

К.А.Масуев¹, Д.Г.Казанбеков², К.М.Алиева¹

Совершенствование методов реабилитации больных бронхиальной астмой на амбулаторном этапе лечения

1 — Дагестанская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней № 2, г. Махачкала;

2 — Республиканский реабилитационный центр МЗ РД, г. Махачкала

K.A.Masuev, D.G.Kazanbekov, K.M.Alieva

Improvement of outpatient rehabilitation in patients with bronchial asthma

Summary

Investigation of efficacy of various rehabilitation methods in patients with asthma was performed. We observed 165 patients divided into 3 groups. All of them received the basic therapy for asthma. Each group included the study subgroup (40 patients) and the placebo subgroup (15 patients). The 1st study subgroup patients received 250 μ g of nebulized ipratropium bromide and 500 μ g of phenoterol hydrobromide followed by 22.5 mg of nebulized ambroxol; inhalations of 0.9 % saline solution were as placebo. The 2nd study subgroup patients were treated with acupuncture; and placebo patients received spontaneous pricks of the skin. The 3rd group was treated with willed limitation of deep breathing (WLDB) by K.Buteyko's method and placebo physiotherapy. We noted qualitative changes in clinical course of the disease, significant reduction of drug therapy and improvement in all lung function parameters in the 1st group patients. In the 2nd and the 3rd groups, some patients reported improvement in their health status, reduction in dyspnea and in need in bronchodilators. However, analysis of their peak expiratory flow rate (PEFR) and lung function parameters did not show statistically significant improvement compared to placebo.

Резюме

Проведено исследование эффективности различных методов реабилитации больных бронхиальной астмой (БА). Обследовано 165 больных БА. Средний возраст больных составил $46,2 \pm 3,7$ лет. Пациенты были распределены на 3 группы. Первая группа получала небулайзерную терапию с ипратропиума бромидом (250 мкг) и фенотерола гидробромидом (500 мкг), а затем амброксолом в дозе 22,5 мг. Плацебо-ингаляции проводили с использованием 0,9%-ного раствора натрия хлорида. Второй группе были назначены сеансы иглорефлексотерапии, плацебо-контроль осуществляли посредством произвольного укалывания точек. Третья группа занималась волевой ликвидацией глубокого дыхания (ВЛГД) по методу К.П.Бутейко и плацебо-дыхательной гимнастикой. Для больных, прошедших реабилитацию методом небулайзерной терапии, было характерно качественное изменение клинической картины заболевания, значительное сокращение объема терапии и достоверное улучшение всех показателей ФВД. Во 2-й и 3-й группах некоторые пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение ощущения одышки, некоторое снижение потребности в бронхолитиках. При анализе суточных показателей ПСВ и ФВД статистически достоверное улучшение по сравнению с плацебо не наблюдалось.

В последние годы во всем мире отмечается устойчивый рост заболеваний органов дыхания, среди которых особое место занимает бронхиальная астма (БА). Широкая распространенность БА во всех странах, учащение случаев тяжелых форм и смертности определяют ее высокое медико-социальное значение и обуславливают необходимость разработки эффективных методов диагностики, лечения и реабилитации. Кроме того, возникает много социальных и семейных проблем, связанных с БА. Внедрение международных согласительных документов в последние годы привело к существенным изменениям в тактике оказания помощи данной группе пациентов. Ключевое место в лечении БА занимают базисные профилактические препараты, подавляющие воспаление, устраняющие симптомы заболевания и снижающие риск развития тяжелых осложнений [1, 2]. Однако, несмотря на эффективность поддерживающей терапии, она не всегда предупреждает развитие обострений, которые с различной частотой и степенью тяжести возникают у пациентов с БА.

Целью данного исследования стало изучение эффективности различных методов реабилитации больных БА на амбулаторном этапе лечения.

Материалы и методы

В ходе работы проведено исследование 165 больных БА, обратившихся в Республиканский реабилитационный центр МЗ РД г. Махачкалы. Диагноз atopической формы БА был установлен у 35 больных, инфекционно зависимой — у 74 и смешанной формы — у 56 больных. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от метода реабилитации. Каждая группа включала в себя 2 подгруппы (основная — 40 и плацебо — 15 больных). Средний возраст больных составил $46,2 \pm 3,7$ года. Реабилитацию пациентов во всех группах проводили на фоне базисной терапии. Все больные получали беклометазона дипропионат в средней дозе 500 мкг и сальбутамол в дозе 300–400 мкг/сут. Поскольку в исследовании ставилась задача изучить эффективность различных

