doi: 10.17116/terarkh201789318-23

© Коллектив авторов, 2017

Персонализированный подход к легочной реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких

С.И. ОВЧАРЕНКО, Б.А. ВОЛЕЛЬ, Я.К. ГАЛЕЦКАЙТЕ

ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Разработка, внедрение и оценка эффективности персонализированных программ легочной реабилитации (ЛР), адаптированных с учетом типов реагирования на заболевание у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследовали 85 больных ХОБЛ с длительностью течения ХОБЛ более 2 лет (минимальный временно́й промежуток, валидный для оценки типа реагирования на заболевание). Всех больных подвергали полноценному физическому, лабораторно-инструментальному и психиатрическому обследованию, при котором определяли тип реагирования на ХОБЛ. Перед прохождением курса реабилитации, по его окончании и через 1, 3 и 6 мес после окончания каждому пациенту проводили оценку симптомов ХОБЛ и частоты обострений, уровня основных знаний о ХОБЛ по авторскому опроснику, оценку качества жизни и симптомов тревоги и депрессии, функциональные исследования.

Результаты. В окончательную выборку вошли 30 пациентов, соответствующих критериям включения и согласившихся добровольно принять участие в программах ЛР. В зависимости от типа реагирования на основное заболевание пациенты разделены на 2 полярные группы: группа А — пациенты с тревогой о болезни (чрезмерные опасения, страхи, связанные с восприятием легочного заболевания и приводящие к дистрессу) и депрессией (подавленность, мучительное осмысление возможного неблагоприятного исхода и последствий влияния ХОБЛ на жизнь) и группа В — пациенты с впервые установленным типом реакции на ХОБЛ — гипонозогнозией (недооценка тяжести болезни, восприятие симптомов ХОБЛ как «возрастных изменений», сохранение прежнего образа жизни в ущерб здоровью). Разработаны и применены эффективные персонализированные программы ЛР для обеих групп.

Заключение. У пациентов с тревогой о болезни и депрессией (группа А) эффективно применение групповых мероприятий, сфокусированных на обучении совладанию с заболеванием и его симптомами, умении отличать проявления болезни от признаков психологического дистресса и бороться с ними. Больным с гипонозогнозией (группа В) показаны проведение индивидуальных мероприятий в условиях стационара, направленных на выработку и поддержание мотивации, формирование образа болезни и ее проявлений, а также ранняя специализированная помощь по отказу от курения.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, персонализированный подход, легочная реабилитация, депрессия, тревога о болезни, гипонозогнозия, качество жизни.

A personalized approach to the pulmonary rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease

S.I. OVCHARENKO, B.A. VOLEL, Ya.K. GALETSKAITE

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Aim. To elaborate and introduce personalized pulmonary rehabilitation (PR) programs adapted in terms of the types of disease response in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and to evaluate the effectiveness of the programs.

Subjects and methods. A total of 85 patients with COPD of more than 2 years' duration (the shortest time frame that was valid to assess the type of disease response) were examined. All the patients underwent adequate physical, instrumental, laboratory, and psychiatric examinations, during which the type of COPD response was determined. Before a rehabilitation cycle, after its termination, and 1, 3, and 6 months later, each patient underwent evaluation of the symptoms of COPD, the frequency of its exacerbations, the level of basic knowledge about COPD according to the author's questionnaire, assessment of the quality of life and the symptoms of anxiety and depression, and functional tests.

Results. The final sample included 30 patients who met the inclusion criteria and agreed to voluntarily participate in the PR programs. According to the type of a response to the underlying disease, the patients were divided into 2 polar groups: A) those who were anxious about their illness (excessive apprehension, fears that were associated with the perception of lung disease and that led to distress) and depression (despondency, an agonizing understanding of a possible poor outcome and consequences of the impact of COPD on their lives) and B) those who had a newly diagnosed type of COPD response — hyponosognosia (underestimation of disease severity, perception of the symptoms of COPD as age-related changes, and preservation of the old way of life to the detriment of their health). Effective personalized PR programs were elaborated and applied to both groups.

