

УДК: 616.248 : 616-08-039.57.008.6

Контроль течения бронхиальной астмы на амбулаторном этапе лечения

С.Г. Донич, С.С. Солдатченко, В.М. Савченко

*Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии имени И.М. Сеченова», г. Ялта, Украина***Ключевые слова:** бронхиальная астма, контроль лечения, глюкокортикостероиды.

Вступление

Основной целью лечения бронхиальной астмы (БА), определяемой Глобальной инициативой по БА, является достижение и поддержание оптимального контроля заболевания [5]. К сожалению, в реальной ситуации даже в высокоразвитых европейских странах полного контроля БА достичь не удается во многих случаях [1, 2]. Неконтролируемое течение заболевания отмечается даже при доступности высокоэффективных лекарственных средств, правильном диагнозе и правильности подбора лечения. Это указывает на то, что основной причиной неконтролируемого течения заболевания является сам пациент, который с разной мерой ответственности выполняет предписания врача [1, 4]. Цель работы – предложить организационные мероприятия, обеспечивающие контроль течения БА на амбулаторном этапе.

Материал и методы

Материалом исследования послужили клинические данные 221 больного БА, которые поступили на лечение в учреждения амбулаторного этапа (поликлиника, специализированный пульмонологический центр) по поводу обострения заболевания. Мужчин было 103 (46.6%), женщин – 118 (53.4%) человек. Возраст обследуемых варьировал от 18 до 65 лет и в среднем составил 52.63 ± 1.75 лет. Интерметирующая БА была диагностирована у 20 (9.0%), персистирующая легкой степени тяжести – у 57 (25.8), средней степени тяжести – у 144 (65.2%) больных. Обследование больных проведено в соответствии с нормативным документом МЗ Украины [3]. Уровень контроля течения БА устанавливали тестом контроля астмы (Asthma Control Test – АСТ) [2]. Лекарственное лечение больных осуществлялось также в соответствии с нормативным документом [3].

Результаты и обсуждение

Клиническое состояние больных БА в период обострения характеризовалось наличием приступов удушья в среднем по выборке 1.33 ± 0.11 раз в сутки и 4.71 ± 0.19 раз за последнюю неделю. Течение заболевания было явно неконтролируемым, на что указывало среднее значение показателя АСТ – 11.89 ± 0.30 баллов. Функция внешнего дыхания была также существенно нарушенной: объем форсированного выдоха за первую секунду равнялся $63.54 \pm 1.11\%$ от должной величины, обратимость бронхиальной обструкции после стандартной ингаляции сальбутамола – $24.18 \pm 0.65\%$ и суточное колебание пиковой скорости выдоха – $29.21 \pm 0.55\%$.

Анализ причин возникновения обострений БА показал, что наступление обострения обычно обусловлено неправильной организацией планового лечения и его неадекватным содержанием. Существенно, что пациенты практически не посещали «астма-школы», крайне редко использовали для лечения небулайзеры, а в половине случаев даже о них и не слышали. Для лечения своей болезни они применяли преимущественно бета₂-агонисты короткого действия и не принимали или мало и неправильно принимали базовые лекарственные препараты – ингаляционные глюкокортикостероиды и бета₂-агонисты пролонгированно-

го действия. Больные с обострением БА были мало привержены к постоянной лекарственной терапии и довольно часто склонны к использованию немедикаментозных и альтернативных методов лечения.

