

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

А.Б. ДАНЫШБАЕВА, А.Б. КОПБАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматинская многопрофильная клиническая больница

Заболеваемость и смертность пациентов от хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) продолжает увеличиваться во всем мире – это обусловлено широкой распространенностью табакокурения. Поскольку «визитной карточкой» ХОБЛ служит необратимая и прогрессирующая со временем бронхиальная обструкция, то целью лечения данного заболевания является преимущественно достижение симптоматического контроля и увеличение до возможного «предела» функциональной активности пациента. Приблизиться к достижению этой цели позволяют разработка и внедрение современных моделей обучения и лечения и совершенствование организации пульмонологической службы.

Исследования, проведенные в различных странах, свидетельствуют о значительном росте частоты встречаемости ХОБЛ. Заболевание поражает большую часть трудоспособного населения. Это вызвало необходимость разработки стандартов по диагностике и лечению ХОБЛ. Такие стандарты созданы в США, Канаде, России, Великобритании, в Европейском респираторном обществе. Лечение ХОБЛ нередко является сложной задачей, особенно на завершающем этапе терапии обострения заболевания. Наблюдения показывают, что после лечения обострения ХОБЛ в стационаре, несмотря на значительное клиническое улучшение, у части пациентов сохраняются измененными показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и цитологической картины бронхиального содержимого, что свидетельствует о неполном завершении воспалительного процесса слизистой бронхиального дерева. Медикаментозные методы лечения ХОБЛ в значительном числе случаев не только оказываются недостаточно эффективными, но и вызывают у ряда больных нежелательные последствия: усиление аллергизации, появление антибиотикоустойчивых штаммов микробов, изменение реактивности организма. В связи с этим возникает необходимость поиска новых подходов к терапии ХОБЛ, особенно на завершающем этапе лечения обострения в условиях реабилитационного центра.

Цель работы – оптимизация лечебных и реабилитационных мероприятий у больных с ХОБЛ с учетом функционального класса.

Обследовано 46 больных (25 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 22 до 72 лет (средний возраст 44,2±1,7 года) ХОБЛ различной степени тяжести, прошедшие курс лечения в стационаре. В соответствии классификацией по ступени тяжести болезни пациенты разделены на 4 функциональных класса (табл. 1). Все пациенты прошли полный курс обучения в «Астма-школе» с методологией индивидуализации и учетом «интеллектуальных» способностей больного.

На стационарном этапе лечения всем пациентам в зависимости от стабильности и тяжести болезни, учитывая степень обратимости бронхиальной обструкции, побочные действия лекарственных препаратов, наличие противопоказаний и сопутствующих заболеваний, назначался алгоритм базисной терапии. В зависимости от функционального класса ХОБЛ больным подбирались индивидуальные дозы раствора для ингаляций беродуала (Boehringer Ingelheim) для небулайзерной терапии от 20 до 100 капель в сутки. Также подключали к проводимой терапии комплекс немедикаментозных методов лечения (физиотерапия, гумогалотерапия, лазеротерапия, ЛФК). Эффективность проводимой терапии мы оценивали по динамике клинических симптомов, улучшению психологического статуса пациента и показателей ФВД через 2 недели, 4 недели, 6 месяцев, 12 месяцев.

До начала лечения у всех больных имелись клинические признаки гиперреактивности бронхов. Жалобы на приступы удушья предьявляли 38 больных (82,6%), приступообразный кашель – 87%, затрудненное дыхание определялось у 39 (84,8%) пациентов. Приступы удушья у больных с I функциональным классом проходили самостоятельно или купировались однократным приемом ингаляционных адrenomиметиков.

В среднем выраженность исходной обструкции дыхательных путей у больных до лечения ОФВ₁ составляла: в I функциональном классе 76,4±2,2; во II функциональном классе 63,8±2,1; в III – 48,3±1,8; IV – 4,0±1,6% должных величин.

При комплексной оценке клинических симптомов через 2 недели, т.е. после стационарного лечения, более чем у половины больных отмечалась положительная динамика, у 16 пациентов не выявлено особых изменений клинической картины. Показатели ОФВ₁ увеличились во всех функциональных классах в среднем на 10-15% от исходного. Далее всех пациентов переводили на реабилитационный этап лечения с индивидуально подобранной программой лечения. Курс реабилитации составил 2 недели.

Стабилизация ОФВ₁ была достигнута через 2-8 недель (в 1-й группе ≥87% должных величин, во 2-й ≥78%, в 3-й ≥66%, в 4-й ≥55% должных величин). Достоверно увеличился показатель пробы Тиффно. Динамика клинических симптомов представлена в таблице 2.

После проведенных курсов лечения (стационарный, реабилитационный этап) пациенты переводились на третий этап наблюдения: лечение и контроль болезни в амбулаторно-поликлинических условиях, где периодически нами производилась коррекция медикаментозного лечения у больных с III – IV функциональным классом. У

Таблица 1

Распределение больных по полу и функциональному классу

	Пол			Функциональные классы ХОБЛ							
				I		II		III		IV	
	муж.	жен.	всего	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ХОБЛ	25	21	46	4	8,7	15	32,6	16	34,8	11	23,9

Динамика клинических симптомов у больных ХОБЛ в процессе лечения

Клинические симптомы	До лечения		Через 2		Через 4 недели	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Приступы удушья	38	82,6	20	43,5	4	8,7
Затрудненное дыхание	39	84,8	16	34,8	3	6,5
Приступообразный кашель	40	86,9	18	39,1	3	6,5
Сухие хрипы	46	100	31	67,4	7	15,2

34 пациентов достигнута ремиссия процесса от 6 месяцев до 1 года и более.

