

ждаться наращиванием потенциала амбулаторного специализированного звена для обеспечения ранней диагностики и раннего адекватного лечения, соответствующего национальным и мировым стандартам. Безусловно, приоритетными в терапевтической службе должны быть направления, связанные с социально значимыми заболеваниями, имеющими тенденцию к росту (заболевания легких, ревматические и сердечно-сосудистые заболевания), рано и тяжело инвалидизирующие (ревматические заболевания), лидирующие по причинам временной нетрудоспособности (заболевания легких и ревматические заболевания) и смертности (сердечно-сосудистые заболевания).

Исходя из выше сказанного, представляется необходимым создание региональных амбулаторных специализированных центров, аккумулирующих кадровый потенциал, обеспечивающих мониторинг пациентов, своевременную диагностику, адекватный учет в соответствии с унифицированными критериями диагностики и использования стандар-

тизованных методов лабораторной и инструментальной диагностики, международной классификации болезней. Это сделает возможным переход к созданию регистров пациентов, что в будущем облегчит планирование и оценку потребности в медикаментах, кадрах, стационарах, высокотехнологичных методах лечения и т. д.

Одним из наиболее значимых направлений работы центров должно стать создание активных школ, обеспечивающих обучение пациентов принципам самоконтроля, повышающих приверженность лечению и делающих их активными участниками лечебного процесса. Специализированные центры должны разрабатывать весь комплекс реабилитационных мероприятий для пациента. Важным разделом работы центров должна быть работа в группах риска и соответственно обеспечение первичной профилактики заболеваний. Таким образом, создание центров обеспечит профилактическую направленность здравоохранения.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ПО ДАННЫМ МЕТОДА БРОНХОФОНОГРАФИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ)

Закарая М.Г., Медведева В.Н.

МУЗ «Городская поликлиника № 2», г. Владимир

Целью исследования было определить эффективность базисной терапии сальметеролом в сочетании с флутиказоном пропионатом в ингаляторе (серетид мультидиск, Великобритания) у больных бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого течения, включающих определение акустической работы дыхания методом бронхофонографии.

Проведено обследование 43 больных со среднетяжелой бронхиальной астмой тяжелого течения в возрасте $19,0 \pm 1,1$ года и 32 больных с тяжелой формой бронхиальной астмой на базе МУЗ «Городская поликлиника № 2» г. Владимира. Длительность заболевания была $10,2 \pm 0,35$ года. Пациентов мужского пола в первой группе было 23 человека, женского пола — 20 человек. Во второй группе пациентов мужского пола было 14 и женского пола — 9. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста. Средний возраст пациентов составил $21,5 \pm 1,8$ года, лиц мужского пола было 14 человек, женского — 9.

Проводилось общеклиническое, лабораторное, функциональное и рентгенологическое обследование. Лечение больных проводилось серетидом в дозе 500/50 мкг в сутки в течение 6 месяцев. Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями международного консенсуса по бронхиальной астме GINA, 2002.

У больных бронхиальной астмой средней степени тяжести через 1 месяц от начала терапии выявлена выраженная положительная динамика клинических симптомов: Кашель уменьшился в 2,8 раза, затрудненное дыхание — в 1,7 раза, экспиратор-

ная одышка — в 2,3 раза, жесткое дыхание — в 1,4 раза, сухие хрипы — в 4,3 раза, влажные хрипы — в 4,8 раза. Наибольшая динамика наблюдалась по ведущим клиническим проявлениям бронхообструктивного синдрома (кашель, одышка, удлинение выдоха и сухие хрипы; $p < 0,01$).

Через 3 месяца от начала терапии продолжала наблюдаться регрессия клинических проявлений БА. Так, кашель по сравнению с исходными данными уменьшился в 5,6 раза, затрудненное носовое дыхание — в 1,7 раза, экспираторная одышка — в 2,3 раза, жесткое дыхание — в 1,4 раза, удлинение выдоха — в 2,1 раза, сухие хрипы — в 4,3 раза, влажные хрипы — в 4,8 раза.

При сравнении результатов терапии через 3 месяца по сравнению с результатами через 1 месяц выявлено уменьшение клинических симптомов по частоте кашля (в 2,0 раза, $p < 0,05$), экспираторной одышки (в 1,9 раза $p < 0,05$), жесткому дыханию (в 2,3 раза, $p < 0,05$), удлиненному выдоху (в 1,8 раза, $p < 0,05$) и по количеству влажных хрипов в легких (в 4,5 раза, $p < 0,01$).

Через 6 месяцев от начала лечения достигнут выраженный терапевтический эффект, основные симптомы нарушения бронхиальной проходимости: жесткое дыхание, удлинение выдоха и сухие хрипы не определялись. Кашель был в 3,5 раза реже, затрудненное носовое дыхание — в 2,6 раза реже, экспираторная одышка в 1,8 раза реже по сравнению с трехмесячными результатами.

