



мониторинга, включающего, при необходимости, инвазивное измерение АД в непрерывном режиме, измерение ВЧД посредством внутрижелудочкового или паренхиматозного мониторинга, мониторинг мозгового кровотока с использованием транскраниальной доплерографии. Одновременное измерение ВЧД и инвазивного АД позволяет измерять церебральное перфузионное давление, которое является суррогатным показателем мозгового кровотока и отражает адекватность перфузии мозговой ткани [18]. Мозговой микродиализ делает возможным анализ содержания метаболитов (глюкозы, лактата, пирувата, глутамата) во внеклеточном пространстве. Соотношение лактат/пируват является чувствительным индикатором недостатка кислорода, а повышение концентрации глутамата коррелирует с развитием ишемии и гибелью нейронов [19].

Последние сообщения показывают, что частота и интенсивность проводимых реабилитационных мероприятий недостаточны для максимального восстановления утраченных функций. Lincoln et al. [20] сообщают, что 25% времени пациентов в отделении реабилитации инсульта посвящено собственно процессу реабилитации. По данным других исследователей, 53% времени пациенты проводят в постели, 60% времени – без сопровождения медицинского персонала и родственников.

Таким образом, успешность проведения ранней реабилитации пациентов после инсульта в основном определяется уровнем неврологического дефицита, приверженностью медицинского персонала к проведению реабилитационных мероприятий, реализацией реабилитационного потенциала пациента, наличием сопутствующей соматической патологии, нахождением в специализированном отделении инсульта, длительностью пребывания в стационаре, интенсивностью реабилитационных мероприятий.

Алгоритм проведения реабилитационных мероприятий в острейшем периоде инсульта

Современные достижения нейрореабилитологии и опыт работы отделений нейрореабилитации ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздравсоцразвития РФ позволили разработать программу реабилитации пациентов в острейшем периоде инсульта, включающую как традиционные методики, так и инновационные технологии.

Целью работы коллектива авторов явилось создание на основании мировых рекомендаций, данных крупных зарубежных и отечественных исследований, собственном многолетнем опыте алгоритма реабилитационных мероприятий, проводимых с первых часов после инсульта.

Реабилитационные мероприятия показаны абсолютному большинству пациентов в острейшем периоде тяжелого инсульта за исключением крайне тяжелых состояний: шок различного генеза (септический, геморрагический, кардиогенный), атоническая кома (менее 4-х баллов по шкале комы Глазго), нарастающая дислокационная симптоматика, требующая реанимационных мероприятий, необходимость срочного оперативного вмешательства, а также тяжесть инсульта по шкале NIHSS более 35 баллов.

В зависимости от тяжести инсульта в ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздравсоцразвития России был разработан дифференцированный алгоритм реабилитационных мероприятий, реализующий основные принципы нейрореабилитации: интенсивность, этапность, комплексность, безопасность. Минимальная программа реабилитации проводится, начиная с первых суток инсульта, и включает в себя, наряду с блоком традиционных мероприятий (лечение положением, укладки паретичных конечностей, лечебная гимнастика, классический массаж паретичной руки, дренажный массаж грудной клетки) нервно-мышечную стимуляцию дистальных отделов па-

ретичной руки. Проведенные в Научном центре неврологии РАМН исследования [21] показали, что применение нервно-мышечной стимуляции паретичной руки в первые часы после инсульта положительно влияло на восстановление двигательной функции конечности, не ухудшая при этом состояния мозгового кровотока и не увеличивая зону инфаркта. Полученные данные позволили включить данную методику в минимальную реабилитационную программу. При исключении флотирующих тромбов в сосудах нижних конечностей, стабильности центральной гемодинамики, отсутствии нарастающей неврологической симптоматики программа реабилитации расширяется: дополнительно проводится присаживание пациента в кровати с опущенными нижними конечностями в компрессионном трикотаже, вертикализация на аппарате «Ergo», нервно-мышечная стимуляция дистальных отделов паретичной ноги, перемежающаяся пневмомассаж ног, механостимуляция опорных точек стоп в режиме циклограммы ходьбы, циклические тренировки на аппарате «Motomed» в пассивном и активном режимах. Совокупность перечисленных методик составляет субинтенсивную программу реабилитации. Критериями перехода к интенсивной программе служат повышение уровня сознания до 14 баллов, тяжесть инсульта по шкале NIHSS менее 16 баллов. Интенсивная программа также включает занятия с логопедом, нейропсихологом, внутриглоточную электромиостимуляцию.