Conclusion. Group measures focused on learning how to cope with the disease and its symptoms and on the ability to distinguish its manifestations from the signs of psychological distress and to combat them are effective in patients who are anxious about the disease and depressed (Group A). Individual inpatient activities aimed at the formation and maintenance of motivation, the forma-

Сведения об авторах:

Волель Беатриса Альбертовна — д.м.н., проф. каф. психиатрии и психосоматики

Галецкайте Янина Казисовна — старший лаборант каф. факультетской терапии №1 лечебного факультета

Контактная информация:

Овчаренко Светлана Ивановна — д.м.н., проф. каф. факультетской терапии №1 лечебного факультета; e-mail: svetftk@mail.ru

tion of an image of the disease and its manifestations, and early specialized care for smoking cessation are indicated for patients with hyponosognosia (Group B).

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; personalized approach; pulmonary rehabilitation; depression; anxiety about disease; hyponosognosia, quality of life.

КЖ — качество жизни
ЛР — легочная реабилитация
$ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1-ю секунду
ТШХ — тест с 6-минутной ходьбой
ФТ — физические тренировки
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется прогрессирующим течением, которое на определенных этапах неминуемо ведет к ограничению физической и социальной активности пациента, что рассматривается специалистами как краеугольный камень дальнейшего ухудшения качества жизни (КЖ), а также прогноза и исходов болезни. По данным одного из исследований [1], больные ХОБЛ отличаются минимальной повседневной активностью от пациентов с такими хроническими состояниями, как сердечно-сосудистые, метаболические, опорно-двигательные и даже нейромышечные расстройства. Дополнительными отягчающими факторами служат невозможность полной регрессии симптомов даже на фоне полноценного фармакологического лечения, высокая распространенность сочетанной патологии, вносящей вклад в тяжесть заболевания, и восприятие пациентом собственного состояния. Значительное влияние оказывает и системный характер рассматриваемого заболевания, обусловливающий такие проявления, как кахексия, потеря мышечной массы, остеопороз, воздействие на которые с помощью медикаментозной терапии весьма ограничены.

Все перечисленное определяет важное место в терапии пациентов ХОБЛ немедикаментозных методов лечения, среди которых ведущее место отводится так называемой легочной реабилитации (ЛР).

ЛР—комплексная программа мероприятий, основанная на терапии, ориентированной нам конкретного пациента, и включающая, помимо физических тренировок, образовательные и психосоциальные методики, созданные для улучшения физического и эмоционального состояния больных и обеспечения длительного соблюдения предписанного пациенту режима поведения, направленного на сохранение здоровья [2, 3].

Программы реабилитационных мероприятий могут отличаться как применяемыми методами, так и их организацией. ЛР может проводиться в условиях стационара, в амбулаторных условиях, а также на дому. Она может осуществляться под наблюдением медицинского персонала или самостоятельно, с помощью выполнения упражнений после обучения у специалистов; проводится индивидуально или в различных по размеру группах больных. При всех формах программ ЛР специалисты рекомендуют придерживаться следующих принципов:

— важнейшим методом ЛР служат физические тренировки (ФТ);

— ФТ должны дополняться обучением и элементами психосоциальной реабилитации;

—в программы должны включаться все пациенты с ХОБЛ, испытывающие воздействие симптомов и/или ограничения функциональных возможностей, несмотря на проводимую терапию, вне зависимости от возраста, тяжести и фазы течения заболевания (стабильное течение/обострение);

— неприемлемо использование широких критериев отказа от включения и исключения при отборе больных (относительно высокие показатели объема форсированного выдоха за 1-ю секунду — $ОФВ_1$, продолжение курения, исходное отсутствие или низкая мотивация к участию в ЛР).

В изданных в конце 2015 г. положениях целевой рабочей группы по ЛР одним из приоритетных направлений исследований названо изучение и улучшение соблюдения предписанного режима у пациентов с психологическими нарушениями и сочетанными заболеваниями [4]. Психологические нарушения при ХОБЛ в психосоматической медицине могут рассматриваться в рамках реакции на болезнь [5], стратегий совладания с телесным недугом (коупинг-стратегий) [6] или типа реагирования на заболевание [7, 8]. В научных публикациях хорошо освещены тревожно-депрессивные расстройства у больных ХОБЛ, однако существует и другой, противоположный этим расстройствам (дезадаптивный) тип реагирования на это заболевание — гипонозогнозия (аберрантная ипохондрия) [9]. Больные с различными типами реагирования отличаются поведением в болезни, соблюдением предписанной пациенту схемы лечения и в конечном итоге прогнозом заболевания.

