

М.Л.Каракина

Эффективность программы ведения больных военнослужащих с бронхиальной астмой согласно международным рекомендациям

Консультативно-диагностическая поликлиника № 94 Приволжско-Уральского военного округа, Екатеринбург

M.L.Karakina

Efficacy of management programme for asthma patients in military servicemen with regards to international guidelines

Summary

Management of asthma patients is little known in departmental, partly in military medicine. This study was designed to evaluate the efficacy of a management programme for asthmatic militaries. We assessed asthma attack rate (day and nighttime), need in bronchodilators, peak expiratory flow rate and forced expiratory volume for 1 s as per cent of predictive values, number of acute exacerbations and admissions to a hospital per a year and their length, days lost from work, calls for emergency aid before and 1 year after implementation of the programme. We found significant reductions in frequency of nighttime asthma attacks, need in bronchodilators, number of calls for emergency aid, rates of acute exacerbations and hospitalizations, their length, improvement in lung function. Therefore, we concluded that the management programme for asthmatic militaries is effective.

Резюме

Программа ведения больных бронхиальной астмой (БА), состоящая из 6 частей, в ведомственной, в частности, в военной медицине мало изучена. Целью исследования являлась оценка эффективности этой программы у военнослужащих с БА. Оценивались следующие показатели: частота приступов удушья (дневных и ночных), частота ингаляций бронхолитиков, пиковая скорость выдоха и объем форсированного выдоха за 1-ю с в процентах от должного, число обострений и госпитализаций в год, их продолжительность, число дней временной нетрудоспособности, количество вызовов бригады скорой медицинской помощи (СМП) до ведения по программе и через 1 год. При этом отмечено достоверное уменьшение числа ночных приступов удушья, частоты ингаляций бронхолитиков, числа обострений и госпитализаций, а также их продолжительности, количества вызовов СМП, улучшение функции внешнего дыхания. Сделан вывод об эффективности программы ведения (6 частей) у военнослужащих с БА.

Бронхиальная астма (БА) — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей. БА является наиболее распространенным заболеванием, представляющим значительную социальную проблему как для государственного, так и для ведомственного здравоохранения. При отсутствии адекватной противовоспалительной терапии болезнь способна привести к развитию необратимых изменений в бронхах, к утяжелению симптомов самого заболевания, существенно ограничить физическую активность пациента, привести к инвалидизации и летальному исходу.

В 2002 г. опубликован Доклад рабочей группы *GINA (Global Initiative for Asthma)*, где отражены вопросы определения БА, связанный с ней ущерб, факторы риска и механизмы развития БА, диагностика, классификация. Особое внимание уделено программе ведения больных БА, которая включает в себя следующие мероприятия: обучение больных для формирования партнерских отношений в процессе ведения, оценку и мониторинг БА, устранение воздействия факторов риска, разработку индивидуальных планов длительной медикаментозной терапии и планов купирования обострений, регулярное динамическое наблюдение [1].

Внедрение программы ведения больных БА в России осуществляется в рамках Национальной програм-

мы по борьбе с бронхиальной астмой. Она доказала свою эффективность [2, 3], тогда как в ведомственной, в частности, в военной медицине действенность этой программы мало изучена. Целью работы явилось исследование эффективности программы ведения больных военнослужащих с БА. Военная служба связана с экстремальными ситуациями (боевые действия, учения на полигонах, переохлаждение, перегревание), с повышенными физическими нагрузками, особым порядком обращения за медицинской помощью, нередко — с недоступностью специализированной (аллергологической, пульмонологической) медицинской помощи (служба в отдаленных гарнизонах).

Материалы и методы

В исследование были включены 80 пациентов, наблюдаемых в консультативно-диагностической поликлинике № 94 (94 КДП) в период 1998–2003 гг. Из 80 пациентов в исследовании участвовали 13 женщин (16,25 %) и 67 мужчин (83,75 %). Средний возраст пациентов составил 48,1 лет.

Легкая интермиттирующая БА была у 2 пациентов (2,5 %), легкая персистирующая — у 13 (16,25 %), средней степени тяжести — у 37 (46,25 %), тяжелая — у 28 (35 %).

Атопическая форма БА установлена у 24 пациентов (30 %), аспириновая — у 12 (15 %), прочая — у 44 (65 %). Сопутствующие заболевания: аллергический риноконъюнктивит — 22 пациента (27,5 %), атопический дерматит — 1 (1,25%), лекарственная аллергия — 2 (2,5 %), полипозная риносинусопатия — 12 (15 %), непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов — 7 (8,75 %), ишемическая болезнь сердца (все формы) — 10 (12,5 %), гипертоническая болезнь — 17 (21,25 %), язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки — 6 (7,5 %), гельминтозы — 2 (2,5 %), другие — 5 пациентов (6,25 %).