Вышеперечисленные мероприятия проводятся в условиях реанимационного отделения. Следует подчеркнуть, что объем реабилитационных процедур определяется не сроком инсульта, а тяжестью состояния пациента. На последующих этапах, после перевода пациента в неврологическое отделение, программа нейрореабилитации расширяется. Рассмотрение вопросов дальнейшей реабилитации пациентов не входит в задачи данной статьи, так как охватывает последующие периоды инсульта.

Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий в ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздравсоцразвития России проведено сравнение двух групп пациентов, проходивших курс интенсивной реабилитации (55 человек) и получавших стандартное лечение (33 человека). Клиническое тестирование с использованием шкал, нейрофизиологическое обследование (транскраниальная магнитная стимуляция, соматосенсорные вызванные потенциалы головного мозга) проводилось при поступлении в стационар, к концу 3, 6 и через 12 месяцев. При предварительном сравнении отдаленных результатов, в первой группе функциональный исход (по данным клинических тестов и нейрофизиологических показателей) был лучше. К сожалению, данное исследование не обладает достаточной статистической мощностью чтобы достоверно доказать преимущества ранней активной реабилитации по сравнению с традиционным лечением. Полученные результаты позволяют лишь предположить пользу сформулированного подхода, но не доказывают ее. В настоящее время в нашем центре ведется статистическая обработка базы данных пациентов, проходивших реабилитацию в острейшем периоде инсульта с 2007 по 2010 годы, которая позволит однозначно ответить на поставленный вопрос: эффективна ли ранняя активная реабилитация пациентов после ОНМК с использованием разработанного алгоритма.

На основании предварительных данных мы полагаем, что проведение ранней реабилитации при соблюдении сформулированных принципов позволит предотвратить возможные осложнения в острейшем периоде тяжелого инсульта, будет способствовать ускорению восстановления двигательных, когнитивных функций, более полному восстановлению функциональных возможностей пациента, оказывая влияние на нейропластичность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Крылов В.В. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации. Неврологический вестник – 2007 – Т. XXXIX, вып. 1 – с. 128-133.
2. Материалы сайта www.minzdravsoc.ru: <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/43>; <http://www.minzdravsoc.ru/social/invalid-defence/45>.
3. Langhorne P, on behalf of the Stroke Unit Trialists' Collaboration. The effect of different types of organised inpatient (stroke unit) care: an updated systematic review and meta-analysis. *Cerebrovasc. Dis.* 2005;19:17.
4. Indredavik B, Bakke F, Slordahl S, Rokseth R, Haheim L, Holme I. Benefits of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke.* 1991;22:1026-1031.
5. Ronning O, Guldvog B. Outcome of subacute stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Stroke.* 1998;29:779-784.
6. Indredavik B, Bakke RPT, Slordahl SA, Rokseth R, Haheim LL. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: which aspects are most important? *Stroke.* 1999;30:917-923.
7. Bernhardt J, Chitravas N, Meslo IL, Thrift AG, Indredavik B. Not All Stroke Units Are the Same: A Comparison of Physical Activity Patterns in Melbourne, Australia and Trondheim, Norway. *Stroke* 2008;39:2059-2065.
8. Indredavik B, Loge A, Rohweder G, Lydersen S. Early mobilisation of acute stroke patients is tolerated well, increases mean blood pressure and oxygen saturation and improves consciousness. *Cerebrovasc. Dis.* 2007;23(suppl 2):65.
9. Kwakkel G, Wagenaar R, Koelmans T, Lankhorst G, Koetsier J. Effects of intensity of rehabilitation after stroke. *Stroke.* 1997;28:1550-1556.
10. Diserens K, Michel P, Bogousslavsky J. Early mobilisation after stroke: review of the literature. *Cerebrovasc. Dis.* 2006;22:183-190.
11. Bernhardt J, Indredavik B, Dewey H, Langhorne P, Lindley R, Donnan GA, Thrift AG, Collier JM. Mobilisation 'in bed' is not mobilisation [Letter]. *Cerebrovasc. Dis.* 2007;24:157-158.
12. Bernhardt J, Dewey HM, Thrift AG, Collier J, Donnan G. A very early rehabilitation trial for stroke (AVERT): phase II safety and feasibility. *Stroke.* 2008;39:390-396.
13. Ottenbacher K J, Smith P M, Illig S B, Linn R T, Ostir G V, Granger C V. Trends in Length of Stay, Living Setting, Functional Outcome, and Mortality Following Medical Rehabilitation. *JAMA.* 2004;292:1687-1695.
14. Petrusевич D et al. Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. *Medicina (Kaunas).* 2008;44(3):216-24.
15. Lauretani F, Saccavini M, Zaccaria B, Agosti M, Zampolini M, Franceschini M. Rehabilitation in patients affected by different types of stroke. A one-year follow-up study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2010;46.
16. Abilleira S, Gallofre M, Ribera A, Sanches E, Tresserras R. Quality of In-Hospital Stroke Care According to Evidence-Based Performance Measures: Results From the First Audit of Stroke, Catalonia (Spain) 2005/2006. *Stroke* 2009;40:1433-1438.
17. Дамулин И.В., Кононенко Е.В. Двигательные нарушения после инсульта: патогенетические и терапевтические аспекты. *Consilium Medicum* том 09/№2/2007.
18. Материалы Национального конгресса «Неотложные состояния в неврологии» Москва 2009 г.
19. Sarrafzadeh AS, Sakowitz OW, Kiening KL et al. Bedside microdialysis: a tool to monitor cerebral metabolism in subarachnoid hemorrhage patients? *Crit Care Med* 2002;30:1062-70.
20. Lincoln NB, Willis D, Philips SA, Jubi LC, Berman P. Comparison of rehabilitation practice on hospital wards for stroke patients. *Stroke* 1996;27:18-23.
21. Умарова П.М., Черникова Л.А., Танахан М.М., Кротенкова М.В. Нервно-мышечная электромиостимуляция в острейшем периоде ишемического инсульта. *Вопр. курортологии, физиотер., и леч. физкультуры* 2005; 4: 6-8.

