

ДИНАМИКА РАСХОДА КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИХ БРОНХОДИЛАТАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕРАПИИ

© Верблани Е.С.*

Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск

В работе рассмотрено влияние приверженности больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) к базисной терапии на расход короткодействующих бронходилататоров.

Введение

Современная базисная фармакотерапия ХОБЛ позволяет улучшить качество жизни пациентов, снизить частоту обострений и замедлить прогрессирование болезни [1, 6]. Однако достаточно большой процент пациентов не принимают препаратов базисной терапии [5]. К главным причинам отказа от приема препаратов относятся высокая стоимость лечения, боязнь развития нежелательных побочных эффектов и недостаточная осведомленность пациента о значении приема лекарства [2-4].

В доступной литературе на сегодняшний день отсутствует информация о динамике клинического состояния пациентов, прекративших прием препаратов базисной терапии ХОБЛ. Изучению влияния приверженности больных ХОБЛ к препаратам базисной терапии на расход короткодействующих бронходилататоров посвящена настоящая работа.

Материалы и методы

В исследование включили 90 человек, причем набор пациентов проходил параллельно во все три группы наблюдения (по 30 человек в каждую группу).

Критерии включения в исследование, общие для всех групп наблюдения: наличие верифицированного диагноза ХОБЛ; стадия ремиссии момент вхождения в исследование; возраст не моложе 40 лет; анамнез курильщика не менее 10 пачек-лет; постсальбутамоловый ОФВ1 вне обострения в интервале 50...70 %. Дополнительные критерии включения в исследование для 1 группы больных: лечение с применением ИГКС (ингаляционных глюкокортикостероидов) и ингаляционных ДДБ (длительно действующих бронходилататоров) не менее двух лет до момента вхождения в исследование;

* Врач функциональной диагностики ОАО «Самарский диагностический центр».

для 2 группы – лечение с применением ИГКС и ДДБ не менее двух лет до момента вхождения в исследование; прекращение приема ИГКС и ДДБ не ранее, чем за 2 месяца и не позднее, чем за 12 месяцев до момента вхождения в исследование; для 3 группы – отсутствие базисной терапии (ИГКС и ДДБ) в течение 10 лет от момента вхождения в исследование.

Критерии исключения из исследования: БА; постсальбутамоловый ОФВ1 вне обострения $< 50\%$ или $> 70\%$; обострение ХОБЛ на момент первичного осмотра; острые инфекционные заболевания; хронические инфекционные заболевания в стадии обострения; декомпенсированные заболевания сердца, легких и других внутренних органов.

Каждый из пациентов, включенных в исследование, находился под наблюдением 360 дней. Дизайн исследования представлен в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика контрольных точек и протокола обследования

№ КТ	1	2	3	4	5
Определение КТ	1 день	90 день	180 день	270 день	360 день
Сбор анамнеза и анализ медицинских документов	+	+	+	+	+
Физикальное обследование	+	+	+	+	+
Спирография	+	+	+	+	+
Регистрация количества сданных пациентами пустых баллончиков короткодействующих бронходилататоров		+	+	+	+

Пациенты исследуемых групп были сопоставимы по полу возрасту, продолжительности заболевания и анамнезу курения (табл. 2).

Таблица 2

Возрастно-половая и анамнестическая характеристика пациентов, находившихся под наблюдением

Показатель	Группы		
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 3
Возраст, годы	64,3 $\pm$ 7,4	62,6 $\pm$ 6,9	59,7 $\pm$ 8,2
Мужчины	26 (87)	26 (87)	24 (80)
Женщины	4 (13)	4 (13)	6 (20)
Продолжительность заболевания, лет	7,4 $\pm$ 2,3	6,8 $\pm$ 2,4	6,2 $\pm$ 3,2
Анамнез курения, пачек-лет	45,5 $\pm$ 20,6	46,3 $\pm$ 19,5	44,1 $\pm$ 20,3

Пациенты групп наблюдения №№ 2 или 3 при начале приема препарата базисной терапии ХОБЛ исключались из исследования.

