОЗЛ повинні отримувати «домашні завдання», регулярно виконувати реабілітаційно-профілактичний комплекс і залучати своїх близьких. Мета санітарно-просвітницької роботи полягає в підвищенні ефективності лікувальних і реабілітаційних заходів і прищепленні пацієнтам необхідних практичних навичок, дотримання яких дасть змогу не відчувати дискомфорту в житті.

Регулярне медичне спостереження, спільне обговорення й розробка плану тривалої базисної терапії та дій у невідкладних ситуаціях мають бути закріплені санітарно-просвітницькими програмами, що є комплексом заходів, які сприяють підвищенню інформованості пацієнта, формуванню його активної позиції щодо лікування, фізичної реабілітації та профілактики загострень і, як наслідок, зниженню тяжкості клінічних симптомів і забезпеченню контролю над ХОЗЛ загалом. Опитування хворих також виявило позитивне ставлення пацієнтів до виконання вправ, їх зацікавленість та активну участь у процесі фізичної реабілітації.

**Висновки.** Пульмонологічна реабілітація посідає важливе місце в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ. Обов'язковою складовою частиною програм фізичної реабілітації хворих має бути просвітницька робота, що включає блок співбесід, інформаційний блок і блок рекомендацій. Алгоритм освітньої роботи з хворими на ХОЗЛ може постійно вдосконалюватися, урахувавши індивідуальні особливості пацієнтів, тяжкість захворювання й етап реабілітації. Поради щодо дотримання способу життя мають бути обґрунтовані й обов'язково включати необхідні дії для їх виконання. Насамперед це стосується припинення паління хворими, дотримання дієти, застосування дихальної гімнастики та, за необхідності, раціональне працевлаштування.

**Перспективи подальших досліджень.** Наші дослідження будуть спрямовані на вивчення ефективності фізичної реабілітації хворих на ХОЗЛ.

#### *Джерела та література*

1. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи : навч. посіб. (Гриф Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1/11-8114 від 29.08.11 р.) / І. М. Григус. – Львів : «Новий світ-2000», 2012. – 170 с.
2. Малявин А. Г. Респираторная медицинская реабилитация. Практическое руководство для врачей / А. Г. Малявин. – М. : Практ. медицина, 2006. – 416 с.
3. Майструк М. І. Обґрунтування необхідності проведення фізичної реабілітації хворих на хронічні обструктивні захворювання легень / М. І. Майструк, Н. І. Поліщук, І. М. Григус // Здоров'я для всіх : матеріали VI междунар. науч.-практ. конф., УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, 23–24 апреля 2015 г. / Министерство образования Республики Беларусь и др. ; редкол. : К. К. Шебеко и др. – Пинск : ПолесГУ, 2015. – С. 120–122.
4. Стремоухов А. Обучение и санитарное просвещение пациентов (актуальность проблемы и собственный опыт) / А. Стремоухов, В. Ерохин, М. Смирнова, Н. Киреева // Врач. – 2007. – № 3. – С. 115–118.
5. Хронічне обструктивне захворювання легень. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (Рекомендовано Наказом Міністерства охорони здоров'я від 27 червня 2013 року, № 555, зі змінами від 16.04.2014 р., № 270. – 2014. – 147 с.
6. Busch A. M. Depressed mood predicts pulmonary rehabilitation completion among women, but not men / A. M. Busch, L. A. Scott-Sheldon, J. Pierce, E. A. Chattillion, K. Cunningham, M. L. Buckley [et al.] // Respir Med. – 2014 Jul. – 108(7). – S. 1007–1013.
7. Maio S. COPD management according to old and new GOLD guidelines: an observational study with Italian general practitioners / S. Maio, S. Baldacci, F. Martini, S. Cerrai, G. Sarno, M. Borbotti [et al.] // Curr Med Res Opin. – 2014 June. – 30(6). – S. 1033–1042.
8. Criner G. J. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline / G. J. Criner, J. Bourbeau, R. L. Diekemper, D. R. Ouellette, D. Goodridge, P. Hernandez [et al.] // Chest. – 2015. – Apr 147(4). – P. 894–2.
9. Köhnlein T. Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicentre, randomised, controlled clinical trial / T. Köhnlein, W. Windisch, D. Köhler, A. Drabik, J. Geiseler, S. Hartl [et al.] // Lancet Respir Med. – 2014 Sep. – 2(9). – P. 698–705.
10. Kruis AL, Boland MRS, Assendelft WJJ, Gussekloo J, Tsiachristas A, Stijnen T, et al. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial // BMJ 2014. – 349. – P. 5392.
11. Kon S. S. The Clinical COPD Questionnaire: response to pulmonary rehabilitation and minimal clinically important difference / S. S. Kon, D. Dilaver, M. Mittal, C. M. Nolan, A. L. Clark, J. L. Canavan [et al.] // Thorax. – 2014. – Sep. – 69(9). – P. 793–8.
12. Busch A. M. Depressed mood predicts pulmonary rehabilitation completion among women, but not men / A. M. Busch, L. A. Scott-Sheldon, J. Pierce, E. A. Chattillion, K. Cunningham, M. L. Buckley [et al.] // Respir Med. – 2014 Jul. – 108(7). – P. 1007–13.
13. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. – Updated 2016. <http://www.goldcopd.org/>
14. Grygus I. Obecny stan przewlekłej obturacyjnej choroby płuc / I. Grygus, M. Maistruk // Journal of Health Sciences. – 2013. – 3(10). – P. 729–744.
15. Maio S. COPD management according to old and new GOLD guidelines: an observational study with Italian general practitioners / S. Maio, S. Baldacci, F. Martini, S. Cerrai, G. Sarno, M. Borbotti [et al.] // Curr Med Res Opin. – 2014 – June. – 30(6). – P. 1033–42.
16. Leivseth L. GOLD classifications and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: the HUNT Study, Norway / L. Leivseth., B. M. Brumpton, T. I. Nilsen, X. M. Mai, R. Johnsen, A. Langhammer // Thorax. – 2013. – October. – 68(10). – P. 914–21.
17. Jones, P. W. Characteristics of a COPD population categorized using the GOLD framework by health status and exacerbations / P. W. Jones, G. Nadeau, M. Small, L. Adamek // Respir. Med. – 2014. – Vol. 108(1). – P. 129–135.

