

- 2011//<http://instituteofdiabetes.org/wp-content/uploads/2013/03/IDOP-Need-for-Care-050313.pdf>
6. Кудрин А., Гурвич Е. Старение населения и угроза бюджетно-го кризиса. Вопросы экономики. 2012; 3: 52–79.
 7. Старение в XXI веке: триумф и вызов //Фонд Организации Объединенных Наций в области Народонаселения, 2012 // <http://www.unfpa.org.ua/files/articles/1/97/UNFPA%20Ageing%20Report%202012%20-%20Exec%20Summary%20%28RU%29.pdf>
 8. Siraj M.A.T. Global epidemic of diabetes. Nishtar Med. J. 2010; 2(2): 56–60.
 9. Zhang P. et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res. clin. pract. 2010; 87: 293–301
 10. Абашидзе А.Х., Маличенко В.С. Обеспечение доступа к лекарственным средствам в условиях развития механизмов защиты прав интеллектуальной собственности. Современное право. 2013; 7: 155.
 11. Доклад Целевой группы по оценке прогресса в достижении ЦРТ. ООН; 2012.
 12. The World Bank (2012) The World Bank-data/ Available: <http://data.worldbank.org/>. Accessed 5 February 2012
 13. Зевелева Г.Н. Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992–2012 гг.: борьба за реформы. М.: ИМЭМО РАН, 2012.
 14. Официальный сайт ОЭСР // http://oecd.ru/oecd_rf.html
 15. Таннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // <http://www.inliberty.ru/library/study/1392>
 16. Krugman P. Охрана здоровья как императив. Экология и жизнь. 2010; 6(103): 85–8. // <http://www.ecolife.ru/anna/krugman.pdf>
 17. Kanavos P., van den Aardweg S., Schurer W. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries. London: LSE Health, London School of Economics. 2012: 113.
- WHD/2012.2// http://www.who.int/world_health_day/2012 (in Russian).
4. Dedov I.I. Diabetes – the most dangerous challenge to the world community. Vestnik RAMN. 2012; 1: 7–13 (in Russian).
 5. Older people with type 2 diabetes. European challenges and the need for improved care. // Institute of Diabetes for Older People, 2011 // <http://instituteofdiabetes.org/wp-content/uploads/2013/03/IDOP-Need-for-Care-050313.pdf> (in Russian).
 6. Kudrin, A., Gurvich E. The aging of the population and the threat of a budget crisis. Voprosi ekonomiki. 2012; 3: 52–79 (in Russian).
 7. Aging in the XXI century: the triumph and the call // United Nations Fund for Population, 2012 // <http://www.unfpa.org.ua/files/articles/1/97/UNFPA%20Ageing%20Report%202012%20-%20Exec%20Summary%20%28RU%29.pdf> (in Russian).
 8. Siraj M.A.T. Global epidemic of diabetes. Nishtar Med. J. 2010; 2(2): 56–60.
 9. Zhang P. et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res. Clin. Pract. 2010; 87: 293–301.
 10. Abashidze A.H. Malichenko V.S. Ensuring access to medicines during the development of intellectual property rights protection mechanisms. Sovremennoe pravo. 2013; 7: 155 (in Russian).
 11. Report of the Task Force on progress in meeting the MDGs, United Nations, 2012 (in Russian).
 12. The World Bank (2012) The World Bank-data / Available: <http://data.worldbank.org/>. Accessed 5 February 2012
 13. Zevleva G.N. State Health Policy in the United States in the years 1992–2012: The struggle for reform. // M. IMEMO, 2012 (in Russian).
 14. Official site of the OECD // http://oecd.ru/oecd_rf.html (in Russian).
 15. Tanner M., A comparative analysis of health care systems in different countries // <http://www.inliberty.ru/library/study/1392>
 16. Krugman P. Health as an imperative. Ecologia i gizn. 2010; 6(103): 85–8. // <http://www.ecolife.ru/anna/krugman.pdf>
 17. Kanavos P., van den Aardweg S., Schurer W. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries. London: LSE Health, London School of Economics. 2012: 113.