Учитывая перечисленные особенности поведения пациентов с различными типами реагирования, мы разработали персонализированные программы ЛР для больных с гипонозогнозией и пациентов с тревогой о болезни и депрессией.

Цель исследования: разработать, применить и оценить эффективность персонализированных программ ЛР, адаптированных с учетом типов реагирования на заболевание у больных ХОБЛ.

Материалы и методы

Исследование проводилось на кафедре факультетской терапии №1 лечебного факультета на базе факультетской терапевтической клиники им. В.Н. Виноградова, межклинического психосоматического отделения, кабинета реабилитации Университетской клинической больницы №1 ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России. Протокол исследования одобрен Межвузовским комитетом по этике при Ассоциации медфармвузов России.

Критерии включения в исследование: возраст больных 40—80 лет; подтвержденный диагноз ХОБЛ, среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения (GOLD 2008), эмфизематозный, бронхитический и смешанный варианты; длительность течения ХОБЛ более 2 лет (установленный временной промежуток явля-

ется минимальным адекватным для формирования типа реагирования на заболевание).

Критерии отказа от включения в исследование: возраст моложе 40 лет и старше 80 лет; декомпенсация сопутствующих заболеваний и явления выраженной дыхательной недостаточности при крайне тяжелом течении ХОБЛ в момент исследования, что делает невозможным интервьюирование пациента; наличие на момент обследования злокачественного новообразования; наличие следующих психических расстройств: шизофрении, биполярного аффективного расстройства, органических психических расстройств, психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Все больные подвергались полноценному физическому и лабораторно-инструментальному обследованию по общепринятой схеме ведения пациентов с ХОБЛ. Всего обследованы 85 больных ХОБЛ.

После получения согласия пациента проводилось психиатрическое (в том числе с применением психометрических шкал и опросников) обследование, при котором определялся тип реагирования на ХОБЛ.

Перед прохождением курса реабилитации, по его окончании и через 1, 3 и 6 мес после окончания курса каждому пациенту проведены оценка симптомов ХОБЛ (по шкалам mMRC, CAT, визуальной аналоговой шкалы) и частоты обострений, функциональные исследования (спирография, тест с 6-минутной ходьбой — ТШХ), оценка уровня основных знаний о ХОБЛ по авторскому опроснику, оценка качества жизни (КЖ) больных по общему опроснику Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) и специальному опроснику St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), при диагностированной психиатром депрессии — оценка симптомов депрессии (Beck Depression Inventory — шкале Бека).

Результаты и обсуждение

Всего в программы ЛР из 85 обследованных больных ХОБЛ включили 30 пациентов, согласившихся на участие. Уже на этапе набора пациентов для реабилитационных мероприятий определялись различия, обусловленные типами реагирования: из базы больных с тревогой о болезни и депрессией приняли участие в программе 48,8% (20 из 41), а из базы больных с полярным типом реакции — гипонозогнозии — всего 22,7% (10 из 44), что вполне объяснимо сложностью формирования у этой категории мотивации к участию в ЛР, а также низким уровнем соблюдения предписанного режима и неспособностью к сотрудничеству. Все больные, участвующие в программе ЛР, — мужчины, средний возраст которых составил 64,5±9,0 года, длительность ХОБЛ 5,7±3,3 года. У 14 (46,7%) больных имелась инвалидность. Индекс курящего человека составлял в среднем 46,8±16,6 пачко-года. На момент начала реабилитационной программы продолжали курить 15 (50%) больных.

Среди пациентов, согласившихся на участие в программе ЛР, отмечались различные уровни соблюдения предписанного режима: высокая (12 больных, или 40%), низкая (8 пациентов, или 26,7%) и средняя (10 больных , или 33,3%). На момент начала ЛР большинство больных не выполняли ни пикфлуометрии (19, или 63,3%), ни дыхательной гимнастики (23, или 76,7%). Исходно знания о заболевании ХОБЛ в среднем соответствовали 4,5±1,5 балла.