#### *Анотації*

*Хронічне обструктивне захворювання легень – поширене захворювання, яке можна попередити та лікувати. У статті наведено сучасні дані щодо поширення хронічного обструктивного захворювання легень, показники смертності, витрати на лікування та прогностичні дані ВООЗ на майбутнє. Обґрунтовано необхідність проведення фізичної реабілітації хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з обов'язковим*

проведенням просвітницької роботи з ними. Запропоновано алгоритм проведення освітньої роботи з хворими на хронічне обструктивне захворювання легень та поради щодо дотримання способу життя. Запропонована просвітницька робота включає блок співбесід, інформаційний блок та блок рекомендацій. Акцентовано увагу на тому, що освітня робота може постійно вдосконалюватися, урахувавши індивідуальні особливості пацієнтів, тяжкість захворювання та етап реабілітації хворих. Поради щодо способу життя включають припинення паління хворими, дотримання дієти, застосування дихальної гімнастики й, у разі потреби, раціональне працевлаштування.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, фізична реабілітація, просвітницька робота, алгоритм.

**Николай Майструк. Просветительская работа с больными хроническим обструктивным заболеванием лёгких.** Хроническое обструктивное заболевание легких – распространённое заболевание, которое можно предупредить и лечить. В статье приведены современные данные о распространении хронического обструктивного заболевания лёгких, показатели смертности, расходы на лечение и прогностические данные ВОЗ на будущее. Обоснована необходимость проведения физической реабилитации больных хроническим обструктивным заболеванием лёгких с обязательным проведением просветительской работы с ними. Предложен алгоритм проведения образовательной работы с больными хроническим обструктивным заболеванием лёгких и советы по соблюдению образа жизни. Предложенная просветительская работа включает блок собеседований, информационный блок и блок рекомендаций. Внимание акцентируется на том, что образовательная работа может постоянно совершенствоваться, учитывая индивидуальные особенности пациентов, тяжесть заболевания и этап реабилитации больных. Советы по образу жизни включают прекращение курения больными, соблюдение диеты, применение дыхательной гимнастики и, в случае необходимости, рациональное трудоустройство.

**Ключевые слова:** хроническое обструктивное заболевание лёгких, физическая реабилитация, просветительская работа, алгоритм.

**Mykola Maystruk. Educational Work with the Ill with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.** Chronic obstructive pulmonary disease is a common disease that can be prevented and treated. The article presents current data on spread of chronic obstructive pulmonary disease, mortality rate, cost of treatment and prognostic data of WHO for the future. It is grounded the necessity of physical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease with obligatory carrying out of educational work with them. It was proposed the algorithm of conducting of educational work with the ill with chronic obstructive pulmonary disease and advice on observance of lifestyle. The proposed work includes educational unit interviews, information block and block guidelines. The attention was paid to the fact that educational work can always be improved taking into account individual peculiarities of a patient, severity of the disease and stage of rehabilitation of patients. Advice on lifestyle: stop smoking, being on a diet, practicing breathing exercises, and if necessary, rational job placement.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, physical rehabilitation, educational activity, algorithm.