РЕЗЮМЕ

Обзор посвящен актуальным вопросам ранней реабилитации пациентов с тяжелым инсультом. На примерах различных моделей реабилитационных программ показана значимость активных мероприятий в первые сутки после ОНМК. Проведен анализ причин, по которым ранняя реабилитация не проводится, рассмотрены прогностические факторы восстановления утраченных двигательных функций. Авторы формулируют оригинальный алгоритм реабилитационных мероприятий в острейшем периоде инсульта, основанный на данных мировой литературы и собственном многолетнем опыте.

Ключевые слова: острейший период инсульта, безопасность, модели реабилитационных программ, тяжелый инсульт.

ABSTRACT

This review enlightens some actual questions of early rehabilitation of patients after stroke. Positive role of active rehabilitation started within first 24 hours after stroke is shown on different examples of rehabilitation program models. Contraindications for early rehabilitation and its benefits are analyzed. Authors developed and applied an original rehabilitation program for patients in hyperacute stroke period.

Keywords: hyperacute stroke, safety, rehabilitation program models, severe stroke.

Контактная информация

Сидякина Ирина Владимировна. E-mail: sidneuro@mail.ru. Рабочий телефон: 8(499)190-78-10, факс: 8(499) 193-76-31.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ

УДК 616

Бородина М.А.

ФГОУ ИПК Федеральное медико-биологическое агентство России, г. Москва

Актуальность. Полиморбидность является одной из особенностей современной клиники внутренних болезней, а ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остаются наиболее распространенными заболеваниями взрослого населения.

По статистике последних лет ХОБЛ в большинстве стран является одной из самых частых причин смертности, а в возрастной группе старше 50 лет ХОБЛ занимает 3-е место среди других причин [20]. Такое увеличение смертности от ХОБЛ обуславливает рост числа пожилых лиц с заболеваниями органов дыхания в сочетании



с другой патологией, в первую очередь с поражением сердечно-сосудистой системы.

Экономический и социальный ущерб от ХОБЛ связан с высокими как прямыми, так и косвенными затратами и включает стоимость ресурсов здравоохранения, необходимых для диагностики и лечения ХОБЛ, последствия инвалидизации, временной нетрудоспособности, преждевременной смертности. В развитых странах самые большие затраты для систем здравоохранения связаны с обострениями ХОБЛ [18]. Увеличение степени тяжести ХОБЛ приводит к многократному росту затрат, связанных с госпитализациями и амбулаторной кислородотерапией [19].

После 60 лет происходит «накопление болезней» в условиях изменения личности, что способствует полипрагмазии и влияет на формирование лечебной тактики и программ восстановительного лечения у больных ХОБЛ [11, 12].

У лиц пожилого возраста ХОБЛ имеет свои особенности и оказывает серьезное влияние на клиническую картину, течение и лечение сопутствующих заболеваний, что существенно влияет на фармакокинетику лекарственных средств, используемых в лечении ХОБЛ [11]. При проведении крупных эпидемиологических исследований установлено повышение риска смерти от ИБС и инсульта у больных ХОБЛ при снижении объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) независимо от других факторов риска [13].

