

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Эльмурзаева Д.А., Рахаев А.М.

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик
ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кабардино-Балкарской республике»
Минтруда России, г. Нальчик

THE IMPACT OF COMPREHENSIVE TREATMENT ON THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA

Elmurzaeva J.A., Rahaev A.M.

Kabardino-Balkarian State University named after Kh.M. Berbekov, Nalchik
FGI «Main Bureau of Medical and Social Expertise of the Kabardino-Balkaria» of Mintrud of Russia,
Nalchik

Бронхиальная астма у детей принадлежит к социально-значимым заболеваниям в связи с повсеместным увеличением распространенности и тенденцией к утяжелению ее течения [1]. При отсутствии адекватного лечения болезнь способствует не только развитию необратимых изменений в организме, но и значительно ограничивает физическую активность ребенка, сопутствует формированию психопатий, осложняет его адаптацию к окружающему миру, приводит к инвалидности [2]. Хронический характер течения заболевания, необходимость длительной терапии, эмоциональные факторы, ограничения в социальной сфере могут оказаться для детей, больных астмой, и их родителей существеннее неконтролируемых симптомов болезни [3]. Поэтому одним из приоритетных направлений современной медицины составляет изучение качества жизни пациентов, которое является неотъемлемой частью при принятии решения о новых методах диагностики, лечения, профилактики и направлениях научных исследований [4,5]. В связи с этим целью терапии бронхиальной астмы следует считать повышение качества жизни больного ребенка на фоне положительной клинической динамики заболевания.

Целью исследования явилось изучение влияния комплексной терапии на качество жизни

подростков, страдающих тяжелой формой бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 18 детей в возрасте 12-16 лет с тяжелым течением бронхиальной астмы: из них 11 девочек и 7 – мальчиков. У 12 пациентов болезнь сопровождалась признаками аллергического ринита, у 4 – атопического дерматита. На протяжении последнего года все больные имели проявления тяжелого течения заболевания с ежедневными симптомами и существенным влиянием астмы на качество жизни. Терапевтический комплекс предусматривал обеспечение гипоаллергенной обстановки и диеты, обучение по образовательной программе «Астма-школа», применение комбинированной базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами в низких и средних дозах (флютиказона пропионат 200-500 мкг в сутки) в сочетании с β 2-адреномиметиком длительного действия (сальметерол 25-50 мкг в сутки). Кроме того, осуществлялась регистрация симптомов болезни и параметров функции внешнего дыхания. Показатели качества жизни подростков определяли с помощью адаптированного к российским условиям астма-специализированного опросника Childhood Asthma Questionnaires (D.J. French) В.И. Петрова, И.В. Смоленова (форма С для детей 12-16 лет). Мониторинг клинико-функциональных данных и

параметров качества жизни проводился перед назначением комплексного лечения, а также через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала терапии.

Результаты и обсуждение. До начала проведения комплексной терапии у всех больных частота дневных приступов удушья составляла в среднем – $59,2 \pm 2,5$, ночных эпизодов затрудненного дыхания – $19,9 \pm 1,4$ в месяц. Обострения купировались введением короткодействующих β_2 -адреномиметиков (сальбутамол), метилксантинов (эуфиллин), ингаляционным и системным глюкокортикостероидами (будесонид, преднизолон), в среднем пациент получал $49,1 \pm 3,2$ ингаляции за месяц. Приступный период длился 2-3 недели, в среднем $18,5 \pm 2,3$ дня в месяц. В период обострения болезни регистрировались выраженные обструктивные нарушения на уровне центральных и периферических отделов бронхиального дерева. Все дети имели признаки гиперреактивности бронхов: приступы удушья возникали на фоне рецидивирующих респираторных заболеваний и физических нагрузок, у 83,7% – при изменении погодных условий, у 69,8% – при эмоциональных нагрузках, у 51,5% – при контакте с резкими запахами. У всех больных отмечались вызовы «скорой помощи» от 6 до 9 раз в год, 2-3 госпитализации в стационар. Продолжительность стационарного лечения в среднем составляла $25,9 \pm 2,1$ дня, количество бессимптомных дней – в среднем $3,5 \pm 1,6$ дней в месяц. После проведения бронходилатационной пробы с сальбутамолом прирост объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) составил $27,7 \pm 1,4\%$, суточные колебания пиковой скорости выдоха (ПСВ) – $28,9 \pm 1,8\%$. Оценка качества жизни исходно выявила высокие показатели субъективной оценки тяжести астмы ($25,6 \pm 1,72$), степени дистресса ($48,9 \pm 2,25$) и реактивности ($16,8 \pm 1,29$), низкое качество активной жизни ($25,4 \pm 1,23$). Качество подростковой жизни ($18,2 \pm 0,84$) в значительной степени зависело от социального уровня семьи, нежели от тяжести болезни.