Оценивались следующие показатели: частота приступов удушья дневных и ночных (ЧПУ), частота ингаляций бронхолитиков (ЧИБ), объем форсированного выдоха за 1-ю с (ОФВ₁), пиковая скорость выдоха (ПСВ), утренние показатели (в процентах от должных), степень тяжести БА, число обострений в год, их продолжительность, количество госпитализаций в год, связанных с обострением БА, число дней временной нетрудоспособности, количество вызовов бригады скорой медицинской помощи, число посещений врача в год по поводу обострения заболевания. Эти же показатели оценивались через 1 год после начала ведения больных по технологии SPAMP [4].

Сравнение показателей проводилось с помощью стандартного пакета статистических программ *Microsoft Excel*. Достоверность значимых различий средних показателей оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента.

В качестве базисной терапии больным назначались следующие меры: специфическая иммунотерапия — 8 пациентов; производные кромоглициевой кислоты (кромогликат) — 14; ингаляционные глюкокортикоиды (беклометазона дипропионат) — 61; системные глюкокортикоиды (преднизолон) — 5.

Бронхолитические препараты назначались при 96 случаях БА: β₂-агонисты — 59 случаев, теофиллины — 27, Беродуал — 10. Все пациенты принимали предписанное лечение, аэрозольными ингаляторами пользовались правильно, что проверялось на контрольных осмотрах (1 раз в 3 мес.). Все пациенты прошли курс обучения, включающий в себя индивидуальные занятия и занятия в астма-школе. Образовательный курс в астма-школе состоял из 8 занятий. В процессе обучения рассматривались следующие темы: строение дыхательных путей, факторы, способствующие появлению и обострения заболевания, профилактика болезни, оказание помощи при при-

ступе астмы, базисная терапия, лекарственные препараты и возможные побочные эффекты. На практических занятиях пациенты обучались правильной технике ингаляции, навыкам самоконтроля, оценке клинических симптомов, использованию пикфлоуметра [5].

Результаты и обсуждение

До назначения базисной терапии ЧПУ у больных с БА 1-й степени составила от 1 до 4 раз в год (в среднем — 2,5 приступа в год). У больных БА 2-й степени частота дневных приступов удушья — в среднем 3,82 в нед., ночные — реже, в среднем 2,51 в мес. У больных с БА 3-й степени частота дневных приступов удушья составила в среднем 1,23 в день, ночных — 4,78 в мес. При тяжелой БА частота дневных приступов удушья — 2,01 в день, ночных — в среднем, 3,24 в нед.; всего — 36 157 приступов в год, в среднем — 451,2 приступа (дневных) на 1 пациента в год. Ночных — 7 408 приступов, в среднем — 92,6 приступа на пациента в год. ЧИБ составила: при БА 1-й степени — 2 ингаляции в год, при БА 2-й степени — 4,1 ингаляции в нед., при БА 3-й степени — 1,08 ингаляции в день, при БА 4-й степени — 4,0 ингаляции в день. ОФВ₁ до назначения базисной терапии варьировался от 35 % до 94 % от должных показателей, в среднем — 67,4 %. ПСВ варьировалась от 44 % до 107 % от должных показателей, в среднем — 69,21 %. Число обострений у наблюдаемой группы было от 1 до 10 раз в год (в среднем — 2,54 в год). Продолжительность обострений составила в среднем 15,85 дней (таблица).

Число госпитализаций было в исследуемой группе от 0 до 4 раз в год, в среднем — 1,13, их продолжительность составила в среднем 24,65 суток. При этом период временной нетрудоспособности равнялся 23,7 дня. Число вызовов бригады СМП было от 0 до 2 раз в год, т. е. 0,28 на каждого больного. Препараты, используемые бригадой СМП: системные глюкокортикоиды (Преднизолон до 90 мг) в/в, Беродуал (до 4 мл) через небулайзер, Эуфиллин до 240 мг в/в, 25%-ная сернокислая магнезия — 10,0 в/в.

Число врачебных посещений составило от 1 до 22 раз в год (в среднем — 4,28 раза на 1 больного).

Через 1 год больных БА 1-й степени было 4 (5 %), 2-й степени — 19 (23,75 %), 3-й степени — 32 (40 %), 4-й степени — 25 (31,25 %) (рис. 1). ЧПУ днем уменьшилась (26 854 в год против 36 157 до назначе-

Таблица
Динамика продолжительности обострений, госпитализаций, временной нетрудоспособности в процессе ведения больных по технологии SPAMP

Признаки	Продолжительность обострений, дни	Продолжительность госпитализаций, дни	Число дней временной нетрудоспособности
До назначения базисной терапии	15,85	24,65	23,7
Через год	7,8*	13,2*	15,7*

Примечание: * — $P < 0,05$.

