

Современные рекомендации по ведению больных бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях

1 – Ижевская государственная медицинская академия: 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 283;

2 – Республиканский клиничко-диагностический центр: 426009, Ижевск, ул. Ленина, 876

Ya.M.Vakhrushev, I.V.Zhukova

Current guidelines for management of asthma outpatients

Summary

One hundred and two patients with bronchial asthma were followed up in an outpatient clinic. Step-by-step therapy in combination with educational programmes was used. The proper basic therapy according to severity of asthma was shown to improve clinical course of the disease and lung function. Education of patients in asthma-schools provides skills of individual control of asthma. As a result, asthma was completely controlled in 58 patients, partially controlled in 31 ones and only 13 patients had uncontrolled course of the disease.

Key words: bronchial asthma, control, basic therapy, educational programme, asthma-school, outpatient clinic, lung function, quality of life.

Резюме

Под наблюдением в условиях поликлиники находились 102 больных бронхиальной астмой (БА) на фоне проведения ступенчатой базисной терапии и использования образовательных программ. Показано, что применение адекватной базисной терапии в соответствии с тяжестью БА оказывает благоприятное влияние на ее клиническое течение, улучшает функцию внешнего дыхания. Обучение в астма-школе дает навыки индивидуального контроля над течением заболевания. В результате у 58 пациентов БА полностью подавалась контролю, у 31 — носила частично контролируемый характер, и только у 13 больных было неконтролируемое течение болезни.

Ключевые слова: бронхиальная астма, контроль, базисная терапия, обучающие программы, астма-школа, поликлиника, функция внешнего дыхания, качество жизни.

Важной задачей лечения больных бронхиальной астмой (БА) является достижение и длительное поддержание контроля над заболеванием. Контроль над БА означает возможность предотвратить большинство приступов, не испытывать выраженных симптомов в дневное и ночное время, сохранять привычную физическую нагрузку [1–3]. В последние годы в достижении контроля над БА помимо оценки эффективности лечения большое значение придают развитию сотрудничества между врачом и пациентом, выявлению факторов риска и уменьшению их воздействия [4–6].

В связи с этим цель исследования заключалась в изучении возможности достижения контроля над БА в условиях поликлиники на фоне проведения ступенчатой базисной терапии и использования образовательных программ.

Материалы и методы

Под наблюдением в условиях поликлиники находились 102 больных БА: из них 28 пациентов (27,5 %) — с легкой, 56 (54,9 %) — со средней степенью тяжести, 18 (17,6 %) — с тяжелым течением заболевания. Мужчин было 15 (14,7 %), женщин — 87 (85,3 %). Продолжительность заболевания составила от 1 до 20 лет.

В ходе терапии больных помимо изучения анамнестических и физикальных данных проводились общеклинические исследования крови и мокроты, рентгенография грудной клетки. Изучение функции

внешнего дыхания (ФВД) проводили методом исследования кривой поток—объем форсированного выдоха на спирографе системы "Валента" (Россия), обеспечивающем автоматический анализ структуры легочных объемов. При этом учитывали следующие показатели: жизненную емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁), пиковую объемную скорость (ПОС), максимальные объемные скорости (МОС) при выдохе 25, 50 и 75 % форсированной ЖЕЛ, выраженные в процентах от должных величин (МОС_{25, 50, 75}).

Статистическую обработку результатов проведенных исследований выполняли методом вариационного анализа с учетом достоверности по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение

При обращении в поликлинику жалобы на приступы удушья предъявляли 82 (80,4 %) больных, на одышку — 86 (84,3 %), на кашель — 102 (100 %), при этом у 72 (70,6 %) кашель носил приступообразный характер. У 98 (96 %) больных были отмечены сухие свистящие хрипы.

Всем больным была назначена базисная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами (иГКС; будесонид или беклометазон в дозе от 500 до 2 000 мкг в зависимости от степени тяжести заболевания). Пациентам с легким течением было рекомендовано использовать ситуационно β-адреномиметики

короткого действия, а пациентам со средней тяжестью и тяжелым течением БА был назначен плановый прием ипратропиума и ипратропиума / фенотерола (до 6–8 доз в сутки).

