

пия в сочетании с групповыми занятиями в Астма-школе, партнерские отношения между врачом и пациентом устраняют невротизацию больных и выступают в виде рациональной психотерапевтической помощи, повышая эффективность реабилитационных мероприятий. Привлечение психотерапевта для занятий в Астма-школе позволяет полнее, чем традиционные занятия в Астма-школе, гармонизовать внутреннюю картину болезни с учетом преморбидных черт личности и может выступать как ступенчатый этап психотерапевтической помощи больным с сохраняющимся высоким уровнем дезадаптации и имеющих психогенный компонент в комплексе этиологических факторов болезни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Организация и проведение занятий в астма-школе: Метод. рекомендации. — М., 1996.

2. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.Н. Методы психологической диагностики в медицине. — Л.: Медицина, 1983. — С.102–115.
3. Семенова Н.Д. Групповая психотерапия в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой: Автореф. дис. ...канд. псих. наук. — М., 1988.
4. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита // Тер. арх. — 1998. — № 9. — С.53–57.
5. Beck A.T., Emery G. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. — New York, 1985. — P.63–72.
6. Janson C., Bjornsson E., Hetta J., Boman G. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1994. — Vol.194, № 4. — P.930–934.
7. Rachelefsky G.S. Helping patient live with asthma // Hosp. Pract. Off. Ed. — 1995. — Vol.30, № 11. — P.51–64.
8. Thwaites R.M.A., Price M.S. Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов // Пульмонология. — 1998. — № 3. — С.19–23.
9. West M., Roell G., Dold S. et al. Psychosocial characteristics of asthma // J. Clin. Epidemiol. — 1996. — Vol.49, № 4. — P.461–466.

Поступила 01.03. 2000

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

УДК 616.248–053.2–085

*О.В.Зайцева, С.В.Зайцева, Г.А.Самсыгина*

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Кафедра детских болезней №1 Российского государственного медицинского университета, ДКБ № 38, Москва

MODERN APPROACHES TO MILD AND MODERATE BRONCHIAL ASTHMA THERAPY IN PEDIATRICS

*O.V.Zaytseva, S.V.Zaytseva, G.A.Samsygina*

### Summary

Clinical efficacy and safety of sodium nedocromil (Tilade Mint) were studied in 90 children aged from 2 to 15 years suffering from mild to moderate bronchial asthma. The criteria for assessment were clinical dynamics, need for bronchodilators, lung function test and exacerbation frequency anamnestically. Moreover, we investigated different ways of the drug delivery in infants. As a result, clinical efficiency of 3-month basic therapy with Tilade Mint was shown in 90% of the children. Day and night asthma symptoms reduced in 5.5–6 times. The need for bronchodilators was decreased in 5 times. The drug inhalations averted airway limitation on exercise in the children. A length of stable asthma periods increased significantly. According to lung function test results as volume as flow parameters increased reliably. Most patients reached clinical and functional stability of the disease maintained for 3 months and longer in 66% of the patients. Only in 10% of the moderate asthma patients the basic therapy with Tilade Mint was not effective enough and they needed inhaled corticosteroids to be administrated. No one child had any adverse effects using Tilade Mint. The modern delivery systems permitted to apply this drug successfully even in very young children. Good tolerability and high effectiveness allow to consider sodium nedocromil (Tilade Mint) as the first-line drug for mild to moderate bronchial asthma children starting with ones of 2 years old.

### Резюме

У 90 детей в возрасте от 2 до 15 лет с бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести изучались клиническая эффективность и безопасность недокромила натрия (Тайлед Минт). Критериями

оценки явились динамика клинических симптомов, потребность в бронходилататорах, ФВД, частота рецидивов в анамнезе. Кроме того, изучали различные способы доставки препарата у детей раннего возраста. В результате проведенных исследований была показана клиническая эффективность трехмесячного курса базисной терапии Тайледом Минт у 90% детей. В 5,5–6 раз уменьшилось количество дневных и ночных симптомов заболевания. В 5 раз уменьшилась потребность в бронходилататорах. Ингаляции препарата предотвращали развитие явлений бронхообструкции у детей на физические нагрузки. Значительно увеличилась длительность ремиссии заболевания. По данным ФВД отмечено статистически достоверное увеличение как объемных, так и скоростных показателей. В подавляющем большинстве случаев достигнута клиничко-функциональная ремиссия заболевания, которая сохранялась на протяжении 3 и более месяцев у 66% пациентов. Только у 10 больных со среднетяжелым течением БА базисная терапия Тайледом Минт оказалась недостаточно эффективной, что потребовало назначения ингаляционных кортикостероидов. Тайлед Минт ни у одного из детей не вызвал побочных явлений. Современные способы доставки позволили с успехом применять препарат даже у самых маленьких пациентов. Хорошая переносимость, высокая эффективность позволяют отнести недокромил натрия (Тайлед Минт) к препаратам первого выбора для лечения БА легкой и средней степени тяжести у детей, начиная с 2-летнего возраста.