Таблица 1
Динамика показателей ФВД больных БА после небулайзерной терапии (1-я группа)

Показатель	Небулайзерная терапия (40 больных)		Плацебо-ингаляции 0,9%-ным физиологическим раствором (15 больных)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ЖЕЛ (л)	1,82 ± 0,14	2,54 ± 0,12*	2,26 ± 0,23	2,31 ± 0,32**
ОФВ ₁ (л)	1,89 ± 0,21	2,47 ± 0,17*	1,62 ± 0,34	1,73 ± 0,21**
МОС ₂₅ (л/с)	2,99 ± 0,17	3,52 ± 0,22*	2,38 ± 0,27	2,34 ± 0,28**
МОС ₅₀ (л/с)	2,26 ± 0,18	3,05 ± 0,14*	1,65 ± 0,31	1,78 ± 0,19**
МОС ₇₅ (л/с)	1,25 ± 0,29	1,84 ± 0,19*	0,67 ± 0,24	0,74 ± 0,22**

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p > 0,05$.

методов реабилитации больных БА при плацебо-контроле, были сформированы группы, равноценные по длительности и тяжести заболевания, возрасту и полу. Первая группа больных получала небулайзерную терапию с ипратропиума бромидом в дозе 250 мкг и фенотерола гидробромидом в дозе 500 мкг. Через 15 мин проводилась ингаляция амброксолом в дозе 22,5 мг. В качестве плацебо-ингаляций использовали 0,9%-ный раствор натрия хлорида. Второй группе больных проводилась иглорефлексотерапия (ИРТ) и плацебо-ИРТ с произвольным выбором точек. ИРТ в группе плацебо проводил врач, не владеющий методом акупунктуры. Третья группа занималась волевой ликвидацией глубокого дыхания (ВЛГД) по методу К.П. Бутейко, а группа плацебо — дыхательной гимнастикой, которую проводил врач, не владеющий методом ВЛГД. Функцию внешнего дыхания (ФВД) исследовали посредством аппарата "Спиро-Тест-РС" у всех больных до и после курса реабилитации и в динамике через 3, 6, 12 мес. Повторные курсы реабилитации также проводили через 3, 6 и 12 мес. Ежедневно у всех пациентов исследовали пиковую скорость выдоха (ПСВ). Критериями включения в исследование были: информированное согласие больного на проведение исследования, наличие установленного стационарно диагноза БА, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний. Критериями исключения из исследования явились: несоблюдение больными условий исследования, резкое ухудшение состояния пациента. Результаты исследования обработаны методом микро-биологической статистики с вычислением средней арифметической величины ($\bar{C}$), стандартного отклонения (СО) и стандартного отклонения средних (СОС). Достоверность изменений показателей после реабилитации в сравнении с данными до лечения анализировали с помощью парного и непарного критериев Стьюдента.

Результаты

В 1-й группе больных, получавших небулайзерную терапию, в начале лечения суточные колебания ПСВ составляли 220 ± 72 (32,7 %), что указывало на явное обострение заболевания. На фоне небулайзерной терапии начиная с 3-го дня суточные колебания ПСВ

снижались, а к 5-му дню ежедневные значения ПСВ возросли до 420 ± 30 и суточный разброс значений составлял не более 7,1 %. В группе плацебо колебания ПСВ составляли 242 ± 65 (26,8 %) на всем протяжении лечения. Следует отметить, что для больных, прошедших полный курс реабилитации методом небулайзерной терапии (4 раза в год) было характерно качественное изменение клинической картины заболевания, значительное сокращение объема медикаментозной терапии и статистически достоверное улучшение всех показателей ФВД. В этой группе в течение всего периода наблюдения не отмечались обострения заболевания. Как видно из табл. 1, статистически достоверное улучшение показателей ФВД наблюдается только у больных 1-й группы, пролеченных методом небулайзерной терапии. В группе плацебо отмечена слабopоложительная, статистически недостоверная динамика показателей ФВД.

На фоне лечения во 2-й группе у больных, прошедших реабилитацию методом ИРТ, около 27,9 % пациентов отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение ощущения одышки, некоторое снижение потребности в бронхолитиках. Однако при анализе суточных показателей значений ПСВ и показателей ФВД в динамике статистически значимая достоверная положительная динамика не наблюдалась. Суточные колебания ПСВ в группе ИРТ и плацебо составляли 25,4 % и более. Как видно из табл. 2, показатели ФВД во 2-й группе не отличаются от группы плацебо. Наилучшие результаты ИРТ отмечались у больных с ведущим нервно-психическим механизмом развития БА. По-видимому, у данной категории пациентов эффективность метода обусловлена психологическим воздействием процедуры акупунктуры. У некоторой части пациентов наблюдался "феномен третьего дня" — кратковременное ухудшение самочувствия после 3-го сеанса с последующим улучшением субъективного состояния.