По данным исследований последних лет АГ диагностируется у 24-38% лиц пожилого возраста в период от 55 до 80 лет, формирующаяся преимущественно по механизму изолированной систолической АГ [2]. При этом лечение АГ у больного с ХОБЛ в пожилом возрасте представляет непростую задачу: антигипертензивные препараты не должны ухудшать бронхальную проходимость и снижать уровень калия в крови, так как гипокалиемия, приводя к мышечной слабости, может усугублять дыхательную недостаточность [10]. В одном из первых исследований NYET [цит. 6] по оценке возможности и целесообразности лечения пациентов старше 80 лет, имеющих сочетанную патологию, достигнут основной результат по значительному снижению частоты инсультов на фоне антигипертензивной терапии [1, 5].

Анализ данных литературы свидетельствует о высокой частоте сочетаний ИБС и ХОБЛ, что составляет 47,5% среди больных ХОБЛ и 36,8% среди больных ИБС [16]. Компоненты ИБС и бронхообструктивных заболеваний в настоящее время рассматриваются в рамках системного воспаления с вовлечением в патологический процесс всех органов и систем организма. Декомпенсация одного из заболеваний ведет к взаимному отягощению патологических процессов. Так проблема взаимосвязи ХОБЛ и кардиоваскулярной патологии рассматривается как с позиции простого сочетания различных нозологических форм, так и с точки зрения создания при ХОБЛ условий, способствующих формированию АГ, атеросклероза и ИБС [3, 4, 7, 13].

На фоне длительно текущего патологического воспалительного процесса в легких постепенно формируется гипертензия малого круга кровообращения с перестройкой бронхального дерева по типу фиброза, склероза, развития эмфиземы с гипертрофией миокарда правого желудочка и хронического легочного сердца. Дыхательная гипоксемия, увеличенные пред- и постнагрузка, составляющие основу гемодинамики ИБС, также способствуют гипертрофии и формированию кардиосклероза в миокарде левого желудочка с утяжелением течения ХОБЛ и ИБС [8].

С возрастом уменьшается количество и чувствительность β-адренорецепторов, что ведет к необходимости увеличения дозы β-адреномиметиков [16], которые при длительном приеме способствуют побочному аритмогенному эффекту, могут усугублять коронарную недостаточность, вызывать гипокалиемию, тремор и возбуждение.

Гипокалиемия может усиливаться при одновременном приеме кортикостероидов, ксантиновых препаратов – теофиллина в частности. Возникают серьезные проблемы при использовании пролонгированных бронходилататоров в связи с их кардиотоксичностью.

Важной медико-социальной проблемой при ХОБЛ является болезненность, характеризующаяся количеством визитов к врачу, обращений за неотложной помощью и госпитализаций. Болезненность при ХОБЛ увеличивается с возрастом и выше у мужчин, чем у женщин [15, 17]. На показатели болезненности от ХОБЛ могут влиять сопутствующие хронические заболевания, такие как болезни опорно-двигательного аппарата и сахарный диабет, которые не имеют непосредственной связи с ХОБЛ, но ухудшают качество жизни пациентов и затрудняют лечение. У пациентов с 3-й и 4-й стадией болезни болезненность, связанную с ХОБЛ, ошибочно могут принять за другие заболевания. ХОБЛ может симулировать хроническую сердечную недостаточность или вызывать ее обострение, являющееся самой частой причиной госпитализации у лиц пожилого и старческого возраста и одной из ведущих причин смертности [9, 14].

Таким образом, разработка немедикаментозных технологий, способствующих повышению эффективности лечения и, особенно, профилактики обострений распространенных соматических заболеваний является одной из приоритетных задач восстановительной медицины.

Целью данного исследования явилось клинико-функциональное обоснование применения немедикаментозных технологий у пациентов с ХОБЛ пожилого возраста и полиморбидностью.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 187 пациентов старше 60 лет, средний возраст которых составил 65±3,4 лет, из них ХОБЛ 1 степени тяжести была у 10 (5,4%) пациентов, 2 ст. – у 114 (60,9%), 3 ст. – у 63 (33,7%).

В соответствие с классификацией экспертов международной программы «Глобальная Инициатива по Хронической Обструктивной Болезни Легких» (GOLD), 2003; 2006, преобладали пациенты со средне-тяжелым и тяжелым течением болезни. Проведено ультразвуковое исследование сердца (УЗИ) на аппарате Hewlett Packard 800 по стандартной методике, холтеровское мониторирование ЭКГ и АД. Респираторные нарушения оценивали с помощью бодиплетизмографии на аппарате «Master Screen Body» фирмы «Erich Jaeger» (Германия). Диагностика сопутствующих заболеваний проведена на основании клинических и дополнительных методов исследований.