В современной клинической практике врача-педиатра больные бронхиальной астмой (БА) составляют значительную часть. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что около 10% детского населения страдают БА и частота данного заболевания продолжает расти. Очевидно, что вопросы лечения и профилактики БА представляют актуальную проблему [1,6].

Учитывая, что в патофизиологических механизмах развития БА центральное место отводится хроническому воспалению дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивности, основная стратегия в лечении и профилактике БА принадлежит противовоспалительной терапии [1,3,4,5].

Согласно Национальной программе “Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики” (1997) при лечении БА в настоящее время применяют “ступенчатый” подход, при котором интенсивность терапии зависит от степени тяжести астмы. Ведущее значение в базисной (длительной) терапии заболевания принадлежит препаратам, обладающим противовоспалительной активностью. При этом у детей с легким и среднетяжелым течением БА для базисной (длительной) противовоспалительной терапии рекомендуется назначение ингаляционных нестероидных противовоспалительных препаратов: недокромила натрия (Тайлед) и кромогликата натрия (Интал, Кропоз).

Данная группа препаратов обладает достаточно выраженной противовоспалительной активностью у больных с легким и среднетяжелым течением БА и максимальной безопасностью, что очень важно, особенно у детей. Широкий спектр активности нестероидных противовоспалительных препаратов определяется эффективным мембраностабилизирующим действием, способностью ингибировать как раннюю, так и позднюю фазу аллергических реакций при хроническом воспалении, уменьшать бронхиальную гиперреактивность. Однако недокромил натрия обладает более выраженным (в 6–8 раз), по сравнению с кромогликатом натрия, противовоспалительным эффектом, более

мощным протективным действием при воздействии провоцирующих факторов, имеет более удобный режим дозирования (как правило, достаточным является ингаляция препарата 2 раза в сутки) [2,4,5,7,9].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности недокромила натрия (Тайлед Минт) в схеме комплексной терапии у детей с легким и среднетяжелым течением БА.

Работа проведена на базе ДКБ № 38 г. Москвы. В исследование были включены 12 больных в возрасте от 2 до 5 лет и 78 больных в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом БА легкого (38 детей) и среднетяжелого течения (52 ребенка) в различные периоды заболевания. Диагноз был установлен на основании критериев национальной программы “Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики”. Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 10 лет. Всем больным было проведено стандартное клиническое и аллергологическое обследование. Пациенты в течение последних 6 месяцев не получали никакой противовоспалительной терапии и имели минимально или умеренно выраженные нарушения бронхопроводимости с  $ОФВ_1 > 60\%$ .

Тайлед Минт назначался по 2 ингаляции (4 мг) 2 раза в день ежедневно, в приступном периоде (на 1–3 недели) — по 2 ингаляции 4 раза в день. Длительность курса непрерывной терапии составила от 3 до 12 месяцев. Особое внимание уделялось обучению технике ингаляций. Дети раннего возраста (от 2 до 3 лет) получали Тайлед Минт через аэроочамбер с маской, в возрасте от 4 до 6 лет — через спейсер, старшие дети, как правило, использовали дозированный ингалятор с синхронером, который позволял визуально контролировать технику ингаляции. Критериями оценки эффективности комплексного лечения явились динамика клинических симптомов заболевания, необходимость в бронхолитической терапии, изучение показателей ФВД и частота рецидивов в анамнезе.

Бронхолитическая терапия назначалась индивидуально с учетом периода заболевания. Для купирования бронхообструкции применяли ингаляции салбу-

тамола или беродуала, преимущественно через небулайзер, метилксантины короткого и пролонгированного действия. Все больные получали муколитическую и симптоматическую терапию, физиолечение.