Больные группы тревоги о болезни и депрессии (группы А) и гипонозогнозии (группы В) были сопоставимы по характеристикам тяжести основного заболевания **(табл. 1)** и всем им проводилась адекватная их состоянию медикаментозная терапия, которая не менялась на протяжении исследования.

Формирование персонализированных программ ЛР с учетом типа реагирования на заболевание. При составлении программ ЛР использовали международные и отечественные рекомендаций по ЛР и собственный подход к их проведению [2, 3, 10, 11].

ЛР проводили в течение 3 нед. Составляющие части программ реабилитации для пациентов со всеми типами реагирования были одинаковы и включали:

— ФТ (2 сессии в день, по 20—40 мин);

— интервальные тренировки на велоэргометре;

— развитие мышц верхних и нижних конечностей (сила, выносливость), улучшение функции суставов;

— дыхательные упражнения (дыхательные тренажеры, оптимизация работы дыхательной мускулатуры — изменение паттерна дыхания, диафрагмальное дыхание);

— психосоциальная реабилитация (психофармакотерапия применялась у 10 больных)*;

— обучение (3—4 занятия по 1—1,5 ч);

— коррекция статуса питания в рамках обучающих мероприятий.

Несмотря на постоянство рекомендованных экспертами составляющих программ, роль каждой из них определялась именно типом реагирования на болезнь (например, при гипонозогнозии ведущим являлось обучение). Также менялось и направление базового корректирующего воздействия (при тревоге и депрессии — группа А — обучение совладанию с симптомами болезни, при гипонозогнозии — группа В — формирование внутренней картины болезни) и формы организации программ ЛР (индивидуальные и групповые, амбулаторные и стационарные).

Для больных с тревогой о болезни и депрессией (группа А) в связи с их высокой степенью соблюдения предписанного режима возможно проведение занятий как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Обучение проходило в малых группах (3—4 человека), которые одновременно играли и роль групп поддержки. Расширение мини-групп до больших групп и проведение занятия в формате ресурсосберегающих «школ ХОБЛ» согласно данным многих авторов, нецелесообразно [12, 13] из-за малой эффективности.

Больные с тревогой о болезни и депрессией в отличие от пациентов с гипонозогнозией имели хорошо сформированный образ тела и внутреннюю картину заболевания и нуждались только в коррекции, обучении полноценному функционированию в повседневной жизни и так называемому селф-менеджменту. У таких больных основной целью занятий служило информирование об объективной тяжести их заболевания, выяснение проявлений тревожных и депрессивных нарушений и обучение методам их контроля, а также сравнение объективных данных и восприятия пациентом симптомов и демонстрация при необходимости безосновательности преувеличенных жалоб.

На протяжении всех занятий основное внимание обращалось на важность физической активности и тренировок в поддержании функционального статуса, обраща-

*В случае синдромальной выраженности тревожно-депрессивных расстройств психиатром назначались препараты с противотревожной и антидепрессивной активностью.

Таблица 1. **Основные характеристики пациентов, участвовавших в программе ЛР, группы тревоги о болезни и депрессии (А) и группы гипонозогнозии (В)**

Параметр	Группа А (тревоги о болезни и депрессии) (n=20)	Группа В (гипонозогнозии) (n=10), %	p
Стадия ХОБЛ (GOLD 2008) или степень ограничения бронхиальной проходимости (GOLD 2011):			
II (среднетяжелая)	9 (45)	50	0,550
III (тяжелая)	9 (45)	40	0,554
IV (крайне тяжелая)	2 (10)	10	0,748
Легочное сердце:			
нет	4 (20)	30	0,429
компенсация/субкомпенсация	14 (70)	70	0,656
декомпенсация	2 (10)	0	0,436
mMRC, баллы	2,4±0,8	2,7±1,0	0,854
CAT, баллы	16,9±6,2	20,7±8,8	0,211
Частота обострений, число в год	1,89±0,78	1,89±1,34	1
$ОФВ_1$ постбронходилатационный, % от должного	52,2±14,7	50,8±17,4	0,83
$ОФВ_1$/ФЖЕЛ, %	54,9±10,8	50,2±12,0	0,308
SpO_2, %	94,1±2,5	93,8±2,6	0,733

Примечание. В скобках процент.