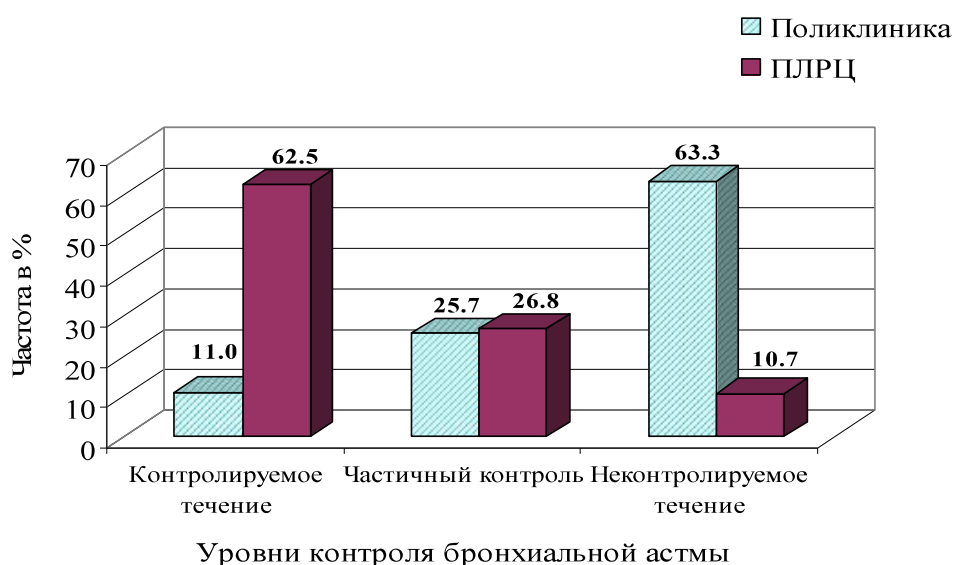


Рисунок. Уровни контроля бронхиальной астмы через 1 год после лечения обострения

Для устранения факторов, вызывающих обострение заболевания, создан специализированный пульмонологический лечебно-реабилитационный центр (ПЛРЦ), в котором осуществлялся комплекс диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных, информационных и образовательных мероприятий. Часть больных (112 человек) была пролечена в этом центре и часть (109 человек) – в обычных условиях поликлиники. Пациенты наблюдались в течение 1 года. В поликлинике контроль выполнения больными назначенного лекарственного лечения не проводился.

Через 1 год после проведенного лечения у больных, лечившихся в поликлинике, АСТ возрос с 11.93 ± 0.37 до 16.05 ± 0.58 баллов, а в ПЛРЦ – с 11.89 ± 0.29 до 21.71 ± 0.28 баллов. Несмотря на некоторый рост АСТ, течение заболевания после лечения в поликлинике так и осталось неконтролируемым. С другой стороны, после лечения больных в ПЛРЦ был достигнут хороший контроль течения заболевания, что продемонстрировано на рисунке. Лечение больных в ПЛРЦ приводило к контролируемому течению заболевания в 62.5%, к частично контролируемому – в 26.8% и к неконтролируемому течению – в 11.7% случаев. Лечение в поликлинике на протяжении года лишь у 11.0% пациентов привело к контролируемому течению БА (в 5.7 раза меньше в сравнении с лечением в ПЛРЦ; $p < 0.001$), тогда как неконтролируемое течение имело место у 33.3% больных (в 6 раз чаще; $p < 0.001$).

Правильная организация плановой терапии в ПЛРЦ, а также постоянный контроль за пациентами снижали по сравнению с лечением в поликлинике на протяжении последующего года количество обострений болезни в 1.8 раз, количество госпитализаций – в 1.7 раз, дней пребывания в стационаре – в 2 раза и на амбулаторном лечении – в 2.2 раза, дней нетрудоспособности – в 2.5 раза, количество вызовов скорой медицинской помощи – в 3.4 раза.

Выводы

На амбулаторном этапе достичь хорошего контроля течения БА возможно лишь при правильной организации лечения и постоянном мониторинге выполнения пациентами рекомендованного лечения, что реально осуществить в специализированном амбулаторном учреждении.

Литература

1. Белевский А. С. Взгляд на пациента с точки зрения пациента: исследование *inspire* / А. С. Белевский // *Consilium medicum*. – 2007. – № 3. – С.40-44.
2. Бельтюков Е. К. Локальная программа помощи больным бронхиальной астмой: организационные, эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты: пособие для врачей и организаторов здравоохранения / Е. К. Бельтюков. – М., 2003. – 68 с.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пулмонологія» від 19.03.2007 р. № 128.
4. *Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the inspire study* / M. Partridge [et al.] // *BMC Pulmonary Medicine*. – 2006. – №6. – Р. 6-13.
5. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Revised 2006. [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem>. – Title rom the screen.

Контроль перебігу бронхіальної астми на амбулаторному етапі лікування.

С.Г. Донич, С.С. Солдатченко, В.М. Савченко

Стаття розглядає питання правильної організації лікування, постійного моніторингу та оптимізації комплаєнсу хворих з бронхіальною астмою в амбулаторних умовах.

Control of a bronchial asthma course in outpatient stage of treatment.

S.G. Donich, S.S. Soldatchenko, V.M. Savchenko

Article considers proper treatment, ongoing monitoring and optimization komplayensu patients with asthma in outpatient stage .