Клиническое состояние оценивалось по степени манифестации симптомов астмы, суточной потребности в бронхолитиках и, у детей старше 5 лет, динамике показателей ФВД. Клинические симптомы оценивались при осмотре больных и по результатам дневников самоконтроля, заполнявшихся больными или их родителями. В дневниках ежедневно отмечали количество и тяжесть приступов в ночные и дневные часы, двукратное (утро–вечер) измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) и ее суточных отклонений в динамике, использование бронходилататоров. В катамнезе (от 3 до 12 месяцев) изучалась частота рецидивов бронхообструкции. Нами проведено сравнение эффективности различных средств доставки препарата (дозированный ингалятор со спейсером, аэроchамбером, синхронером) у детей в различные возрастные периоды. Безопасность препарата оценивалась по частоте развития нежелательных явлений. Плацебоконтролируемое исследование не проводилось по этическим соображениям.

Оценка выраженности клинических симптомов в дневные и ночные часы (кашель, дистантные хрипы, появление одышки, использование  $\beta_2$ -агонистов) проводилась с помощью предложенной нами балльной системы:

**А** — наличие симптомов (в баллах) в ночные часы: 0 — нет симптомов, 1 — появление симптомов в утренние часы, 2 — 1–2 приступа в ночные часы, 3 — непрерывно рецидивирующие приступы в ночные часы.

**Б** — наличие симптомов в дневные часы:

0 — нет симптомов, 1 — 1–2 приступа при физической нагрузке, 2 — симптомы возникают не только на неспецифические раздражители, но и в покое, 3 — непрерывно рецидивирующие приступы.

Контроль ФВД проводился методом компьютерной пневмотахометрии на аппарате Спиросифт SP-5000 фирмы *Fukuda Pensmi* (Япония) до начала лечения, через 2 недели, 1, 2 и 3 месяца от начала терапии и, у части больных, в катамнезе (через 6, 9 и 12 месяцев). Анализировались следующие показатели: объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ<sub>1</sub>), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объемные скорости выдоха (МОС<sub>25</sub>, МОС<sub>50</sub>, МОС<sub>75</sub>), пиковая скорость выдоха (ПСВ). Оценку результатов проводили при сопоставлении полученных данных с должными величинами. Мониторинг ПСВ проводился с помощью индивидуального пикфлоуметра "Clement Clark" (Великобритания).

До начала терапии у детей с легким течением БА приступы бронхообструкции отмечались 1–3 раза в месяц и провоцировались чаще неспецифическими раздражителями. Эпизоды ночного кашля у этой группы детей были достаточно редки. В группе детей со среднетяжелым течением БА до лечения присту-

пы бронхообструкции беспокоили 1–2 раза в неделю, нередко в ночные и утренние часы. Выраженность клинических проявлений в баллах до лечения составила по группам соответственно в дневные часы 1,9 и 2,4 балла, в ночные часы 1,6 и 2 балла.

Исследование функции внешнего дыхания методом компьютерной пневмотахометрии до начала терапии (у детей старше 5 лет) обнаружило нарушение бронхиальной проходимости у 92,3% пациентов. Минимальные нарушения бронхопроходимости выявлены у 24,3% детей, из них нарушения в периферических отделах бронхиального дерева зарегистрированы в 14,1% случаев, в центральных отделах — в 10,2%. Умеренно выраженные нарушения бронхопроводимости выявлены у 26,9% детей: в центральных отделах бронхиального дерева — у 6,4%, в периферических отделах — у 20,5% и генерализованные — у 30,8% пациентов. Выраженные генерализованные нарушения бронхопроходимости определялись у 6,4% больных (исследование проводилось вне приступа БА). Тяжесть нарушений ФВД не всегда соответствовала тяжести клинических проявлений заболевания.

На 2-й неделе проводимой комплексной терапии положительная клиническая динамика была зарегистрирована у 88,5% всех пациентов. Улучшение выражалось в уменьшении количества приступов и менее тяжелом течении бронхообструктивного синдрома. Частота ночного кашля уменьшилась в 2 раза. Потребность в бронхолитиках за этот период уменьшилась в 1,5 раза. Максимальный клинический эффект был отмечен через 3–4 недели от начала терапии, после чего состояние, как правило, стабилизировалось (рис. 1, 2). Через 1 месяц от начала терапии (к моменту выписки из стационара) клинических признаков бронхообструкции не было у всех детей с легким течением БА и у 87% детей со среднетяжелым течением.