На фоне систематической базисной терапии через 4 нед. полностью прошли одышка при умеренной физической нагрузке и сухие хрипы в легких у 34 пациентов. Прием β -адреномиметиков прекратили 39 (38,2 %) человек. У 29 (28,4 %) удушье стало реже, значительно уменьшилась одышка, не стало "свиста" в груди, снизилась потребность в β -адреномиметиках.

Пациентам с тяжелым течением заболевания был рекомендован прием комбинированных препаратов (сочетание β -адреномиметиков длительного действия и иГКС). На этом фоне самочувствие улучшилось — уменьшились частота приступов и одышка.

В целом стойкий терапевтический эффект отмечен у 56 (54,9 %) больных. При обострениях заболевания 23 пациентам была увеличена (в 1,5 раза) доза иГКС, а 23 пациента были переведены на прием различных препаратов беклометазона дипропионата.

Побочные явления, проявляющиеся осиплостью голоса, было отмечено только у 3 пациентов, что связано с игнорированием полоскания рта после ингаляций ГКС.

Как свидетельствуют данные таблицы, все показатели ФВД у пациентов с тяжелым течением БА были достоверно ниже, по сравнению с аналогичными показателями пациентов с легким и среднетяжелым течением. На фоне лечения у больных БА отмечается улучшение ФВД. Так, наблюдается достоверное улучшение ЖЕЛ у пациентов с легким, среднетяжелым и тяжелым течением БА. В ходе лечения ОФВ₁ существенно не увеличивался. Это связано, по-видимому, с тем, что у 15 пациентов БА сопровождалась хронической обструктивной болезнью легких, при которой обструкция бронхов является необратимой.

Обучение в астма-школе прошли 100 пациентов: 30 из них занимались по групповой методике и 70 —

индивидуально. Среди слушателей астма-школы преобладали женщины (85 %). По возрасту больные распределились следующим образом: от 20 до 30 лет — 5 человек (5 %); от 31 года до 40 лет — 15 (15 %); от 41 года до 50 лет — 23 (23 %); от 51 года до 60 лет — 32 (32 %); от 61 года до 70 лет — 18 (18 %); старше 70 лет — 7 (7 %). По социальному положению: работающие — 46 человек (46 %); инвалиды по заболеванию — 16 (16 %); пенсионеры — 27 (27 %); не работающие по различным причинам — 11 (11 %). По образовательному уровню: 68 больных (68 %) имели высшее и среднее специальное образование; 18 (18 %) — среднее; 14 (14 %) — неполное среднее образование.

По результатам опроса, 76 человек (76 %) считали недостаточными свои знания о заболевании, 20 (20 %) затруднились ответить, 4 (4 %) считали, что знают достаточно, но решили пройти обучение. 86 (86 %) больных были направлены на занятия пульмонологом, 9 (9 %) — терапевтом, 5 (5 %) обратились самостоятельно. 2 больных (2 %) проходили обучение в астма-школе повторно по собственному желанию. Наиболее интересующие пациентов вопросы: причины заболевания (16 %); причины обострений при БА (12 %); длительность приема иГКС (15 %); побочные действия ГКС (23 %); диета при БА (12 %); самопомощь при приступах удушья (14 %), массаж и дыхательная гимнастика (9 %).

Результаты работы астма-школы оценивались через 12 мес. после проведения занятий с помощью анкетирования. Больные, прошедшие обучение в астма-школе, не вызвали скорую медицинскую помощь. Все больные могли оказать себе неотложную помощь. Частота госпитализаций снизилась на 30 %. В большинстве случаев обострения лечились амбулаторно и в более короткие сроки, чем до обучения. Все больные отметили улучшение качества жизни, все могли выполнять привычную нагрузку, 2 человека продолжили занятия спортом. После обучения 100 больных (100 %) стали использовать спейсеры для улучшения доставки препарата в дыхательные пути, 37 (37 %) пользуются пикфлоуметрами для индивидуального контроля над течением заболевания и ведут дневники самонаблюдения, 8 имеют небулайзеры для купирования тяжелых приступов удушья в домашних условиях.

Как показали наши наблюдения, ступенчатое базисное лечение больных БА в условиях поликлиники обеспечивает положительный терапевтический эффект, причем при всех степенях тяжести заболевания. Под влиянием терапии у больных ликвидируются или уменьшаются приступы удушья, отмечаются благоприятные сдвиги со стороны функционального состояния дыхательной системы. В последующем на благоприятное течение БА оказывает влияние осознанное применение больными знаний, полученных в астма-школе.