лось внимание на наличие большой доказательной базы по положительному влиянию тренировок на настроение, адаптации к одышке и возможности справляться с ней.

В группе больных с тревогой о болезни и депрессией проводились беседы с родственниками с целью их поддержки и информирования о способах психоэмоциональной помощи пациенту.

У пациентов с гипонозогнозией занятия проходили только в условиях стационара и в индивидуальном порядке в связи с необходимостью формирования адекватной состоянию внутренней картины болезни. Одной из первоочередных задач врача при работе с такими больными было формирование отсутствующего у пациента образа тела. С этой целью беседа фокусировалась на восприятии больным изменений, происходящих в организме, в связи с телесным недугом, давались задания описания каждого из них вплоть до достижения комплексного образа процесса дыхания. Занятия с такими пациентами строились в форме диалога, позволяющего оценивать имеющиеся представления о ХОБЛ и ее симптомах, направлять и указывать (в том числе на примере специально провоцируемых симптомов, например одышки) на проявления заболевания и предвестников их возникновения в ходе нагрузки.

Пациенты с гипонозогнозией в индивидуальном порядке информировались о необходимости ФТ для предотвращения развития детреннированности и продолжения обычной активности и даже увеличении результативности повседневной деятельности. Особенностью проведения всех обучающих занятий у больных с гипонозогнозией служило использование дополнительных самостоятельных заданий, позволяющих расширить применение принципов поведенческой коррекции. Это помогало не только побудить пациента к обдумыванию проявлений легочного заболевания, но и выяснить точки необходимой поправки представлений о болезни и соответствующего ему поведения. Обязателен был контроль выполнения этих заданий с элементами поощрения вне зависимости от правильности ответов.

Особое внимание необходимо обратить на формирование мотивации больного. Недостаточная мотивация или ее отсутствие рассматривается в ряде рекомендаций как одна из немногих причин отказа от включения в программы ЛР. В связи с тем что среди больных ХОБЛ гипонозогнозия с характерными для нее низким уровнем соблюдения предписанного режима терапии в целом, выявляется у 50%, эти больные часто выпадали и выпадают из реабилитационных программ. В то время как такие пациенты нуждаются в коррекции дезадаптивного типа реагирования, связанного с ухудшением не только КЖ, но и с неблагоприятным прогнозом заболевания. Оценка и дальнейшее формирование мотивации к участию в программе является краеугольным камнем в процессе реабилитации пациентов этой категории. При гипонозогнозии проводились отдельные мотивационные беседы-занятия еще до начала ФТ и обучения. При необходимости к процессу формирования мотивации у пациентов с гипонозогнозией подключались родственники больных. Их участие практически на всех этапах реабилитации и жизни больного с гипонозогнозией трудно переоценить. Обучение и информирование родственников пациентов проводили для последующего с их стороны постреабилитационного контроля за выполнением рекомендаций врача и дополнительного укрепления мотивации пациента.

При проведении мероприятий по отказу от курения в группе гипонозогнозии целесообразным считалось направление пациентов в специализированные центры помощи в отказе от курения либо раннее назначение специальных лекарственных препаратов (вареникли, никотинсодержащие препараты).

Персонализированная программа ФТ подбиралась индивидуально для каждого пациента и учитывала фазу течения и тяжесть заболевания (возможность раннего начала тренировок после обострения ХОБЛ), сопутствующие состояния, функциональные показатели. Кроме того, на этом этапе неуклонно использовались элементы обучения и психосоциального воздействия.