Расход сальбутамола (фенотерола) оценивали с помощью метода «пустых баллончиков». Статистическую обработку данных производили средствами Microsoft Access. Анализ осуществляли системой Statistica 8.0. Достоверность различий рассчитывали с применением непараметрического Sign Test. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

К концу исследования мы установили, что пациенты группы № 1 за весь период наблюдения использовали 165 флаконов сальбутамола, пациенты группы № 2 – 438, а пациенты группы № 3 – 328 (табл. 3).

Среднее количество использованных пациентами группы №1 флаконов короткодействующих бронходилататоров составило 5,5, группы № 2 – 14,6, группы № 3 – 10,9 штук. Причем значение этого показателя групп №№ 2 и 3 статистически достоверно ($p < 0,05$) были выше соответствующего показателя группы № 1.

Таблица 3

Расход короткодействующих бронходилататоров пациентами групп наблюдения

Показатель	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 3
Общее количество сданных пустых флаконов (абс.)	165	438	328
Среднее количество сданных пустых флаконов	5,5	14,6 ¹⁾	10,9 ¹⁾

Примечание: ¹⁾ – достоверное ($p < 0,05$) различие с группой № 1 по непараметрическому Sign Test.

Выводы

Отказ от базисных препаратов у больных ХОБЛ приводит к ухудшению клинического состояния, что проявляется возрастанием потребности в применении короткодействующих бронходилататоров.

Список литературы:

1. Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2008) / Пер. с англ.; под ред. А.С. Белевского. – М.: «Атмосфера», 2009. – 100 с.
2. Гнатюк О.П. Организация обеспечения базисными лекарственными средствами для лечения и вторичной профилактики ХОБЛ на территории Хабаровского края [Электронный ресурс] // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 1. – Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/voz/20111/2011108.aspx>.
3. Даутов С.Б. Обеспечение необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, в Республике Башкортостан / С.Б. Даутов, Р.А. Ганиева, А.Ф. Загирова // Вестн. Росздравнадзора. – 2010. – № 4. – С. 72-74.
4. Комиссинская И.Г. Оценка потребления лекарственных средств для лечения хронической обструктивной болезни легких в системе льготного лекарственного обеспечения населения / И.Г. Комиссинская, А.А. Степченко, Е.В. Рыжова // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2009. – № 1. – С. 32-38.

5. Хроническая обструктивная болезнь легких: практическое руководство для врачей. Федеральная программа / Под ред. акад. РАМН. проф. А.Г. Чучалина. – изд. второе, перераб. идоп. – М., 2004. – 64 с.

6. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких – новые успехи в лечении / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2009. – № 4. – С. 107-108.

РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

© Сметанин В.Н.*

Рязанский медико-социальный колледж, г. Рязань

Поведенческие факторы во многом определяют репродуктивное здоровье подростков, а их правильная оценка и регулирование приводят в дальнейшем к преодолению кризисной демографической ситуации.

Поведенческие факторы, обуславливающие формирование репродуктивной жизни, и возраст, в котором они происходят, являются важными аспектами, определяющими как фертильность, так и репродуктивное здоровье. Это определяет необходимость разработки методов и организации работы по формированию у подростков ответственного отношения к своему здоровью, в т.ч. и репродуктивному, созданию стереотипов здорового образа жизни, активной профилактики нарушений репродуктивного здоровья, обусловленных негативным влиянием поведенческих факторов риска.

Актуальность проблемы охраны репродуктивного здоровья молодежи определяется кризисной демографической ситуацией в стране, снижением репродуктивного потенциала молодых женщин, низкими репродуктивными установками и неадекватным репродуктивным поведением, наличием неблагоприятного медико-биологического фона: высокого уровня первичной заболеваемости и хронической патологии, увеличением частоты нарушений функции репродуктивной системы.

Репродуктивное поведение – система действий, отношений и психологических состояний личности, связанных с рождением или отказом от рождения ребенка в браке или вне его.

Отказ от рождений, действия его реализующие, раскрываются через понятие контрацептивного поведения. Основными характеристиками которого является применение контрацепции, искусственный аборт и воздержание.

Структура репродуктивного поведения:

* Преподаватель, кандидат медицинских наук.