В результате длительного активного наблюдения за больными (от 1 до 3 лет) в условиях поликлиники у 58 пациентов БА полностью поддавалась контролю, у 31 носила частично контролируемый характер, и только у 13 течение болезни было неконтролируемым.

Таблица
Динамика показателей ФВД у пациентов с БА на фоне проводимой терапии

| Показатели | Степень тяжести БА | | |
|------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------|
| | Легкая (n = 28) | Среднетяжелая (n = 56) | Тяжелая (n = 18) |
| ЖЕЛ до лечения | 75,8 ± 4,8 | 65,6 ± 2,4 | 35,3 ± 5,6 |
| после лечения | 93,3 ± 4,6* | 78,2 ± 3,2* | 52,5 ± 5,8* |
| ОФВ ₁ до лечения | 70,6 ± 5,6 | 56,8 ± 3,4 | 35,7 ± 5,4 |
| после лечения | 95,5 ± 8,4* | 68,8 ± 3,6* | 42,5 ± 4,8 |
| ПОС до лечения | 68,8 ± 4,6 | 54,7 ± 5,2 | 33,6 ± 5,2 |
| после лечения | 72,5 ± 3,4 | 65,3 ± 5,6 | 43,9 ± 5,6 |
| МОС ₂₅ до лечения | 62,2 ± 4,8 | 52,3 ± 2,5 | 38,6 ± 6,2 |
| после лечения | 72,8 ± 8,6 | 60,8 ± 7,6 | 52,8 ± 10,8 |
| МОС ₅₀ до лечения | 61,2 ± 5,2 | 49,8 ± 2,8 | 36,6 ± 6,1 |
| после лечения | 72,1 ± 8,6 | 61,3 ± 5,4 | 52,2 ± 6,8 |
| МОС ₇₅ до лечения | 60,2 ± 4,8 | 46,6 ± 2,8 | 30,8 ± 5,2 |
| после лечения | 72,1 ± 8,2 | 60,8 ± 6,2 | 48,6 ± 6,4 |

Примечание: * — достоверные изменения после лечения по отношению к исходному уровню; n — число наблюдаемых больных.

Таким образом, адекватная базисная терапия, использование образовательных программ в работе с пациентами и длительное мониторингирование состояния больных позволяют улучшить клиническое течение БА и достичь контроля над заболеванием в большинстве случаев.

Заключение

1. В условиях поликлиники применение адекватной базисной терапии в соответствии с тяжестью БА оказывает благоприятное влияние на ее течение, снижает частоту и степень выраженности обострений, улучшает ФВД.
2. Обучение больных БА в астма-школе дает навыки индивидуального контроля над течением заболевания, в итоге приводящее к снижению вызовов скорой медицинской помощи и уменьшению частоты госпитализации пациентов.
3. В результате динамического наблюдения в поликлинике за больными в большинстве случаев удается добиться полного или частичного контроля над БА.

Литература

1. Чучалин А.Г. (ред.). Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М.: Атмосфера; 2006.
2. Ненашева Н.М. Возможности достижения контроля над бронхиальной астмой в условиях клинической практики. Атмосфера. Пульмонолог. и аллергол. 2007; 4: 36–39.
3. Архипов В.В. Изменение объема терапии в зависимости от уровня контроля бронхиальной астмы. Consilium Medicum 2007; Прил.: Болезни органов дыхания: 35–37.
4. Авдеев С.Н. Бронхиальная астма в таблицах и схемах. М.: Атмосфера; 2005.
5. Карманное руководство по лечению и профилактике бронхиальной астмы. М.: Атмосфера; 2006.
6. Романова С.Е., Галимова Г.М., Вахрушев Я.М. Значение астма-школы в организации эффективной лечебно-профилактической помощи больным бронхиальной астмой: информационное письмо. Ижевск; 2004.

Информация об авторах

Вахрушев Яков Максимович – д. м. н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Ижевской государственной медицинской академии; тел.: (3412) 45-20-06
Жукова Ирина Вениаминовна – врач-пульмонолог Республиканского клинико-диагностического центра; тел.: (3412) 37-49-10; e-mail: ozhukov@udm.net

Поступила 05.05.08
© Вахрушев Я.М., Жукова И.В., 2009
УДК 616.248-08-039.57