

УДК 616.248-085.814/851

**ДІЯЛЬНІСТЬ “АСТМА-ШКОЛИ” В НАУКОВО-ПРАКТИЧНОМУ ОБ’ЄДНАННІ  
“РЕАБІЛІТАЦІЯ” ТА ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИХ  
МЕТОДІВ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ**

**Лемко І.С., Александрович Т.А., Лемко О.І., Турлик В.М.**

*Науково-практичне об’єднання “Реабілітація”, м. Ужгород*

**Ключові слова:** “Астма-школа”, здоров’я, хронічні обструктивні захворювання легень, бронхіальна астма, небулайзер, пікфлоуметрія

**Вступ.** Кількість людей, які страждають на бронхіальну астму (БА), в даний час вражає кожного – за даними Всесвітньої Організації охорони здоров’я близько 300 млн. (від 5 до 15% світового населення).

Важкість перебігу та прогноз БА у хворих залежить від їх інформованості про дану патологію, особливостей організації способу життя, режиму харчування, побуту. Відомо, що більшість випадків безуспішного лікування БА пов’язана з нерозумінням пацієнтом суті захворювання і, відповідно, неправильним дотриманням рекомендацій лікаря.

**Матеріали та методи.** Нами проводились заняття в „Астма-школі” з 1450 хворими, жителями України, віком від 13 до 63 років з метою детального пояснення причин їхнього захворювання, а також правильного застосування бронхолітичних та протизапальних медикаментів, як профілактично, так і в гострому періоді, але найважливіше – використання базової медикаментозної терапії. Важливим компонентом у свідомості пацієнтів є застосування методу пікфлоуметрії для динамічного контролю перебігу основного захворювання.

**Результати досліджень та їх обговорення.**

Проблему навчання хворих на БА протягом п’яти років вирішує “Астма-школа”, створена на базі стаціонарного відділення НПО “Реабілітація”. Під час кожного заїзду пацієнтів нашими співробітниками проводяться 10 занять, де надається інформація про суть та причини БА, медикаментозні та немедикаментозні лікувальні технології, необхідність контролю за симптомами хвороби і функцією зовнішнього дихання. Навчання є необхідною складовою частиною комплексної програми лікування хворих на БА, яка вимагає від хворого тривалого, безперервного і детального дотримання медикаментозних програм, а також зміни режиму життя та ін. Від дотримання цих умов залежить успішність запропонованих програм лікування.

Основною метою “Астма-школи” є підвищення ефективності терапії БА і контроль за перебігом захворювання самим пацієнтом. В процесі цих знань хворі отримують необхідну інформацію про причини розвитку і основи патогенезу БА, основні принципи протирецидивної, протизапальної і бронхолітичної терапії.

В основу діяльності “Астма-школи” закладені

наступні концептуальні положення: 1.Здоров'я пацієнтів може бути відновлено тільки при забезпеченні здорового способу життя; 2. Психологічна реабілітація повинна випереджати фізичну; 3.Необхідні знання основ фармакотерапії і самоконтролю; 4. Відношення сім'ї до реабілітації хворого. Введення цих принципів дозволяє знизити частоту загострень БА у хворих в 2,8 разів.

Створенню програми передують анкетування хворих з метою визначення їх вихідного рівня знань. Вивчення анкет дозволяє переконатися в тому, що практично всі хворі не мають чітких уявлень про суть захворювання, його причини, важкість, прогноз. Тільки 10% пацієнтів розуміють роль профілактичної терапії, майже у всіх різко негативне відношення до терапії кортикостероїдами, в т.ч. інгаляційними, причому 75% з них не можуть пояснити причини такого відношення.

В "Астма-школі" хворі переконуються, що вони не самотні, а лікарі та вчені-спеціалісти об'єднані одним бажанням – позбавити їх від важких симптомів астми, навчити їх керувати хворобою.

Основні теми які пояснюють на заняттях, наступні: що таке БА, причини виникнення БА, значення алергологічної діагностики, організація елімінаційних міроприємств, принципи медикаментозної терапії, необхідність протизапальної терапії стероїдними та нестероїдними препаратами, пікфлоуметрія, немедикаментозні методи лікування БА.