Группу сравнения составили 60 больных бронхиальной астмой (БА) средней степени тяжести, которые получали амбулаторное лечение методом сочетанного многокомпонентного физиопунктурного воздействия физических факторов на биологически активные точки (БАТ) на фоне симптоматической медикаментозной терапии. Использовали методику МЛТВЭ-пунктуры, основанную на одновременном воздействии на БАТ переменного магнитного поля с частотой 40 Гц, лазерного излучения длиной волны 0,63 мкм, плотностью мощности 20 мВт/см², теплового излучения с температурой наконечника 50°C, вибрации с частотой 20 Гц, электростимуляции с частотой 50 Гц, объединенных в одно шупе. Ежедневно использовалось 6-8 симметричных аурикулярных и корпоральных БАТ общего, локально-сегментарного и центрального действия. Курс состоял из 10 ежедневных процедур.

Статистическую обработку полученных данных проводили методами вариационного анализа с использованием t критерия Стьюдента.

Результаты исследования. При обследовании в период госпитализации по поводу обострения ХОБЛ у каждого пациента пожилого возраста выявлено в среднем по 4 сопутствующих заболевания. Наиболее часто регистрировались болезни сердечно-сосудистой системы, структура которых представлена в табл. 1.

Таблица 1. Структура сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов с ХОБЛ пожилого возраста.

п/п	Сопутствующий диагноз	абс., (%)
1.	ГБ, всего:	91(48,7%)
1.1.	ГБ 1 стадии	7(3,7%)
1.2.	ГБ 2 стадии	51(27,3%)
1.3.	ГБ 3 стадии	33(17,6%)
2.	ИБС, безболевая форма	10(5,4%)
3.	ИБС, аритмический вариант	18(9,6%)
4.	ИБС, стабильная стенокардия напряжения, всего:	56(29,9%)
4.1.	ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФКТ II	51(27,3%)
4.2.	ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФКТ III	5(2,7%)
5.	ИБС, постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз	12(6,4%)
6.	Варикозная болезнь сосудов нижних конечностей	14(7,5%)
7.	Атеросклероз сосудов нижних конечностей (перемежающая хромота)	4(2,1%)
8.	Стеноз аорты врожденный	1(0,5%)
9.	Митральный стеноз ревматический	2(1,1%)
10.	Митральная недостаточность ревматическая	1(0,5%)
11.	ТЭЛА	2(1,1%)

АГ выявляется в среднем через 10-13 лет после уточнения диагноза ХОБЛ, что не позволяет исключить пульмогенные факторы в ее становлении. Преобладает ГБ 2-3 стадии с систолической АГ, что типично для пожилых пациентов. Систолическое АД составило в среднем 141,7±23,8 мм рт.ст. при колебании показателей от 100 до 240 мм рт.ст. Диастолическое АД составило 87,1±13,1 мм рт.ст. с колебаниями от 60 до 140 мм рт.ст. Течение АГ у пациентов с ХОБЛ пожилого возраста осложняется преходящими нарушениями мозгового кровообращения в 10(5,4%), острым нарушением мозгового кровообращения, протекающим по типу ишемического инсульта – в 5 (2,7%) случаях.

Клинические варианты ИБС зарегистрированы при ХОБЛ у 96 (51,3%) пациентов, из них преобладала стабильная стенокардия напряжения с функциональным классом тяжести (ФКТ) II, III. Достаточно часто регистрируется аритмический вариант ИБС, проявляющийся на ЭКГ наряду с ишемическим смещением сегмента ST, нарушениями ритма сердца и функции проводимости. Для ИБС при ХОБЛ в сочетании с СД особенно типична безболевая ишемия миокарда.

Сопутствующая эндокринная патология диагностирована у 36 (19,2%) пациентов с обострением ХОБЛ (табл. 2), из них с подтвержденным диагнозом СД было 16(8,6%).

Преобладала средняя степень тяжести СД у 13 (81,3%) пациентов из 16, из них в 75% случаев обострение ХОБЛ сопровождалось декомпенсацией СД.