Поступила 06.08.13

REFERENCES

1. IDF Diabetes Atlas, 5th ed., 2011.
2. Sicree R., Shaw J., Zimmet P. The Global Burden. Diabetes and Impaired Glucose Tolerance // IDF Diabetes Atlas fourth // www.idf.org/sites/default/files/The_Global_Burden.pdf.
3. Global Summary for World Health Day 2012. // WHO/DCO/

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ РАБОТНИКУ

© А.Ю. ЧЕРНИКОВ, Л.Г. ЗЕМЛЯНСКИХ, 2013
УДК 616.24-002.182:614.253.8]:374

А.Ю. Черников, Л.Г. Землянских

ШКОЛА БОЛЬНОГО САРКОИДОЗОМ КАК ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, г. Курск

С целью изучения опыта и эффективности работы школы больного саркоидозом в Курске были выделены две группы: 124 человека, посетивших занятия школы, и 52 пациента, которые отказались посещать занятия. Образовательная программа включала в себя следующий план занятий: 1) врачом объяснялись механизмы развития саркоидоза, а также возможные причины и предвестники рецидива болезни; 2) пациенту объяснялись методы лечения, причины безмедикаментозной тактики; 3) проводилось обучение методам самовнушения, диетотерапии, дыхательной гимнастики, лечебной физкультуры. Установлено, что проведение обучающих программ в школе больного саркоидозом достоверно способствует улучшению общего самочувствия, повышению тренированности организма и качества жизни пациента, снижению тревоги и дыхательной недостаточности, более быстрому восстановлению трудоспособности. Повышения эффективности основной терапии и снижения количества рецидивов при проведении обучающей программы не установлено.

Ключевые слова: саркоидоз, обучающая программа.

EDUCATIONAL SCHOOLS FOR PATIENTS WITH SARCOIDOSIS, AS AN IMPORTANT COMPONENT OF REHABILITATION

A. Yu. Chernikov, L. G. Zemlyanskih

Kursk State Medical University, 305041, Kursk, Russian Federation

In order to study the experience and effectiveness of the schools for patients with sarcoidosis in the city of Kursk two groups were allocated: 124 people, attending lectures of the school, and 52 patients, who refused to attend classes. The educational program included the following plan of occupation: 1) the doctor explained the mechanisms of sarcoidosis development, as well as possible causes and signs of recurrence of the disease; 2) the patient was explained the methods of treatment, the causes of non-medicine tactics; 3-4) conducted the training techniques of auto-suggestion, diet therapy, respiratory gymnastics, physical therapy. It is established, that conduction of training programs in the school of the patient with sarcoidosis reliably contributes to the improvement of general well-being, the fitness of the organism and the quality of life of the patient, reduction of anxiety and respiratory failure, a more rapid recovery of capacity for work. Increase of primary therapy efficiency and a reduction in the number of relapses in carrying out a training program is not installed.

Key words: sarcoidosis, a training program.

У пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания большое значение для медицинской реабилитации имеют образовательные программы. С точки зрения доказательной медицины обучение больных с бронхолегочной патологией относится к вмешательствам с уровнем доказательности А [1]. Основной целью проведения занятий является попытка научить пациента контролировать свое заболевание. Опыт работы школ большого бронхиальной астмой или хронической обструктивной болезнью легких изучен и одобрен во всем мире. Однако крайне скудно в литературе представлены данные об организации работы школы больного саркоидозом, хотя это хроническое эпителиоидно-клеточное гранулематозное заболевание с преимущественным поражением органов дыхания в последнее время получило широкую распространенность. При саркоидозе многие исследователи отмечали значительное снижение качества жизни заболевших, потребность в большей информированности и в повышенном внимании со стороны врача [2, 3]. Многие симптомы саркоидоза (слабость, утомляемость, снижение работоспособности) практически сложно регистрировать и оценивать обычными методиками, но они в значительной степени беспокоят пациента, что требует от него знания определенных навыков саморегуляции и психологического тренинга [4]. Основы организации и деятельности школы больного саркоидозом были предложены проф. Б.И. Дауровым. В его работах отмечалось, что уроки школы помогают больному стать устойчивее к собственному состоянию и к факторам окружающей среды, что повышает качество жизни и улучшает прогноз болезни [5]. Эти разработки послужили основой для организации и функционирования школы больного саркоидозом в Курске.

Цель предлагаемой работы – изучить десятилетний опыт и эффективность работы школы больного саркоидозом в Курске.