Зростаюча розповсюдженість хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ), їх тривалий перебіг, втрата працездатності зумовлюють соціальну значимість даної патології [1]. В спеціалізованих пульмонологічних стаціонарах проводиться детальна діагностика, лікування у фазі загострення. В той же час проведення підтримуючої, базисної терапії, своєчасне попередження загострень лягають на плечі дільничних терапевтів та сімейних лікарів.

У зв'язку з цим постає питання про необхідність використання об'єктивних критеріїв контролю бронхіальної прохідності, достатньо простих і доступних в практиці сімейного лікаря, які дозволяють у домашніх умовах своєчасно проводити корекцію бронхолітичної терапії.

За останні роки широкого поширення набуло визначення стану бронхіальної прохідності за допомогою пікфлоуметрії – вимірювання пікової об'ємної швидкості видиху (ПОШвид, л/хв), яка характеризує зусилля хворого при видиху та прохідність бронхів в цілому [2, 3]. Даний показник не дає можливості проводити тонку діагностику механізмів бронхіальної обструкції, однак є достатньо простим і достовірним в оцінці динаміки змін бронхіальної прохідності при регулярному вимірюванні у конкретного пацієнта [3, 4].

Пікфлоуметрія дозволяє визначити пікову об'ємну швидкість видиху (ПОШвид.), тобто

максимальну швидкість з якою повітря може виходити із дихальних шляхів під час форсованого видиху. Показники ПОШвид. хворого порівнюють з належними величинами у вигляді таблиць і результати записуються хворим у спеціальні щоденники у вигляді графіка.

Регулярне ведення щоденника реєстрації ПОШ дозволяє лікарю підібрати найбільш ефективне лікування захворювання. Для якісного контролю вимірювання ПШВ проводиться два і більше разів на день, а також до, та після прийому ліків.

Пікфлоуметрію рекомендовано проводити не тільки у стаціонарі, але і в домашніх умовах, для контролю бронхіальної прохідності (ПОШ визначають улюбий час дня та ночі, до та після прийому бронходилататорів). Щоб визначити більш детальну характеристику бронхіальної прохідності, в т.ч. зворотній компонент бронхіальної обструкції, застосовують проби з бронхолітиками. Бронхіальна обструкція рахується зворотною при збільшенні ОФВ1 на 15% і більше після інгаляції бронхолітиками. Результати інгаляційних проб оцінюються через 15хв та 45хв після прийому препарату.

Заслуговує на увагу той факт, що в більшості випадків зниження ПОШ спостерігається за декілька днів до появи виразних клінічних проявів загострення захворювання. В цих випадках своєчасна корекція медикаментозного лікування дозволяє попередити погіршення стану хворого.

На базі стаціонарного відділення НПО "Реабілітація" м. Ужгород проводився контроль за бронхіальною обструкцією за допомогою пікфлоуметрії.

Отримані результати дозволяють рекомендувати пікфлоуметрію для моніторингу перебігу БА та ХОЗЛ з метою підвищення ефективності лікування і попередження загострень. Простота у використанні, дешевизна апарату, висока інформативність результатів, мобільність дають можливість використовувати пікфлоуметрію не тільки в стаціонарних, але і у домашніх умовах самим хворим.

За останній час належне місце набула небулайзерна терапія у сучасній терапії обструктивних захворювань бронхолегеневої системи. В пульмонологічній практиці інгаляціям лікарських препаратів за допомогою небулайзера надається особливе значення. Це пов'язано з тим, що при небулайзерній терапії відсутня необхідність у координації дихання з поступленням аерозолу, техніка інгаляції проста у виконанні.

На сьогоднішній день існують 3 основних типи пристроїв для доставки лікарських засобів в дихальні шляхи: 1) дозуючі аерозольні інгалятори – ДАІ; 2) дозуючі пудровмісні або порошкові інгалятори – ДПІ; 3) небулайзери.

Хоча небулайзерна терапія хвороб органів дихання і має тривалу передісторію, однак велике поширення цей напрям інгаляційної терапії отримав лише в останній час у зв'язку з появою і удосконаленням електричних компресорів і

більшою портативністю конструкцій апаратів. Небулайзери (розпилювачі) можна застосовувати для інгаляції різноманітних лікарських препаратів, в тому числі і тих, які не виготовляють у формі дозованих інгаляторів. Крім того, з'являється унікальна можливість інгалювати одноразово великі дози бронхолітиків (3-5-хвилинна небулізація стандартної дози розчину сальбутамола відповідає 50 послідовним інгаляціям ДАІ), що надзвичайно актуально для хворих, які переносять важкий астматичний напад або загострення ХОЗЛ.