Таблица 2. **Основные принципы персонализированных программ легочной реабилитации у больных ХОБЛ**

Параметр	Пациенты с тревогой о болезни и депрессией	Пациенты с гипонозогнозией
Занятия	Групповые, играющие роль групп поддержки	Только индивидуальные
Условия проведения программ	Возможно в амбулаторных	Исключительно в условиях стационара
Обучение	Обучение разграничению между симптомами ХОБЛ и знаками психологического неблагополучия. Обучение техникам совладания с симптомами ХОБЛ	Дополнительные занятия по формированию мотивации, предваряющие основной курс ЛР. Создание образа болезни и собственного тела
Работа с родственниками	Направленная на обучение психоэмоциональной поддержке и обеспечение этой поддержкой самими родственниками	Привлечение родственников для дополнительной мотивации и контроля выполнения пациентом врачебных рекомендаций
Задания для самостоятельного обдумывания	Нет	Есть

Основные отличительные характеристики разработанных с учетом типов реагирования на ХОБЛ персонализированных программ представлены в **табл. 2**.

Результаты выполнения персонализированных программ ЛР с учетом типа реагирования на заболевание. На фоне проведения ЛР в обеих группах отмечено улучшение ряда показателей. Так, впервые у пациентов с ХОБЛ выявлено улучшение показателей проходимости бронхов на фоне ЛР по данным изменения $ОФВ_1$. Такая динамика наблюдалась в обеих группах ($p \leqslant 0{,}001$ в группе А; $p=0{,}003$ и $p=0{,}034$ в группе В), однако у пациентов с гипонозогнозией этот показатель снижался уже к концу 1-го месяца после окончания курса ($p<0{,}001$). В то же время в группе тревоги о болезни и депрессии он не только не снижался, но и продолжал увеличиваться вплоть до 6-го месяца ($p<0{,}05$).

В динамике у больных с тревогой о болезни и депрессией, как и у пациентов с гипонозогнозией, реабилитация достоверно положительно влияла на расстояние, проходимое во время ТШХ (абсолютные и относительные показатели; $p<0{,}001$ и $p=0{,}008$ соответственно). Следует отметить, что достигнуты не только статистически значимые различия по расстоянию, пройденному в ТШХ, но и порог клинически значимых различий, установленный по данным многоцентровых исследований и обзоров, — 48 м [14].

После проведения реабилитационных мероприятий в группе пациентов с тревогой о болезни и депрессией отмечалось не только достоверное сохранение улучшенных показателей в ТШХ, но и дальнейшее улучшение показателей через 1 и 6 мес. При этом в группе больных с гипонозогнозией статистически значимый дальнейший рост показателя наблюдался только через 1 мес, а в последующие месяцы выявлена тенденция к уменьшению проходимого расстояния. В то же время ее величина сохраняла значительные отличия от исходного уровня до реабилитации ($p<0{,}05$).

В обеих группах на фоне мероприятий реабилитации и на протяжении последующих 6 мес отмечено достоверное и устойчивое снижение выраженности одышки по шкале mMRC ($p<0{,}05$).

При сравнении динамики оценок опросника CAT после достоверного улучшения этого параметра на фоне реабилитации ($p<0{,}001$ и $p=0{,}003$ соответственно) в группе тревоги о болезни и депрессии наблюдалось поддержание достигнутого уровня и, напротив, скачкообразное увеличение его уже на 1-м месяце в группе гипонозогнозии.

Соответственно изменениям объективных функциональных показателей выявлена динамика в уровне КЖ. Так, независимо от типа реагирования на ХОБЛ выросли показатели физического компонента КЖ вопросника SF-36 (физическое функционирование — PF, общее состояние здоровья — GH) ($p<0{,}05$). На фоне реабилитационных мероприятий отмечались статистически значимый устойчивый рост показателей психического компонента здоровья (психическое здоровье — MH, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, — RE, социальное функционирование — SF) в группе тревоги о болезни и депрессии ($p<0{,}05$) и отсутствие изменений исходно относительно высоких значений данных параметров в группе гипонозогнозии.

При анализе КЖ по SGRQ в группе тревоги о болезни и депрессии все показатели постепенно улучшались на протяжении 6 мес наблюдения ($p<0{,}05$). В группе же гипонозогнозии, несмотря на существенный начальный эффект по всем 4 шкалам (симптомы, активность, влияние, сумма), выраженность этих изменений снижалась при дальнейшем наблюдении.