Изучение показателей ФВД в динамике (таблица) на 2-й неделе комплексной терапии выявило статис-

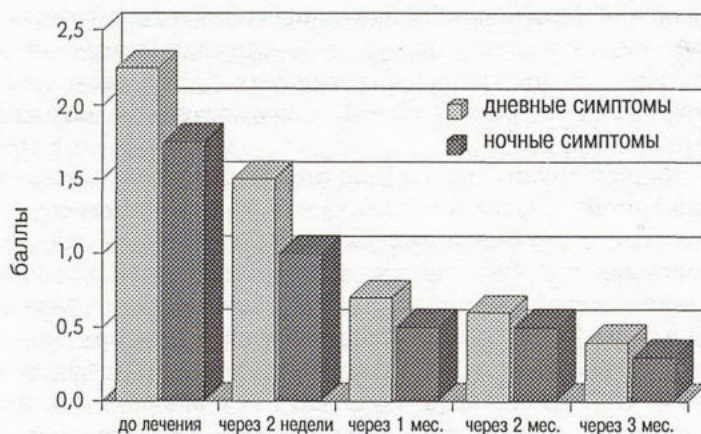


Рис. 1. Динамика симптомов бронхиальной астмы у детей на фоне терапии Тайледом Минт (n=90)

Здесь и на рис. 2 все показатели достоверны ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходными величинами.

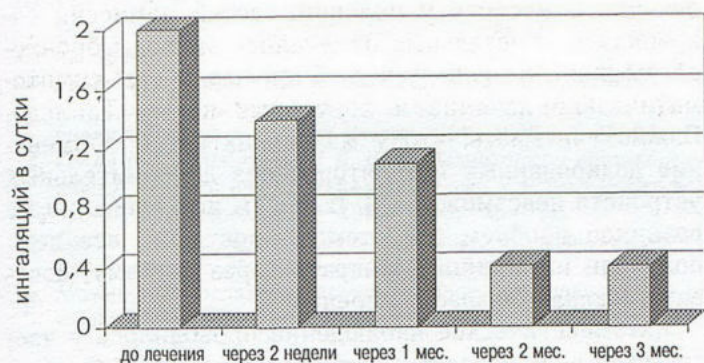


Рис.2. Динамика потребности в бронходилататорах на фоне лечения Тайледом Минт ( $n=90$ )

статистически достоверное улучшение бронхопроходимости в большей степени со стороны центральных (15,8%) и средних (13,1%) отделов бронхиального дерева. Достоверное улучшение показателей ФВД периферических отделов ( $p<0,001$ ) отмечено только через 1 месяц от начала лечения. Таким образом, по данным ФВД на фоне 4-недельного курса комплексной терапии выявлено статистически достоверное улучшение показателей центральных и периферических отделов бронхиального дерева.

Продолжение лечения Тайледом позволило поддерживать функциональные данные на этом уровне в течение последующих месяцев, с полным восстановлением всех показателей к концу 3-го месяца у 77,8% детей (рис.3). Колебание ПСВ по результатам пикфлоуметрии у большинства пациентов не превышало 20%, однако появление "утреннего провала" у 15% больных требовало однократных ингаляций  $\beta_2$ -агонистов (не чаще 1–2 раз в неделю). В то же время у 22,2% пациентов со среднетяжелым течением БА сохранялись минимальные нарушения бронхопроходимости, что потребовало продолжения курса противовоспалительной терапии, из них 9 (11,6%) больных были переведены на ингаляционные глюкокортикостероиды.

Таким образом, применение ингаляций Тайлед Минт в течение 3 месяцев в дозе 8 мг/сут (с увели-

чением дозы до 16 мг/сут в момент обострения заболевания) позволило достигнуть клинко-функциональной ремиссии заболевания у 77,8% детей с БА, только клинической ремиссии у 10,6% и в 11,6% случаев терапия оказалась неэффективной, что потребовало назначения ингаляционных глюкокортикостероидов. У большинства детей отмечено уменьшение как дневных, так и ночных симптомов заболевания. По результатам анкетирования количество ночных симптомов уменьшилось в 6 раз (с учетом балльной системы: 1,8 балла до лечения и 0,3 балла — после,  $p<0,001$ ). Оценивая дневные симптомы пациенты отметили улучшение в состоянии в 5,5 раза (2,2 балла до лечения и 0,4 балла после терапии).