Проведенные нами исследования эффективности метода ВЛГД в 3-й группе больных БА показали, что в 34,6 % случаев уменьшалось ощущение одышки, снижалась потребность в короткодействующих бронхолитиках, а при динамическом исследовании ФВД положительная динамика не наблюдалась. Суточный разброс показателей ПСВ в 3-й группе и в группе

Таблица № 2
Динамика показателей ФВД больных БА после ИРТ (2-я группа)

Показатель	ИРТ (40 больных)		Плацебо-ИРТ (15 больных)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ЖЕЛ (л)	1,72 ± 0,18	1,84 ± 0,26*	2,65 ± 0,29	2,72 ± 0,21*
ОФВ ₁ (л)	1,36 ± 0,14	1,41 ± 0,19*	1,89 ± 0,34	1,94 ± 0,24*
МОС ₂₅ (л/с)	1,67 ± 0,22	1,84 ± 0,16*	2,47 ± 0,23	2,64 ± 0,28*
МОС ₅₀ (л/с)	1,35 ± 0,12	1,37 ± 0,21*	1,74 ± 0,31	1,81 ± 0,19*
МОС ₇₅ (л/с)	0,67 ± 0,24	0,66 ± 0,31*	0,74 ± 0,21	0,79 ± 0,12*

Примечание: * — $p > 0,05$.

плацебо составлял 26,8 % и более, что указывает на неконтролируемое течение БА. Возможно, ощущение уменьшения одышки, некоторое снижение суточной дозы бронхолитиков вызваны уменьшением гипервентиляции, которая часто сопровождает БА, произвольным управлением дыхания и психологическим воздействием на самих больных. Сравнение ВЛГД по К.П.Бутейко и дыхательной гимнастики плацебо не выявило различий в динамике ФВД и в объеме проводимой лекарственной терапии.

Обсуждение

Выраженный бронхолитический эффект при введении бронхолитиков через небулайзер объясняется высокой терапевтической концентрацией лекарства, проникновением его в мелкие отделы респираторного тракта и соответственно более быстрым развитием бронхорасширяющего действия в дыхательных путях. Купирование обострения и ремиссия при небулайзерной терапии наступают в 1,5-2 раза быстрее, чем при традиционной терапии бронхолитиками [3–5]. Побочные эффекты при проведении небулайзерной терапии нами не отмечены (за исключением индивидуальной повышенной чувствительности к препарату). Анализируя полученные в ходе плацебо-контролируемого исследования результаты изучения ИРТ в реабилитации больных БА, можно заключить следующее. Достоинствами рефлексотерапии являются сравнительная простота процедуры, экономичность и отсутствие аллергической реакции или каких-либо других серьезных осложнений. Множество восточных и западноевропейских теорий не объясняют механизма действия иглотерапии на современном уровне медицинских знаний. Главные причины этого

заключаются в увлечении мистическими, натурфилософскими или стихийно материалистическими концепциями, создающими вокруг акупунктуры ореол таинственности, чудодейственности и не способствующими ее развитию и укреплению среди других лечебных методов современной медицины [6, 7]. Метод ИРТ, по сравнению с плацебо-ИРТ, не оказывает какого-либо существенного влияния на течение заболевания. Наилучшие его результаты наблюдаются у больных с ведущим нервно-психическим механизмом развития БА, легкой и среднетяжелой атопической БА. Возможно, здесь сказывается эффект психологического влияния самого метода, а не воздействие на точки, связанные с механизмами развития болезни. У больных смешанной и инфекционно-зависимой формами БА ИРТ наименее эффективна (практически эффект не отличается от плацебо-ИРТ). Суть ВЛГД заключается в том что, по мнению К.П.Бутейко, причиной таких заболеваний, как БА, хронический бронхит, гипертония, стенокардия является глубокое дыхание, точнее альвеолярная гипервентиляция, обуславливающая возникновение дефицита углекислого газа в легочных альвеолах, при которой метод ВЛГД патогенетически обоснован и может быть эффективен [8]. В то же время проведенное нами исследование показало, что при использовании метода ВЛГД статистически достоверное улучшение показателей ФВД у больных БА не наблюдается.