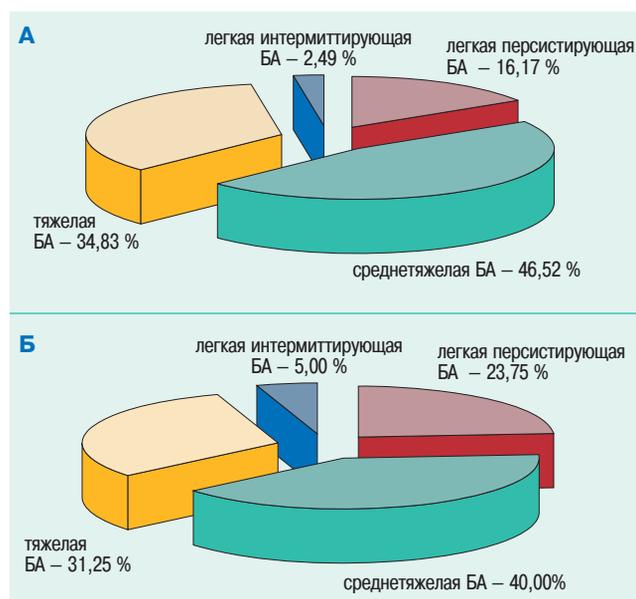


Рис. 1. Распределение больных по степени тяжести БА в процентах от основного количества: А — до лечения; Б — через год после ведения по программе



Рис. 2. Частота приступов удушья

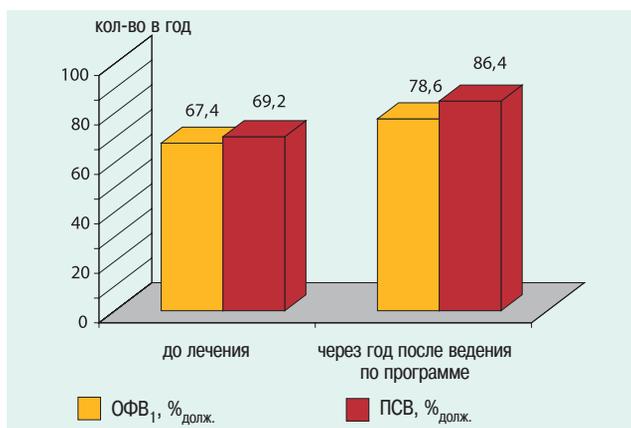


Рис. 3. Динамика функциональных показателей

ния базисной терапии), т. е. — 335,8 приступа на пациента в год. В отношении ночных приступов сохраняется та же тенденция (58,6 против 92,6 приступов на пациента в год) (рис. 2).

ЧИБ до назначения базисной терапии составляла в среднем по группе 719,8 ингаляций на каждого

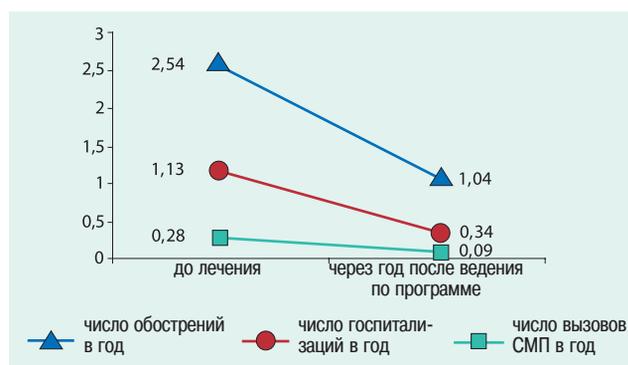


Рис. 4. Динамика некоторых клинических показателей

пациента в год, после приема базисных препаратов была значительно меньше — 456,9 ингаляций в год.

ОФВ₁ после применения противовоспалительных базисных средств составил 78,6 % от должных величин. ПСВ (утром) составила в среднем 86,4 % от должных величин (рис. 3). Число обострений в наблюдаемой группе уменьшилось, в среднем — 1,04 на пациента в год, их продолжительность в среднем составила 7,8 суток. Количество госпитализаций, связанных с обострением заболевания, равнялось 0,34 раза на пациента в год; средняя продолжительность госпитализаций — 13,2 суток в год.

Число вызовов бригад СМП составило после ведения по программе терапии 0,09 в год (рис. 4).

Вывод

Ведение военнослужащих с БА по программе GINA значительно уменьшает количество приступов удушья — как дневных, так и ночных, потребность в короткодействующих бронхолитиках, улучшает показатели ФВД, уменьшает число обострений БА, вызовов СМП и госпитализаций, связанных с обострением, а также их продолжительность, что доказывает эффективность этой технологии у представленной группы пациентов.

Литература

1. Чучалин А.Г. (ред.). Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М.: Атмосфера; 2002.
2. Бельтюков Е.К. Эффективность локальной программы диагностики, лечения, профилактики бронхиальной астмы в небольшом промышленном городе Среднего Урала. Пульмонология 2002; 4: 82–85.
3. Федосеева Л.С. Контроль бронхиальной астмы в амбулаторных условиях. Пульмонология 2002; 5: 72–76.
4. Бельтюков Е.К. Клинико-экономический анализ эффективности современной технологии ведения больных бронхиальной астмой в условиях локальной противоастматической программы. Пульмонология 2003; 1: 83–89.
5. Беленко Л.В., Лещенко И.В. Влияние обучающих программ на качество жизни больных бронхиальной астмой. Воен.-мед. журн. 2002; 6: 42–46.

Поступила 09.01.04
© Каракина М.Л.
УДК 616.248-057.36