Важно отметить, что длительная терапия Тайледом практически у всех детей предотвращала появление симптомов бронхообструкции на физическую нагрузку. В дальнейшем, по окончании базисной терапии, с той же целью применяли разовые ингаляции Тайледа непосредственно перед физической нагрузкой, что способствовало расширению двигательного режима детей и улучшению качества их жизни. Известно, что как самостоятельный вариант заболевания у детей не встречается "бронхиальная астма физического напряжения". В данном случае речь идет о постнагрузочном бронхоспазме у детей с атопической бронхиальной астмой, характерном для большинства больных.

Особое внимание в нашем исследовании было уделено диагностике и лечению БА у детей раннего возраста. Возрастные аспекты данной проблемы весьма существенны: БА у детей раннего возраста в силу их анатомо-физиологических особенностей имеет своеобразную клиническую картину и представляет значительные трудности как для диагностики, так и для терапии [3,6,9]. В клинической практике диагноз БА в этом возрасте устанавливается не всегда своевременно. Несвоевременно распознанная и не леченная рационально болезнь прогрессирует, что в значительной мере ухудшает ее исход. С другой стороны, периодически появляющиеся эпизоды бронхиальной

Таблица

Динамика показателей бронхиальной проходимости на фоне 3-месячной терапии Тайледом Минт ( $n=78$ )

| Показатели, % должн. | Исходно         | 2 недели от начала лечения | % прироста | 4 недели от начала лечения | % прироста | 8-я неделя от начала лечения | % прироста | 3 месяца от начала лечения | % прироста |
|----------------------|-----------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|------------------------------|------------|----------------------------|------------|
| ФЖЕЛ                 | 81,6 $\pm$ 2,25 | 94,6 $\pm$ 2,27*           | 13         | 98,7 $\pm$ 1,9*            | 17,1       | 103,6 $\pm$ 1,7*             | 22         | 107,3 $\pm$ 2,18*          | 25,7       |
| ОФВ <sub>1</sub>     | 66,5 $\pm$ 2,31 | 85,4 $\pm$ 1,43*           | 18,9       | 86,7 $\pm$ 1,2*            | 20,2       | 91,1 $\pm$ 2,26*             | 24,6       | 101 $\pm$ 18,2*            | 34,5       |
| ПСВ                  | 63,9 $\pm$ 1,75 | 75,2 $\pm$ 2,28*           | 11,6       | 77,3 $\pm$ 1,95*           | 13,4       | 5,3 $\pm$ 16,0*              | 21,4       | 88,3 $\pm$ 2,15*           | 24,4       |
| МОС <sub>25</sub>    | 54 $\pm$ 2,01   | 69,8 $\pm$ 2,24*           | 15,8       | 71,1 $\pm$ 1,8*            | 17,1       | 79,8 $\pm$ 1,8*              | 25,8       | 87,8 $\pm$ 2,24*           | 33,8       |
| МОС <sub>50</sub>    | 48,1 $\pm$ 2,05 | 61,2 $\pm$ 2,24*           | 13,1       | 70,8 $\pm$ 2,64*           | 22,7       | 83,2 $\pm$ 2,63*             | 35,1       | 85,3 $\pm$ 2,11*           | 37,2       |
| МОС <sub>75</sub>    | 44,5 $\pm$ 2,66 | 49,8 $\pm$ 1,6             | 5,3        | 61,6 $\pm$ 1,07*           | 17,1       | 66,1 $\pm$ 2,16*             | 21,6       | 76,5 $\pm$ 2,04*           | 32         |
| СОС <sub>25-75</sub> | 41,5 $\pm$ 1,55 | 64,3 $\pm$ 1,8*            | 22,8       | 67,2 $\pm$ 2,06*           | 25,7       | 77,5 $\pm$ 1,79*             | 36         | 87,6 $\pm$ 1,41*           | 46,1       |

