



А.Н. Тарадуда, С.Д. Якименко, П.Б. Толстикова, Е.Н. Тарадуда

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

МУЗ ССМП, МУЗ "Городская больница №11", г. Хабаровск

Бронхиальная астма — распространенное в мире заболевание, им страдает от 4 до 10% населения планеты. В соответствии со стратегией профилактики и лечения бронхиальной астмы на догоспитальном этапе эффективным считается применение селективных бета-2 агонистов, адренорецепторов короткого действия, холинолитических средств, метилксантинов, глюкокортикостероидов.

В последнее время привлекает внимание небулайзерная терапия, в основе которой лежит введение препаратов в аэрозольной форме непосредственно в бронхи (в том числе в мелкие бронхи) с целью получения эффекта через короткий промежуток времени (5-10 мин). К достоинствам небулайзерной терапии относятся: отсутствие необходимости координации дыхания больного с поступлением аэрозоля; возможность безопасного использования высоких доз препарата; возможность подключения к аппарату ИВЛ при тяжелом течении заболевания; отсутствие фреона и других пропеллентов; портативность и удобство применения. Относительные ограничения: наличие источника электроэнергии, дороговизна прибора и лекарственных средств. Среди небулайзеров наибольшее распространение получили компрессорные приборы "PARIBOY", "OMRON", "BOREAL".

Материалы и методы

Центральная подстанция СМП г. Хабаровска была оснащена небулайзером "OMRON CX". Цель работы заключалась в сравнительной оценке клинической эффективности при традиционной и небулайзерной технологиях оказания неотложной помощи больным с бронхиальной астмой в условиях СМП.

В качестве основного средства для проведения небулайзерной терапии использовался беродуал для ингаляций во флаконах по 20 мл.

Результаты исследования

За это время по поводу обострения бронхиальной астмы с вызовом обратились 68 больных. Небулайзерную терапию получили 37 чел. (I группа), среди них 15 мужчин и 22 женщины. Средний возраст обратившихся 55-65 лет. В группе 2 чел. страдали сахарным диабетом II типа, у 4 чел. - ИБС, 22 чел. имели артериальную гипертензию, 9 чел. не имели сопутствующей патологии. Обострение легкой степени диагностировано у 18 чел., средней степени — у 11 чел., тяжелой степени — у 8 чел. (таблица).

Вторую группу (контрольную), получавшую традиционную терапию, составил 31 чел. (20 женщин и 11 мужчин). Средний возраст 55-65 лет. Сопутствующая патология: артериальная гипертензия — 18 чел.; ИБС — 5 чел.; сахарный диабет II типа — 2 чел. Сопутствующей патологии не имели 6 чел. Легкая степень обострения наблюдалась у 17 чел., средняя — у 8 чел., тяжелая степень тяжести — у 6 чел. В обеих группах преобладали больные с персистирующей бронхиальной астмой.

Величина критерия Стьюдента равнялась 12,13, следовательно, мы с большой достоверностью можем утверждать, что различие сравниваемых показателей существенно, т.е. эффективность лечения в I группе действительно выше, чем во II.

В I группе из предшествующей терапии глюкокортикостероиды получали 8 чел. (ингаляционные — 5 чел., пероральные — 3 чел.), пролонгированные теофиллины — 9 чел., β₂-агонисты — 11 чел. (сальбутамол — 3 чел., беротек — 8 чел.), холинолитики — 2 чел., не получили лечение вообще 7 чел. В I группе для оказания помощи больным легкой степени тяжести выполнялась ингаляция раствора беродуала (в составе ипратропиума бромид и фенотерола гидробромид) в количестве 2 мл (40 кап.) через небулайзер 1- или 2-кратно через 20 мин.

При обострении средней степени тяжести производилась ингаляция беродуала 2 мл (40 кап.) через небулайзер 2-3-кратно в течение 40-60 мин. В случае постоянного приема глюкокортикостероидов (более 6 мес.), в течение первых 30 мин оказания неотложной помощи дополнительно вводилось 60-90 мг преднизолон внутривенно.

При обострении тяжелой степени помощь оказывалась в следующем объеме: ингаляция увлажненным кислородом 1-4 л/мин; ингаляция 3-4 мл (60-80 кап.) раствора беродуала; преднизолон 90-120 мг внутривенно.