Материал и методы

Образовательная программа больного саркоидозом включала в себя следующий план занятий: 1) врачом объяснялись механизмы развития заболевания, а также возможные причины и предвестники рецидива болезни; 2) пациенту объяснялись методы лечения, причины безмедикаментозной тактики; 3) проводилось обучение методам самовнушения, диетотерапии, дыхательной гимнастики, лечебной физкультуры. Занятия школы проходили в просторном кабинете в свободное от врачебного приема время. На каждом занятии присутствовали 3–4 человека. Все пациенты отмечали важность непосредственного обще-

ния с врачом и друг с другом и регулярно присутствовали на занятиях. В целом школу посетили 124 человека с впервые выявленным гистологически подтвержденным диагнозом. Из них женщин 84 (67,7%), мужчин 40 (32,3%). Средний возраст 45 ± 5 лет. Клинико-рентгенологические формы по МКБ-10: саркоидоз легких (D86.0) — 7 (4,2%), саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов (D86.1) — 26 (22,4%), саркоидоз ВГЛУ и легких (D86.2) — 91 (73,4%). Высшее образование имели 80 (64,5%) человек, среднее специальное — 41 (33,1%), среднее — 3 (2,4%). Не имели работы 11 (8,9%).

Контрольную группу составили 52 пациента с впервые выявленным гистологически подтвержденным диагнозом, которые отказались посещать занятия школы. Причины отказа были следующими: домашние и семейные проблемы — 25 (48,1%), загруженность на работе — 7 (13,5%), хорошее самочувствие и отсутствие интереса к образовательной программе — 8 (15,4%), прочие причины — 4 (7,6%). Среди них женщин 18 (34,6%), мужчин 34 (65,4%). Средний возраст 38 ± 3 года. Клинико-рентгенологические формы: D86.0 — 2 (3,1%), D86.1 — 14 (26,9%), D86.2 — 36 (69,2%). Высшее образование имели 25 (48,1%) человек, среднее специальное — 22 (42,3%), среднее — 5 (9,6%). Не имели работы 2 (3,1%).

Проводилась оценка следующих показателей: субъективно-го улучшения самочувствия, выполнения пациентом предписанных рекомендаций, уровня тревоги по опроснику Тейлора, качества жизни по опроснику NAIF, уровня реакций тренировки по методике Гаркави, динамики показателей функции внешнего дыхания, среднего срока восстановления трудоспособности, выхода на инвалидность, наличия рецидива в пятилетний период наблюдения.

Для статистической обработки использован пакет прикладных программ Statistica 8.0 для Windows. Производился расчет следующих статистических величин: вероятность события P , выраженная в процентах, 85% доверительный интервал для вероятности события $I\beta$, критерий z для сравнения качественных переменных (аналог t -критерия Стьюдента), критерий χ^2 Пирсона, уровень значимости p (статистически значимым считался $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Все пациенты основной группы отметили свою приверженность врачебным рекомендациям и навыкам, приобретенным в школе. В контрольной группе только 42 (80,8%) человека смогли подтвердить высокий комплаенс ($p > 0,05$). Изначально плохое общее самочувствие и жалобы на слабость, миалгии, одышку, раздражительность отмечал 101 (81,5%) человек в 1-й группе и 44 (84,6%) — во 2-й. Значительное улучшение общего самочувствия установлено в 1-й группе у 91 (73,4%), во 2-й — у 22 (42,3%) ($p < 0,05$); незначительное — у 9 (7,3%) и 16 (30,7%) ($p > 0,05$). Ухудшения самочувствия не зафиксировано.

Высокий и средний уровни тревоги имели место у 80 (64,5%) и у 33 (63,5%) пациентов. Снижение уровня тревоги

Для корреспонденции:
Черников Александр Юрьевич — канд. мед. наук, соискатель каф. физиопульмонологии; 305016, г. Курск, ул. Советская, д. 5А, e-mail: ale-cherny@rambler.ru.

до среднего низкого отмечено у 61 (49,2%) и у 15 (28,8%) ($p < 0,05$).

Резко выраженное снижение качества жизни определялось у 2 (1,6%) и 1 (1,9%), умеренное — у 55 (44,4%) и 24 (46,2%), незначительное — у 26 (20,9%) и 12 (23,1%) пациентов. При повторном опросе через 9 мес исчезновение резкого снижения установлено у всех, снижение уровня умеренного качества — у 43 (34,6%) и 10 (19,2%) ($p < 0,05$). Следует отметить, что повышение качества жизни в 1-й группе произошло за счет многих компонентов (физическая подвижность, эмоциональное самочувствие, познавательная функция) в то время как в контрольной группе только за счет одного компонента (физическая подвижность).

Уровень реакций тренировки в основной группе вырос на 53,4%, в контрольной — на 28,1% ($p < 0,05$).

При исследовании ФВД были установлены дыхательная недостаточность у 64 (51,6%) и 28 (53,8%). Через 9 мес количество пациентов с дыхательной недостаточностью снизилось на 43 (34,6%) в 1-й группе и на 12 (23,1%) во 2-й ($p < 0,05$).