Примечание: \*  $p<0,001$  по сравнению с исходными величинами

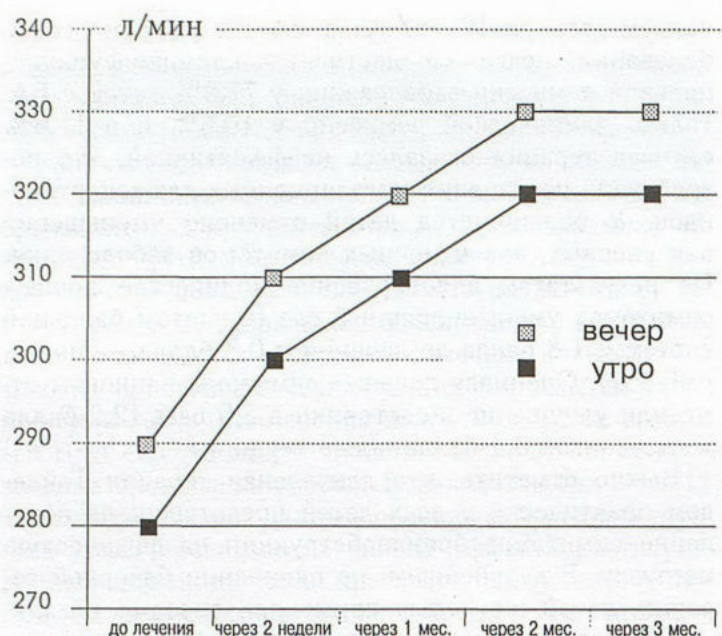


Рис.3. Динамика показателей ПСВ на фоне терапии Тайледом Минт (n=78)

обструкции у детей раннего возраста могут быть проявлением самой разнообразной патологии

До 5 лет оценка и мониторинг тяжести БА с анализом показателей внешнего дыхания, включая ПСВ, невозможны. Поэтому своевременный диагноз и определение тяжести заболевания должно основываться на клинических критериях заболевания, анамнестических данных и результатах анкетирования.

В настоящее время существует точка зрения, что при возникновении эпизодов обструкции у ребенка более 3 раз в течение года, особенно у детей с проявлениями атопического дерматита, имеющих отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям, следует подумать о дебюте бронхиальной астмы. Этим детям показан курс базисной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами, которые, при высокой клинической эффективности, обладают максимальной безопасностью. Продолжительность курса лечения должна составлять не менее 3 месяцев.

В нашем исследовании, с учетом вышеперечисленных критериев, базисную терапию Тайледом (2 ингаляции 2 раза в день ежедневно 3 месяца) получили 12 детей в возрасте от 2 до 5 лет. До начала терапии все больные получали метилксантины, 1/3 пациентов — ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты, противовоспалительные препараты никто из этих детей не получал. Ингаляции Тайледа проводили через аэроочамбер или спейсер, для ингаляций бронхолитиков и муколитиков использовали небулайзер (по потребности, но не чаще 4 раз в сутки). Через 1–2 недели комплексного лечения у всех детей была достигнута клиническая ремиссия БА, которая сохранялась у всех детей не менее 3 месяцев. По окончании терапии в после-

дующие 6 месяцев у половины детей ремиссия сохранялась, у остальных отмечались эпизоды бронхообструкции, по поводу чего были назначены симптоматическое лечение и повторные курсы Тайледа. Важно учитывать, что у маленьких детей применение дозированных ингаляторов без дополнительных устройств невозможно [8]. В нашем исследовании не возникло проблем с системами доставки, все дети получали ингаляции препарата через систему, соответствующую возрасту ребенка.

Катамнестическое наблюдение проводилось у части детей всех возрастных групп через 3, 6 и 9 месяцев после окончания первого курса терапии Тайледом. Клинико-функциональная ремиссия заболевания сохранялась в течение двух последующих за лечением месяцев у 24% больных, 3 месяцев — у 54%, до 6 мес. и более — у 12%. Повторные курсы терапии способствовали увеличению срока ремиссии до 3–4 мес. у 66% пациентов.

Побочных эффектов и нежелательных явлений в процессе проведенного исследования выявлено не было. Все дети, включая детей раннего возраста, хорошо переносили ингаляции препарата.

Наше исследование показало, что к несомненным достоинствам Тайледа Минт необходимо отнести возможность проводить ингаляции 2 раза в сутки, что значительно повышает качество выполнения назначений врача (*compliance*). Дети посещали детский сад или школу, а ингаляции проводили дома (утро–вечер) под контролем родителей.

Таким образом, трехмесячный курс нестероидной противовоспалительной терапии (Тайлед Минт) у 90% детей с БА легкого и среднетяжелого течения был достаточно эффективен. В 5,5–6 раз уменьшилось количество дневных и ночных симптомов заболевания. В 5 раз уменьшилась потребность в бронходилататорах. Ингаляции препарата предотвращали развитие явлений бронхообструкции у детей на физические нагрузки. Значительно увеличилась длительность ремиссии заболевания. По данным ФВД отмечено статистически достоверное увеличение как объемных, так и скоростных показателей. У детей с легкой и среднетяжелой астмой в подавляющем большинстве случаев достигнута клинико-функциональная ремиссия заболевания, которая сохранялась на протяжении трех и более месяцев у 66% пациентов. Только у 10% больных со среднетяжелым течением БА базисная терапия Тайледом Минт оказалась недостаточно эффективной, что потребовало назначения ингаляционных кортикостероидов.