Выявлены особенности клинического течения СД при обострении ХОБЛ: характерные проявления декомпенсации СД были смазаны, на первый план выступали симптомы обострения ХОБЛ. У пациентов при крайне тяжелом и тяжелом нарушении функции внешнего дыхания (ФВД) сахарный диабет был в стадии декомпенсации по лабораторным показателям, однако в клинике преобладали симптомы основного заболевания. Симптом общей слабости, потливость, нарушение аппетита, свойственные обострению ХОБЛ и декомпенсации СД, отмечали большинство пациентов, что может вести к недооценке декомпенсации СД.

Из другой эндокринной патологии важное отягчающее значение для пациентов с ХОБЛ имеет сопутствующее ожирение в связи с большим негативным влиянием на ФВД и состояние сердечно-сосудистой системы. Более чем у половины из 16 пациентов с СД было экзогенно-конституциональное ожирение. В 25% случаев выявлены поздние осложнения СД: жировая инфильтрация печени



и поджелудочной железы, диабетическая микроангиопатия сетчатки. В 2(1,1%) случаях поздние осложнения СД сопровождалась выраженной диабетической сенсорной нейропатией нижних конечностей, что привело к дополнительным расходам на ведение больных в стационаре. При сопоставлении с данными изучения респираторной функции по результатам бодиплетизмографии у большинства пациентов с ожирением регистрировалось нарушение ФВД по обструктивному типу генерализованного характера тяжелой степени.

Таблица 2. Структура сопутствующих заболеваний эндокринной системы у пациентов с ХОБЛ пожилого возраста.

п/п	Сопутствующий диагноз	абс., (%)
1.	СД давностью более трех лет	16 (8,6)
2.	СД, легкой степени тяжести	3(1,6)
3.	СД, средней степени тяжести	13(6,9)
4.	СД компенсированный	4(2,1)
5.	СД декомпенсированный	5(2,7)
6.	СД субкомпенсированный	7(3,7)
7.	СД, впервые выявленный	3(1,6)
8.	Ожирение, всего:	10(5,3)
8.1.	Ожирение, 1 степени	1(0,5)
8.2.	Ожирение, 2 степени	4(2,1)
8.3.	Ожирение, 3 степени	4(2,1)
8.4.	Ожирение, 4 степени	1(0,5)
9.	Метаболический синдром	3(1,6)
10.	Гипотиреоз (аутоиммунный тиреоидит)	4(2,1)
	Всего	36(19,2)

ХОБЛ, как основное заболевание, протекало особенно тяжело при сочетании с бронхиальной астмой и СД, преобладают пациенты с симптомами дыхательной недостаточности 2, 3 степени. По данным спирографии в 4(25%) случаях из 16 при СД регистрировалось нарушение ФВД по обструктивному типу крайне тяжелой степени с ограничением воздушного потока генерализованного характера, тяжелой – в 9(56,2%), средней степени тяжести – в 3(18,7%) случаях. Степень выраженности дыхательных расстройств уточнена и подтверждена при бодиплетиз-



мографии, выявлены грубые нарушения в структуре легочных объемов и емкостей, что сопровождается повышением аэродинамического сопротивления на выдохе, синдромом гиперинфляции, регистрацией воздушных ловушек, снижением жизненной емкости легких и резервного объема выдоха у 10(76,9%) из 13 пациентов с СД. Выявленные изменения свидетельствуют о развитии эмфиземы легких.

Наличие СД при ХОБЛ способствует поражению сердечно-сосудистой системы, что сопровождается повышением системного АД у 11(68,7%) из 16 пациентов, повышается давление в системе легочной артерии (ЛА), формируется декомпенсированное ХЛС. Легочная гипертензия 1 степени выявлена у 3-х пациентов, систолическое давление в ЛА у них составило в среднем 38,4 мм рт.ст.

Для пациентов с ХОБЛ серьезное прогностическое значение для эффективного лечения имеют сопутствующие заболевания верхних дыхательных путей, препятствующие носовому дыханию и поддерживающие воспалительный процесс и бронхиальную обструкцию, что также требует дополнительных расходов на лечение ХОБЛ в периоде обострения. Из сопутствующих заболеваний ЛОР-органов первое место занимает хронический этмоидит, диагноз уточнен в 14(7,5%) случаях, искривление носовой перегородки – в 11(5,9%), хронический гайморит – в 7(3,8%), полипы носа – в 2(1,1%). Высокая частота ОРВИ (25,1%) ведет к развитию вторичного иммунодефицита и обострению основного заболевания в 89,8% случаев. Бронхоэктазы диагностированы у 5(2,7%) пациентов, большинство из них оперированы после снятия воспалительного процесса в бронхолегочной системе. В 5,3% случаев течение ХОБЛ осложнилось внебольничной пневмонией.