У больных тяжелой бронхиальной астмой на фоне проводимой базисной терапии выявилась следующая

щая динамика клинических проявлений. Через 1 месяц после лечения значительно уменьшились симптомы болезни: кашель, затрудненное носовое дыхание, экспираторная одышка, жесткое дыхание, удлинённый выдох, сухие хрипы, влажные хрипы.

Через 3 месяца симптомы болезни по сравнению с таковыми через 1 месяц также значительно уменьшились: кашель — в 1,9 раза, ($p < 0,05$), затрудненное дыхание — в 1,9 раза ($p < 0,05$); экспираторная одышка — в 2,8 раза ($p < 0,01$); жесткое дыхание — в 2,4 раза ($p < 0,01$); удлинённый выдох — в 1,9 раза ($p < 0,05$); сухие хрипы — в 2,2 раза ($p < 0,05$); влажные хрипы — в 1,5 раза ($p < 0,05$). Таким образом, по ведущим показателям бронхообструктивного синдрома имелись достоверные различия.

Через 6 месяцев лечения достигнут, как и при среднетяжелом течении бронхиальной астмы, максимальный клинический эффект. Но по сравнению с астмой средней степени тяжести симптомы сохранялись в большем проценте случаев: кашель — в 2,3 раза чаще, затрудненное носовое дыхание — в 1,6 раза чаще, экспираторная одышка — в 3,9 раза чаще. При среднетяжелом течении бронхиальной астмы отсутствовали жесткое дыхание, удлинение выдоха и сухие хрипы, тогда как при тяжелом течении отсутствовало только удлинение выдоха, а жесткое дыхание (9,5%) и сухие хрипы (4,8%) сохранялись ($p < 0,001$).

Сравнение клинических симптомов с данными объем форсированного выдоха за первую секунду показало, что имелись однонаправленные изменения. По мере регрессии клинических симптомов увеличивался показатель объема форсированного выдоха за первую и через 3 месяца лечения достиг нормативных значений у больных бронхиальной астмой средней степени тяжести и тяжелого течения.

Анализ фонореспираграмм показал, что исходные данные регистрировали патологические отклонения от нормы у 100% больных астмой тяжелой степени тяжести.

Через месяц патологические акустические волны при той и другой степени тяжести уменьшились в два раза (у 10 человек — 47,6%; и у 11 человек из 19 — 52,3%).

Через 3 месяца лечения дополнительные акустические феномены преимущественно в высокочастотной области регистрировались у 3 человек (14,3%) при бронхиальной астме средней степени тяжести и у 5 человек (26,3%) при бронхиальной астме тяжелого течения.

Через 6 месяцев лечения в период клинической ремиссии фонореспираграммы были как у практически здорового человека при обеих степенях тяжести течения бронхиальной астмы. Исходные данные показателей функции внешнего дыхания

методом бронхофонографии на высоте клинических симптомов во всех частотных диапазонах были достоверно выше по сравнению с контролем ($p < 0,001$). На фонореспираграмме визуализировалась большое количество патологических волн во всех акустических областях с преобладанием высокоамплитудных волн в высокочастотном диапазоне. Акустическая работа в зоне везикулярного дыхания превышала контрольные значения в 14,2 раза, в высокочастотной области — в 14,5 раза, в низкочастотном диапазоне — в 11,9 раза.

У больных с тяжелым течением бронхиальной астмы через 3–6 месяцев лечения наблюдалось дальнейшее снижение акустической работы дыхания во всех частотных областях. Достоверное снижение акустической работы дыхания через 6 месяцев терапии по сравнению с контролем достигнуто в низкочастотном диапазоне и в диапазоне ($p < 0,02$); показатель акустической работы дыхания в высокочастотной области оставался высоким и по сравнению со среднетяжелой бронхиальной астмой через 6 месяцев не достигал контрольных значений ($p > 0,05$), что указывает на неполную ликвидацию нарушений бронхиальной проходимости.

Таким образом, определение акустической работы дыхания по сравнению с данными фонореспираграмм в более отдаленные сроки лечения было более информативным. Сравнение результатов исследования с данными бронхофонографии показало, что при тяжелой бронхиальной астме через 6 месяцев терапии функция внешнего дыхания нормализовывалась по результатам бронхофонографии по сравнению спирографии, следовательно, для определения нарушения функции внешнего дыхания в процессе длительной терапии более информативным методом исследования функции внешнего дыхания является бронхофонография, а именно определение акустической работы дыхания, что важно для определения тактики ведения больных тяжелой бронхиальной астмой. При бронхиальной астме тяжелого течения более замедленно улучшается функция внешнего дыхания.

Выводы

- Клинические симптомы и показатели объема форсированного выдоха за первую секунду нормализуются раньше, чем бронхографические показатели в высокочастотном диапазоне, отражающие бронхообструкцию, что важно для определения тактики ведения больных.
- У больных средней и тяжелой степеней бронхиальной астмы клинические симптомы и показатели объема форсированного выдоха за первую секунду нормализуются раньше, чем бронхографические показатели в высокочастотном диапазоне, отражающие бронхообструкцию, что важно для определения тактики ведения больных.