Средний срок временной нетрудоспособности у работающих составил в 1-й группе $119 \pm 2,1$ дня, во 2-й $145 \pm 1,8$ дня ($p < 0,05$). Стойкая утрата трудоспособности констатирована у 16 (12,5%) в 1-й группе, при этом II группа инвалидности — у 10 (7,8%), во 2-й группе — у 13 (25,0%) ($p > 0,05$), II группа инвалидности — у 9 (17,3%). В течение последующих пяти лет инвалидность была снята у 10 (7,8%) и 3 (5,7%) пациентов ($p > 0,05$).

Не отмечено эффекта от проводимой терапии у 6 (4,7%) и 2 (3,8%) пациентов ($p > 0,05$). Рецидивы установлены у 24 (19,3%) и 12 (23,1%) ($p > 0,05$).

Таким образом, проведение обучающих программ в школе больного саркоидозом способствует улучшению общего самочувствия, повышению тренированности организма и качества жизни пациента, снижению тревоги и дыхательной недостаточности, более быстрому восстановлению трудоспособности. Повышения эффективности основной терапии и снижения количества рецидивов при проведении обучающей программы не установлено.

Заключение

Десятилетний опыт работы школы больного саркоидозом в городе Курске свидетельствует, что решению сложной задачи улучшения самочувствия больного саркоидозом могут способствовать живой контакт врача с пациентом, проведение обучающей программы и реабилитационных мероприятий. Несмотря на то что обучающая программа не влияет на конечный результат основной терапии, она может приводить к повышению качества жизни, улучшению тренированности организма и дыхательной функции, более быстрому восстановлению трудоспособности. Организаторам здравоохранения следует предусмотреть возможность функционирования таких школ в повседневной практике пульмонолога и врача общей практики при повышенном уровне заболеваемости саркоидозом в регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Малыгин А.Г.* Респираторная медицинская реабилитация. М.: Практическая медицина; 2006: 308—10.
2. *Визель А.А.*, ред. Саркоидоз. М.: Атмосфера; 2010: 368—80.
3. *Goracci A., Fagiolini A., Martinucci M.* Quality of life, anxiety and depression in sarcoidosis. Gen. Hosp. Psychiatry. 2008; 30 (5): 441—5.
4. *De Kleijn W.P., De Vries J., Wijnen P.A., Drent M.* Minimal (clinically) important differences for the Fatigue Assessment Scale in sarcoidosis. Respir. Med. 2011; 105 (9): 1388—95.
5. *Дауров Б.И.* Саркоидоз. М.: Оверлей; 2006: 248—9.

REFERENCES

1. *Malyavin A.G.* Respiratory medical rehabilitation. Moscow: Prakticheskaja medicina, 2006: 308—10 (in Russian).
2. *Vizel' A.A.*, ed. Sarcoidosis. Moscow: Atmosfera, 2010: 368—80 (in Russian).
3. *Goracci A., Fagiolini A., Martinucci M.* Quality of life, anxiety and depression in sarcoidosis. Gen. Hosp. Psychiatry, 2008; 30 (5): 441—5.
4. *De Kleijn W.P., De Vries J., Wijnen P.A., Drent M.* Minimal (clinically) important differences for the Fatigue Assessment Scale in sarcoidosis. Respir. Med., 2011; 105 (9): 1388—95.
5. *Daurov B.I.* Sarcoidosis. Moscow: Overley. 2006: 248—9 (in Russian).

Поступила 05.10.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.711-018.3-002-031:611.959]-055.1-071.3

А.Н. Терехов¹, С.Н. Деревцова², Ачкасов Е.Е.³, С.В. Штейнердт^{2,4}, О.И. Зайцева¹

АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОМЫ У МУЖЧИН С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН, 660022, г. Красноярск; ²ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, 660022, г. Красноярск; ³ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, 119991, г. Москва; ⁴Научно-исследовательский институт эстетической медицины и флебологии, 660018, г. Красноярск

Проведено антропометрическое обследование 150 мужчин зрелого возраста (22–60 лет), имеющих в анамнезе остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Соматотипирование проведено по методике В.В. Бунака в модификации В.П. Чтецова и соавт. Определены габаритные размеры мужчин – длина и масса тела, а также жировой, мышечный и костный компоненты сомы. Выявлено, что мужчины зрелого возраста, поступившие на лечение в неврологическую клинику города Красноярска, в наибольшем проценте случаев были представлены мускульным соматотипом, имели наибольшие величины габаритных размеров и компонентного состава тела.

Ключевые слова: антропометрия, соматотип, мужчины, остеохондроз поясничного отдела позвоночника.