Улучшение течения заболевания регистрировалось уже через 1 месяц от начала проводимого комплексного лечения. Продолжение терапии в течение 3 месяцев у 83,9% пациентов выявило достоверное уменьшение количества и тяжести приступов астмы, повыше-

ние параметров функции внешнего дыхания. Количество дневных эпизодов затрудненного дыхания достоверно снизилось до $3,4 \pm 0,3$, ночных приступов удушья – до $1,6 \pm 0,5$ в месяц ($p < 0,05$), также уменьшилось количество ингаляций β_2 -агонистов короткого действия ($3,2 \pm 0,6$), увеличилось число бессимптомных дней ($26,7 \pm 0,6$; $p < 0,05$). Ни у одного ребенка не отмечалось вызовов «скорой помощи» и госпитализаций в стационар. Определялось достоверное снижение прироста ОФВ1 после бронходилатационной пробы с сальбутамолом до $10,4 \pm 1,2\%$, лабильность бронхов в течение суток не превышала 16,5%.

У подростков достоверное ($p < 0,05$) повышение качества активной жизни ($28,7 \pm 0,83$), уменьшение субъективной оценки тяжести БА ($20,4 \pm 0,82$) и величины дистресса ($41,5 \pm 1,07$) наблюдалось через три месяца от начала терапии, подобная динамика сохранялась и к окончанию шестого месяца лечения ($p < 0,01$). Статистически значимое повышение качества подростковой жизни ($19,8 \pm 0,53$), уровня реактивности ($13,4 \pm 0,68$) и снижение зависимости пациента от агрессивных факторов окружающей среды ($39,5 \pm 0,82$) регистрировалось только через полгода комплексной терапии.

В результате комплексных лечебных мероприятий клиника бронхиальной астмы стабилизировалась через 12 месяцев от начала ее проведения. Достоверно снизилось число дневных ($0,8 \pm 0,02$ в месяц) и ночных ($0,3 \pm 0,01$) приступов удушья, использование короткодействующего β_2 -адреномиметика ($2,3 \pm 0,4$ в месяц; $p < 0,001$), уменьшилась длительность приступного периода ($3,1 \pm 0,2$ за месяц; $p < 0,001$). За указанный период отмечалось достоверное повышение количества бессимптомных дней ($27,7 \pm 0,5$ в месяц), уменьшение количества больных, у которых регистрировались клинические проявления гиперреактивности бронхов.

Наряду с положительной динамикой течения болезни у подростков наблюдалось достоверное повышение параметров качества жизни. Качество активной ($29,5 \pm 0,78$) и подростковой жизни ($19,9 \pm 0,75$) практически не отличалось от значений здоровых детей. Снижился показатель субъективной оценки тяжести БА ($16,2 \pm 0,67$; $p < 0,001$) и уровень реактивности ($12,7 \pm 0,62$;

$p < 0,01$), уменьшилось влияние заболевания на психоэмоциональную сферу ребенка ($38,6 \pm 0,87$; $p < 0,001$).

У подростков, принимавших комплексное лечение в течение трех лет, продолжало отмечаться дальнейшее улучшение течения заболевания. Длительность периода ремиссии увеличилась до 3 месяцев у 6 больных, до 4 месяцев – у 6 детей, до 6 месяцев – у 5 человек, у 1 пациента регистрировались эпизоды затрудненного дыхания раз в 1-2 месяца. Приступы удушья носили легкий характер в 82% случаев и купировались приемом короткодействующих β_2 -адреномиметиков ($0,6 \pm 0,03$ ингаляции в месяц; $p < 0,01$). Достоверно снизились клинические проявления гиперреактивности бронхов у большинства больных. Суточный разброс пиковой скорости выдоха (ПСВ) не превышал 10% ($p < 0,01$), прирост ОФВ1 после проведения бронходилатационной пробы с сальбутамолом составлял $9,4 \pm 0,5\%$. У подавляющего большинства пациентов с тяжелой бронхиальной астмой показатели качества жизни через три года комплексной терапии соответствовали данным первого года лечения.

Заключение. Таким образом, данное исследование выявило, что у большинства подростков бронхиальная астма может контролироваться низкими и средними дозами ингаляционных глюкокортикостероидов в комбинации с β_2 -агонистами длительного действия. Кроме того, возможность проводить ингаляции

1-2 раза в сутки повышает комплаентность терапии. Положительный эффект комплексной терапии позволяет не только предупредить прогрессирование течения болезни и инвалидизацию ребенка, но и позитивно влияет на качество жизни пациентов с тяжелой бронхиальной астмой. У больного подростка происходит установка на большую социальную и физическую активность, создается мотивация на излечение заболевания и снижение самоограничений, меняется стереотип поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». — 5-е изд., перераб. и доп. — Москва : Оригинал-макет, 2017. — 160 с.
2. Эльмурзаева Д.А. Качество жизни детей с тяжелой бронхиальной астмой // Современные наукоемкие технологии. 2010. №2. С. 124-124.
3. Эльмурзаева Д.А. Влияние комплексной терапии на качество жизни детей с тяжелой бронхиальной астмой // Успехи современной науки и образования. 2016. №12. Т. 8. С. 73-76.
4. Hamasaki Y., Kohno Y., Ebisawa M., Kondo N., Nishima S., Nishimuta T., Morikawa A. Japanese Society of Allergology; Japanese Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology. Japanese Guideline for Childhood Asthma 2014 // Allergol Int 2014; 63(3):335-56.
5. Hollenbach J. P., Cloutier M. M. Implementing school asthma programs: Lessons learned and recommendations // J Allergy Clin Immunol 2014; 134(6):1245-9.