Тайлед Минт ни у одного из детей не вызвал побочных явлений. Современные способы доставки позволили с успехом применять препарат даже у совсем маленьких пациентов. Хорошая переносимость, высокая эффективность позволяют отнести недокромил натрия (Тайлед Минт) к препаратам первого выбора для лечения БА легкой и средней степени тяжести у детей с 2-летнего возраста.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. — М.: Медицина, 1985.
2. Генпе Н.А. и др. Недокромил натрия (тайлед) в лечении легкой и среднетяжелой бронхиальной астмы у детей // Материалы 8 Съезда педиатров России. — М., 1998. — С.21–23.
3. Генпе Н.А., Куличенко Т.В. и др. Возможности противоречивой терапии при бронхиальной астме у детей раннего возраста // Аллергология. — 1999. — № 3. — С.7–11.
4. Гуцин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. — М.: Фармарус Принт, 1998.
5. Механизмы воспаления бронхов и противовоспалительная терапия / Под ред. Г.Б.Федосеева. — СПб.: Нормед-Издат, 1998.
6. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". — М., 1997.
7. Brogden R., Sorcin E. Nedocromil sodium. An update review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in asthma // Drugs. — 1993. — Vol.45, № 5. — P.693–715.
8. Grossman J. The evolution of inhaled technology // J. Asthma. — 1994. — Vol.31, № 1. — P.55–64.
9. Verrotti A., Verini M. et al. Effectiveness of nedocromil sodium in preventing exercise-induced asthma in children // Panminerva Med. — 1995. — Vol.50. — P.210–213.

Поступила 29.08.2000

© ПРОВТОРОВ В.М., БУДНЕВСКИЙ А.В., 2000

УДК 616.248–08

*В.М.Провоторов, А.В.Будневский*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ В "АСТМА-ШКОЛЕ"

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ORGANIZATION AND TRAINING CONDUCTION AT "ASTHMA-SCHOOL"

*V.M.Provotorov, A.V.Budnevsky*

### Summary

We examined 228 bronchial asthma (BA) patients taught at an "Asthma-school" by means of the Toronto alexithymic scale (TAS), and a brief version of the personality multilateral investigation method (PMIM), and the Spilberger-Khanin's scale. Alexithymia was found in 54.9% of the BA patients. They were significantly higher neurotized compared with non-alexithymic persons. Smoking and excessive alcohol consumption as harmful behaviour features were noted reliably more often in alexithymic persons compared with non-alexithymic ones. Individual training of the alexithymic patients were aimed to the formation of "emotion bank" and to stress removal and increased the efficacy of the training and asthma management.

### Резюме

Обследовано 228 больных бронхиальной астмой (БА), проходивших обучение в "Астма-школе", с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), сокращенного варианта методики многостороннего исследования личности (СМОЛ), теста Спилберга-Ханина. Алекситимия выявлена у 54,9% пациентов с БА. Больные БА с алекситимией имели достоверно более высокий уровень невротизации личности, чем неалекситимичные индивиды. Курение и злоупотребление алкоголем как вредные поведенческие особенности у алекситимичных индивидов встречались достоверно чаще, чем у неалекситимичных. Индивидуальные занятия с алекситимичными больными по формированию банка "эмоций" и способам купирования стресса приводили к снижению общей невротизации и тревожности пациентов с БА, что способствовало повышению эффективности обучения и лечебно-профилактических мероприятий при астме.

В настоящее время одним из основных направлений программы борьбы с бронхиальной астмой (БА) является обучение больных, в результате которого они должны стать партнерами врачей в деле лечения БА [1,3–5]. Создание для этих целей "Астма-школ" способствует повышению эффективности терапии и значительному улучшению качества жизни больного при таком подходе к организации лечения. Одним из

немаловажных аспектов организации деятельности "Астма-школы" является оказание психологической и психотерапевтической помощи больным БА, что в значительной мере определяет необходимость изучения психологических и поведенческих особенностей пациентов, влияющих на эффективность образовательных программ и лечебно-профилактических мероприятий при БА [9,10].