Заболевания желудочно-кишечного тракта диагностированы более чем у половины пациентов, что составило 103(55,1%) случаев, из них наиболее часто регистрируется хронический гастрит – 20(10,7%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 13(6,9%), поражение желчного пузыря, в том числе желчнокаменная болезнь, – 12(6,4%), некаменный холецистит – 7(3,8%) случаев, с реактивным вторичным хроническим панкреатитом у 9(4,8%) пациентов. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта затрудняют лечение медикаментозными пероральными средствами. Дисбактериоз кишечника подтвержден бактериологическими исследованиями у 22(11,8%) пациентов, что обусловлено, прежде всего, систематическим назначением антибиотиков при обострении бронхолегочного процесса.

Наряду с поражением желудочно-кишечного тракта, широкое распространение у пожилых имеют болезни мочеполовой системы. Наиболее часто встречаются аденома простаты, что подтверждено инструментальными методами в 35(18,7%) случаях, простатит – в 14(7,5%), кисты почек – в 13(6,9%), почечно-каменная болезнь – в 8(4,3%), вторичный хронический пиелонефрит – в 7(3,8%), в единичных случаях сопровождающийся гидронефрозом и развитием хронической почечной недостаточности.

Поражение опорно-двигательного аппарата с подтвержденным диагнозом остеоартроза встречается при ХОБЛ в 26(13,9%) случаях, подагрический полиартрит – в 3(1,6%).

Важным аспектом ведения пациентов с ХОБЛ является онкологическая настороженность. При госпитализации пациентов с обострением ХОБЛ впервые диагностированы онкологические заболевания у 4(2,1%) человек, из них в 2 случаях обнаружен рак прямой кишки, в единичных случаях – рак предстательной железы и почек.

Диагностические процедуры для подтверждения сочетанной патологии ведут к значительному увеличению прямых и не прямых расходов на лечение больных с ХОБЛ. Средний койко-день у пациентов с ХОБЛ без сопутствующих заболеваний составил 18,4±4,2, а при наличии сопутствующих заболеваний – 27±4,3 койко-дней.

Так, клинико-функциональная оценка пациентов с ХОБЛ пожилого возраста подтверждает тот факт, что полиморбидность представляет серьезную медико-социальную проблему.

В группе сравнения у больных БА на фоне применения немедикаментозных технологий в качестве монотерапии достигли нормализации обструктивных нарушений, при ДН 2ст. достоверно увеличилась объемные и скоростные показатели по данным кривой «поток-объем». Комплексное лечение БА в сопоставлении с медикаментозной терапией позволило получить более выраженный бронхолитический эффект, что подтверждено данными пикфлоуметрии. По данным УЗИ у больных БА с ДН 1 ст. на фоне курсового лечения параметры артериального давления в легочной артерии достигли нормы. При ДН 2ст. отмечалось снижение всех параметров АД в ЛА, однако среднее гемодинамическое и диастолическое давление не достигли нормы. Курс многокомпонентной физиопунктуры оказал благоприятное влияние на состояние диастолической функции правого желудочка.

Выводы.

1. Полиморбидность при ХОБЛ в старшей возрастной группе представляет серьезную медико-социальную проблему. Регистрируется в среднем по четыре сопутствующих заболевания, в т.ч. сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой и эндокринной систем, ведущих к взаимному отягощению болезней и увеличению пребывания больного в стационаре на 8,6 койко-дней.

2. Наиболее часто при ХОБЛ у пожилых регистрируются заболевания сердечно-сосудистой системы, что обусловлено ростом этих заболеваний в старшей возрастной группе в популяции и общими факторами риска с ХОБЛ: ИБС диагностируется у 51,3%; ГБ – у 48,7%, нарушения мозгового кровообращения – у 8% пациентов.

3. Частота встречаемости заболеваний желудочно-кишечного тракта при ХОБЛ составляет 55,1%, из них наиболее часто встречаются хронический гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, дисбактериоз кишечника.

4. С учетом единой направленности репаративных и гемодинамических нарушений при БА и ХОБЛ, на основании полученного положительного эффекта от применения сочетанной физиопунктуры при БА, можно рекомендовать применение метода немедикаментозной коррекции для больных с ХОБЛ пожилого возраста.