Распределение бронхиальной астмы по степени тяжести и эффективности терапии

Степени тяжести бронхиальной астмы	I группа		II группа (контрольная)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкая (I и II ст.)	18	48,65	17	54,84	35	51,47
Средняя (III ст.)	11	29,73	8	25,81	19	27,94
Тяжелая (IV ст.)	8	21,62	6	19,35	14	20,59
Всего	37	100	31	100	68	100
Эффективность терапии	35	94,5	22	70,97	57	83,82

Эффект терапии оценивался через 20-60 мин. Так как объективно оценить эффективность лечения, т.е. констатировать увеличение пиковой объемной скорости выдоха более чем на 15% не представилось возможным из-за отсутствия пикфлоуметра на подстанции, мы определяли воздействие небулайзерной терапии по следующим критериям (физикальным данным): по положению больного; речи (слова, фразы, свободно); по участию в дыхании вспомогательной мускулатуры шеи; по наличию втяжения над- и подключичных промежутков; ЧД; ЧСС; по аускультативной картине (наличие и характер хрипов). При купировании приступа больные оставались дома, при сохранении бронхоспазма госпитализировались в стационар.

В результате проведенной небулайзерной терапии приступ удушья был купирован у 35 чел. (94,5%). Состояние этих больных после лечения было оценено как удовлетворительное, речь свободная, мокрота отходила легко, затруднения дыхания не было, ЧД ≤ 20 в мин, пульс $90 \leq$ уд./мин, над легочными полями имелись немногочисленные сухие хрипы в конце выдоха. Причем у 29 чел. (78,38%) приступ был купирован в первые 20 мин при использовании однократной дозы и у 6 чел. (16,22%) при повторной ингаляции в последующие 20 мин. У 2 чел. (5,4%) приступ купирован не был, здесь ингаляция проводилась 3-кратно. Госпитализировано 5 чел. (13,51%), из них из-за неэффективности небулайзерной терапии — 2 чел. (5,4%) и 3 чел. (8,1%) в связи с сопутствующей патологией и тяжелой степенью перенесенного обострения. Повторных вызовов бригад СМП не было. Причиной неэффективности небулайзерной терапии у 2 больных послужило отсутствие предшествующей адекватной противовоспалительной терапии.

В клинической картине отмечена динамика и в лечении больных II группы, начало купирования приступа происходило через 15-25 мин. Через 30 мин количество хрипов над легочными полями уменьшилось в 2 раза, через 40 мин — в 3 раза. Через 50-60 мин у большинства больных хрипы в

легких отсутствовали либо имелись малочисленные сухие хрипы в конце выдоха.

Во II группе приступ удушья купирован у 22 чел. (70,97%). У 9 чел. (29,03%) не было достигнуто положительного эффекта. Госпитализировано 12 чел. (38,71%) (в связи с неэффективностью догоспитального лечения 9 чел. (29,03%), в связи с сопутствующей патологией и тяжелой степенью обострения бронхиальной астмы — 3 чел. (9,68%). Было осуществлено 5 повторных вызовов (16,13%), и в 2 случаях (6,45%) наблюдались побочные эффекты: тахикардия, предсердная экстрасистолия, так как применялся эуфиллин внутривенно на фоне частого применения ингаляторов — β_2 -агонистов аденорецепторов.

Таким образом, применение небулайзерной терапии позволяет более быстро купировать приступ бронхиальной астмы и, как следствие, существенно сократить время пребывания бригады СМП на вызове, снизить количество вызовов к больным, систематически вызывающим СМП, уменьшить количество повторных вызовов, уменьшить частоту развития осложнений и необходимость в госпитализации, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, что в конечном счете позволит повысить качество оказания медицинской помощи населению и улучшить показатели здоровья.

Л и т е р а т у р а

1. Бронхиальная астма у взрослых: Клинические рекомендации. / Под. ред. А.Г. Чучалина М.: Атмосфера, 2002. 272 с.
2. Клинико-организационное руководство по оказанию неотложной помощи при бронхиальной астме. Екатеринбург, 2003.
3. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. М: Медицина, 2003. 123 с.
4. Шулутко Б.И. Внутренние болезни. М.: Медицина, 2002. 174 с.
5. Терапевтический архив. М., 2002. Т.4. 76 с.
6. Руководство по оказанию скорой медицинской помощи / Под ред. А.Л. Верткина. М.: Медицина, 98 с.