Обучающие мероприятия также показали одинаковую эффективность в двух группах ($p<0{,}001$). Тем не менее в группе гипонозогнозии продолжала наблюдаться тенденция к быстрому снижению достигнутых значений, однако уровень знаний, превосходящий первоначальный, сохранялся.

Заключение

На основании особенностей типов реагирования на заболевание у пациентов с ХОБЛ в целях оптимизации ведения таких больных разработаны и применены программы ЛР. Показана одинаково высокая эффективность созданных программ в отношении параметров спирометрии, показателей одышки, выраженности симптомов и их влияния на повседневную активность (CAT и mMRC), переносимости физической нагрузки, а также уровня знаний о ХОБЛ и КЖ у больных как с тревогой о болезни и депрессией, так и гипонозогнозией. У пациентов с тревогой о болезни (группа А) оправдано применение групповых мероприятий, сфокусированных на обучении совладанию с заболеванием и его симптомами, умении отличать

проявления болезни от признаков психологического дистресса и бороться с ними. Больным с гипонозогнозией (группа В) показаны проведение индивидуальных мероприятий в условиях стационара, направленных на выработку и поддержание мотивации, формирование образа тела и проявлений болезни, а также ранняя специализированная помощь по отказу от курения.

У пациентов с гипонозогнозией достигаемые улучшения имеют тенденцию к более быстрому сокращению после окончания мероприятий ЛР, в то время как в группе тревоги о болезни и депрессии даже в отсутствие достоверных изменений сразу после реабилитации, уже через 1 мес определяется устойчивое, на протяжении полугода, улучшение показателей. Это позволяет сделать вывод о возможном направлении дальнейшей оптимизации мероприятий ЛР у таких пациентов в виде более раннего проведения повторных курсов реабилитации и большего контроля последующего выполнения рекомендаций медицинским персоналом.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tudor-Locke C, Washington TL, Hart TL. Expected values for steps/day in special populations. *Prev Med*. 2009;49(1):3-11.
2. Чучалин А.Г., Айсанов З.Р., Авдеев С.Н., Белевский А.С., Лещенко И.В., Мещерякова Н.Н., Овчаренко С.И., Шмелев Е.И. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Российское респираторное общество, 2014. Ссылка активна на 09.10.2016. Доступно по: http://www.pulmonology.ru/download/COPD2014may.doc
3. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, Hill K, Holland A, Lareau S, Man WD-C, Pitta F et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement:key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188:e13-e64.
4. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement:Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;192:1373-1386.
5. Лакосина Н.Д. *Клиническая психология*. Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. М.: МЕДпресс-информ, 2005:416.
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company; 1984:141.
7. Овчаренко С.И., Галецкайте Я.К., Волель Б.А. Предикторы дезадаптивного поведения в болезни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. *Пульмонология*. 2014;2:60-68.
8. Овчаренко С.И., Галецкайте Я.К., Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Лас Е.А. Типология расстройств личности и реагирования на заболевание при хронической обструктивной болезни легких. *Пульмонология*. 2013;2:74-80.
9. Смулевич А.Б., Овчаренко С.И., Волель Б.А., Воронова Е.И. Психические расстройства у больных легочной патологией. *Психические расстройства в общей медицине*. 2015;23:4-20.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2015. Accessed October 9, 2016. Available at: http://www.goldcopd.it/materiale/2015/GOLD_Pocket_2015.pdf
11. Bolton CE, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax*. 2013;68:1-30. Accessed October 9, 2016. Available at: https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/pulmonary-rehabilitation/bts-guideline-for-pulmonary-rehabilitation/
12. Белевский А.С. *Организация и проведение обучения больных хронической обструктивной болезнью легких*. М.: Издательство Атмосфера; 2003:55.
13. Белевский А.С. *Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.)*. М.: Российское респираторное общество, 2014;92. Ссылка активна на 09.10.2016. Доступно по: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/GOLD_Report_Russian_2014.pdf
14. Redelmeier DA, Bayoumi AM, Goldstein RS, et al. Interpreting small differences in functional status: the six-minute walk test in chronic lung disease patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;155:1278-1282.

Поступила 14.10.2016