5. Полиморбидность диктует необходимость пересмотра подходов с преимущественно медикаментозной терапией пациентов пожилого возраста, страдающих ХОБЛ, в сторону более широкого применения методов восстановительного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адашева Т.В. Новые возможности терапии у больных ХОБЛ //Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии, 2008. - №2. - С.54-55.
2. Бойцов С.А. НУВЕТ: влияние на рекомендации по лечению АГ// Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии, 2008. - №2. - С.42.
3. Василькова Т., Попова Т., Медведова И. Метаболический синдром и бронхообструкция – две составляющие системного воспаления// Врач, 2008. - № 8. -С.19-21.
4. Вахрушев Я.М., Ермаков Г.И., Шараев П.Н. Оценка метаболизма основного вещества соединительной ткани при хронической обструктивной болезни легких//Тер. архив, 2006. -78(3) -С.13-16.
5. Гельцер Б.И., Котельников В.Н., Варнина М.В. Осмо-адалат в лечении изолированной систолической и систолодиастолической артериальной гипертензии у пожилых больных //Тер. архив, 2000. -№9. -С.17-20.
6. Глезер М.Г. Основные результаты исследования НУВЕТ// Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии. -2008. - №2. - С. 40-41.
7. Гомазков О.А. Эндотелин в кардиологии: молекулярные, физиологические и патологические аспекты//Кардиология,2001. -№2. - Т.41. -С. 50-59.



8. Гуревич М.А. Тактика лечения хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста //Consilium medicum,2003. – №12.-С.12-15.
9. Дворецкий Л.И. Клинические рекомендации по ведению больных ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией и другой патологией// РМЖ, 2005. - 13(10). - С. 672- 675.
10. Зайко Н.Н., Быць Ю. В., Атаман А.В. Патологическая физиология. М.: МЕДпрессинформ, 2002. - С. 453-477.
11. Задионченко В.С. Кардиологические осложнения при хронической обструктивной болезни легких//Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии, 2008. – №2. - 52-53.
12. Кароли Н.А. Атеросклероз и ИБС у больных ХОБЛ//Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии, 2008. – №2. - С. 56.
13. Лазебник Л.Б., Михайлова З.Ф. Особенности фармакотерапии сочетанной патологии у пожилых больных с хронической обструктивной болезнью легких//Consilium Medicum, 2005.-Т.07.-№12.- С.1-12.
14. Терещенко С.Н., Жиров И.В. Женщины и сердечная недостаточность// Consilium medicum,2003. – №5. – С.10 -13.
15. Шилов А.М., Мельник М.В. Тарасенко О.Ф., Михайлова А.Х., Осия А.О. ИБС и ХОБЛ: Патологические особенности сочетаний и лечения//Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии, 2008. - №2.- 28-34.
16. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких у пациентов старших возрастных групп: применение тиотропиума бромид-да//Справочник поликлинического врача, 2006. -Т.4.-№ 8. - С.1-10.
17. Chapman KR. Chronic obstructive pulmonary disease: are women more susceptible than men?// Clin Chest Med 2004; 25(2): 331-41.
18. Jansson SA, Andersson F, Borg S, Ericsson A, Jonsson E, Lundback B. Costs of COPD in Sweden according to disease severity. Chest 2002; 122(6).-1994-2002.
19. Lopes AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: Eur Respir J 2006; 27(2): 397-412.
20. Murray CJL, Lopes AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064): 1498-504.

АННОТАЦИЯ.

В статье отражена проблема полиморбидности у пациентов с ХОБЛ пожилого возраста, являющейся одной из особенностей современной клинической картины внутренних болезней. После 60 лет происходит «накопление болезней», с наличием от 4 до 6 заболеваний почти у каждого пациента. С каждым последующим десятилетием число сопутствующих заболеваний возрастает, из них наиболее часто встречаются: ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), гастриты, что способствует полипрагматизации и диктует необходимость более широкого применения немедикаментозных технологий при формировании лечебной тактики у больных ХОБЛ пожилого возраста.

Ключевые слова: немедикаментозные технологии, физиопунктура, полипрагматизация, медико-социальные проблемы, ХОБЛ, сопутствующие заболевания.

ANNOTATION.

In the article is investigated a problem of polymorbidity among old patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), because this field is one of the main aspects of clinical picture in the internal diseases. After the age of 60 many people have from 4 to 6 diseases, because at that time "accumulation of disease" is present. The amount of associated diseases is increased in every next decade and there are the more common of them: ischemic heart disease (ICD), arterial hypertension, gastritis, all of which favor the polypragmasy in the accent on rehabilitation technologies in treatment of elderly patient with COPD.

Key points: rehabilitation technologies, physiopuncture, polypragmasy, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), medical and social expertise, polymorbidity, Multiple Comorbid Diseases.

Контактная информация

Бородина Мария Александровна. Тел.:9036706704, e-mail: borodinam2006@yandex.ru