Результаты нашего исследования позволяют заключить, что небулайзерная терапия бронхолитиками (ипратропиума бромидом и фенотеролом) является эффективным и безопасным методом реабилитации больных БА. Эффект ИРТ и ВЛГД у больных БА практически не отличается от плацебо-процедур,

Таблица 3
Динамика показателей ФВД больных БА после ВЛГД (3-я группа)

Показатель	ИРТ (40 больных)		Плацебо-ВЛГД (15 больных)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ЖЕЛ (л)	1,83 ± 0,14	1,97 ± 0,12*	1,91 ± 0,13	1,89 ± 0,16*
ОФВ ₁ (л)	1,64 ± 0,15	1,69 ± 0,17*	1,37 ± 0,17	1,41 ± 0,11*
МОС ₂₅ (л/с)	2,47 ± 0,33	2,71 ± 0,24*	1,99 ± 0,12	2,17 ± 0,14*
МОС ₅₀ (л/с)	2,07 ± 0,16	2,01 ± 0,11*	1,39 ± 0,11	1,38 ± 0,17*
МОС ₇₅ (л/с)	1,68 ± 0,14	1,02 ± 0,21*	0,81 ± 0,14	0,76 ± 0,22*

Примечание: * — $p > 0,05$.

и данные методики не могут быть рекомендованы как самостоятельные способы реабилитации больных.

Литература

1. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002 г. М.: Атмосфера; 2002.
2. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Аллергический дерматит. Москва: Атмосфера; 2002.
3. Авдеев С.Н. Небулайзерная терапия при бронхиальной астме. Атмосфера 2001; 1 (2): 22–25.
4. Heslop K., Harkaswat R. Nebulizer therapy from a practical perspective. Respir. Rev. 2000; 10 (72): 213–215.
5. Дубынина В.П. Небулайзерная терапия острых и хронических заболеваний дыхательных путей. Москва: 2005; с. 19–40.
6. Молостов В.Д. Иглорефлексотерапия, энергетический метод лечения. М.; 2003. 54–112, 271–294.
7. Василенко А.М. Врачебная специальность — рефлексотерапия. Рос. мед. журн. 1999; 5 (1): 28–33.
8. Тубольцев М.Н. Исцеление по Бутейко. М.: Изотекст; 2003.

Поступила 12.02.07
© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.248-08-039.57

17-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания

С 2 по 5 октября в г. Казани прошел 17-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания — ежегодное главное мероприятие РФ для врачей, занимающихся заболеваниями органов дыхания. Столица Татарстана была выбрана для его проведения неслучайно. Без казанской медицинской школы трудно представить себе российскую медицину. Ее центры — КГМУ, руководимый Н.Х.Амировым, и КГМА, возглавляемый М.К.Михайловым. История респираторной медицины Татарстана связана с именами Б.Л.Мазура, А.Д.Адо, Р.Ш.Абдрахмановой.

Столь представительным форум стал впервые. За 4 дня конгресс посетили около 2 000 специалистов, две трети из них — из разных городов России и других стран. Врачи могли свободно участвовать во всех 14 школах, которые возглавили ведущие специалисты России, СНГ и Европы: М.Ю.Мишин, Е.И.Шмелев, Л.А.Горякина, Р.С.Фассахов, Б.А.Черняк, А.И.Синопальников и Р.С.Козлов, М.М.Илькович, Я.Н.Шойхет, Н.А.Геппе, В.П.Булатов, И.Е.Тюрин, А.С.Нейштадт, В.Б.Ивановский, Р.А.Зарипов, Р.Ш.Хасанов, А.П.Зильбер, С.Н.Авдеев, Д.Келер, Д.Дельвег, М.Венцель. Основными обсуждаемыми проблемами были бронхиальная астма, ХОБЛ, пневмония и респираторные инфекции, интерстициальные заболевания органов дыхания, опухоли легких, профессиональные заболевания, онкология и туберкулез.

За время работы конгресса прошли 13 клинических лекций, 90 симпозиумов, 3 клинических разбора и 4 круглых стола, состоялись конкурс работ молодых ученых страны и постерная сессия. Мемориальные симпозиумы были посвящены памяти А.Д.Адо, В.М.Бехтерева, Н.А.Миславского, А.В.Вишневского, В.Ф.Войно-Ясенецкого, А.Г.Хоменко, В.П.Демихова. Особым событием Конгресса стала презентация двухтомного руководства "Респираторная медицина" под редакцией академика А.Г.Чучалина, над созданием которого трудились ведущие специалисты страны.