Таким образом, тесное сотрудничество и «партнерство» врача и больного на разных этапах лечения указывает на рост уровня знаний пациентов о своем заболевании, методах ее контроля и коррекции лечения. Применение беродуала (ипратропия бромид и фенотерола гидробромид) через небулайзер в комплексе с медикаментозными и немедикаментозными методами лечения и обучением пациентов в «Астма-школе» привело не только к клиническому улучшению состояния больных, но и значительному улучшению показателей ФВД и их стабилизации на длительный срок. Преемственность на разных этапах лечения приводит к существенному улучшению качества жизни пациентов с ХОБЛ, позволяет добиться стойкой стабилизации основного процесса и снизить инвалидизацию.

Опыт работы

После проведенных курсов лечения (стационар, реабилитация и поликлиника) все пациенты находились под наблюдением в течение длительного периода (до 1 года), где нами периодически производилась коррекция медикаментозного лечения у больных с III – IV функциональным классом. Также у них наблюдалось снижение частоты госпитализаций в стационар и обращений в амбулаторно-поликлиническое учреждение.

Одним из основных направлений в медикаментозной терапии ХОБЛ является длительное применение бронходилататоров, которые позволяют уменьшить выраженность симптомов заболевания, снизить частоту и тяжесть обострений, улучшить толерантность к физической нагрузке и показатели качества жизни больных. В большинстве лечебных программ при ХОБЛ предпочтение отдается ингаляционным бронходилататорам, частота которых в разных странах варьируется. В настоящее время показано, что по сравнению с короткодействующими препаратами регулярная терапия бронходилататорами длительного действия более эффективна. Раствор беродуала для ингаляций может применяться с использованием различных моделей распыляющих устройств (небулайзеров). При применении беродуала бронходилатация обусловлена двумя компонентами: ипратропия бромид не оказывает отрицательного влияния на секрецию слизи в дыхательных путях, мукоцилиарный клиренс и газообмен, а фенотерол в качестве бронхолитика расширяет бронхи, увеличивает частоту и объем дыхания, улучшает функцию мерцательного эпителия бронхов, оказывает вазодилатирующее действие. При совместном применении этих двух активных веществ бронхорасширяющий эффект достигается путем воздействия на различные фармакологические мишени, а также дополняя друг друга, усиливается спазмолитический эффект на мышцы бронхов и обеспечивается большая широта терапевтического действия.

Выводы

Тесное сотрудничество и «партнерство» врача и больного на разных этапах лечения – стационар – реабилитационный центр – поликлиника указывает на рост уровня знаний пациентов о своем заболевании, методах его контроля и коррекции лечения. Созданная модель обучения больных за относительно короткий промежуток времени позволила повысить у них знания о своем заболевании, применять приборы индивидуального пользования (пикфлоуметры, спейсеры), улучшить технику использования ингаляторов, небулайзера, изменить спектр препаратов в сторону более современных и безопасных, исключить

факторы риска (первичные и вторичные профилактические мероприятия). Медикаментозную терапию использовали для профилактики и контроля симптомов болезни, что сократило частоту обострений до 1 раза в год, которые протекали более легко и не нуждались в госпитализации в стационар, в уменьшении частоты приступов удушья, не наблюдалось ни одного вызова скорой медицинской помощи, а также повысилась толерантность к физической нагрузке. Преемственность на разных этапах лечения приводит к существенному улучшению качества жизни пациентов с ХОБЛ, помогает добиться стойкой стабилизации основного процесса и снизить обращаемость, заболеваемость и инвалидизацию.

Т Ж Ы Р Ы М

СОЗЫЛМАЛЫ КЕДЕРГІЛІ ӨКПЕ АУРУЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЕҢІРДЕК КЕДЕРГІСІМЕН БІРГЕ ЕМДЕУДІҢ КЕШЕНДІ БАҒДАРЛАМАСЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

А.Б. Данышбаева, А.Б. Копбаева

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті,

Алматы көпсалалы клиникалық ауруханасы

Пациенттердің арасында созылмалы кедергілі өкпе аурулары (СКӨА) және өлім-жітім бүкіл әлемде көбейіп келеді – бұл темекі шегуге кең таралғандығына байланысты. Дәрі-дәрмек терапиясын аурудың симптомдарын басу және алдын алу үшін пайдаланылып келеді, ол асқынуды жиілігін жылына бір ретке дейін қысқартты, ол жеңіл өтті және стационарға жатқызуды қажет етпеді, тұншығу ұстамасын басылды, жедел жәрдемді шақыру жағдайы байқалмады, сонымен бірге дене күш жүктемесіне төзімділікті арттырды. СКӨА ауратын пациенттердің өмірін жақсартуға әр түрлі емдеу кезінде қол жеткізуге болады, негізгі процестің тұрақтануына, айналымдылық, науқастық процесін төмендетеді.

S U M M A R Y

EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT PROGRAMS APPLICATION WITH PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE TAKING INTO ACCOUNT THE FUNCTIONAL CLASS OF BRONCHIAL OBSTRUCTION

A.B. Danyshbayeva, A.B. Kopbayeva

The Kazakh national medical university

named after S.D. Asfendiyarov,

Almaty multi-field clinical hospital

Disease incidence and death rate of patients from chronic obstructive lung diseases (COLD) continues to increase around the world – it is caused by wide popularity of tobacco smoking. Drug therapy was used for prevention and control of the disease symptoms, which reduced the number of exacerbations to 1 a year, which progressed in a lighter way and did not require admission to hospital, with reduced number of chokes, without a single call for ambulance, and also to increase tolerance to physical activity. Succession at different stages of treatment leads to significant improvement of the quality of living of patients with COLD, helps reach sustainable stabilization of the main process and reduce the number of visits to doctors, rate of disease, and incapacitation.