При небулізації відсутність пропелентів виключає подразнюючий ефект. Однак недостатня портативність пристроїв, не проста техніка приготування лікарського препарату, необхідність постійного джерела живлення, висока вартість обмежують значне поширення аерозольгенераторів цього типу. На сьогоднішній день до застосування небулайзерів (частіше – епізодично, з метою ліквідації важкого нападу ядухи і рідше – постійно, як альтернатива кишеньковим інгаляторам) звертаються біля 15% хворих на БА.

Небулайзерна терапія застосовується при бронхіальній астмі, крупі, обструктивному бронхіті, пневмонії, обструктивному синдромі, а також при інфекційних захворюваннях (коклюш), хронічний фарингіт.

Показаннями для проведення небулайзерної терапії є ранній вік, невміння або неможливість по важкості стану використовувати дозований інгалятор, недостатня ефективність попередньої бронхолітичної терапії, для цілеспрямованого надходження ліків у бронхи, при необхідності введення великих доз лікарських речовин за короткий період часу.

Найбільш широке розповсюдження набули струминні небулайзери, серед яких виділяють небулайзери з постійним викидом (продукція аерозолу з постійною швидкістю та об'ємом), активовані диханням (поступлення аерозолу під час вдиху, менше при видиху), дозиметричні (доза аерозолу контролюється електричним пристроєм

під час вдиху). Розмір частинок, які утворюються при цьому, складає у середньому 5 мкм, що створює можливість їх проникнення у всі відділи бронхіального дерева, включаючи мілкі бронхи та осідати на слизових оболонках, утворюючи там високі терапевтичні концентрації. В небулайзерних системах застосовують препарати: бронходилататори (сальбутамол і ін.), антихолінергічні препарати (атровент), кортикостероїди (пульмікорт та ін.) [5], муколітики (лазолван), антибіотики, анальгетики.

Небулайзерна терапія може широко застосовуватися у службах невідкладної та швидкої допомоги, що дає можливість підвищити ефективність терапії, скоротити частоту та тривалість госпіталізації. Застосовуючи у домашніх умовах небулайзерні інгалятори, хворі на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт, мають можливість зняти напади ядухи та задишки, не користуючись послугами швидкої допомоги.

При застосуванні небулайзерної терапії слід врахувати і такий факт, як фармакоекономічність. Інгаляційні бронхолітики дешевші за дозовані форми і забезпечують кращий ефект при загостренні захворювання.

**Висновки.** 1. Простота у застосуванні, висока результативність небулайзерної терапії дає можливість широко використовувати її у домашніх, поліклінічних та стаціонарних умовах, при наданні швидкої невідкладної допомоги при загостренні БА та ХОБ. При цьому слід відмітити, що об'єм допомоги індивідуальний для кожного хворого та пропорційний ступеню важкості бронхіальної обструкції.

2. Заняття в "Астма-школі" по навчанню сприятливо відбилися на психологічному статусі хворих, зменшили їх тривогу, дозволили в домашніх умовах правильно проводити лікування.

3. "Астма-школа" є найважливішим компонентом успішного лікування хворих на БА, загальне число госпіталізацій зменшилось у 3,4 рази, а число загострень захворювання - в 2,1 рази.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Айсанов З.Р., Кокосов А.Н., Овчаренко С.І., Хмельнікова Н.Г., Цой А.Н. Чучалін А.Г., Шмельов Е.І. Хронічні обструктивні захворювання легень. Федеральна програма // Російський медичний журнал. – 2001. – Т. 9, №1. – С. 1-47.
2. Бронхіальна астма. Глобальна стратегія. // Пульмонологія. – 1996. – Додаток 165 с.
3. Пікфлоуметрія при бронхіальній астмі. Методичний посібник. – 1999. – 18 с.
4. Стандартизація легневих функціональних тестів. // Пульмонологія. – 1993. – Додаток. – 92с.
5. Феценко Ю.І. Глюкокортикоїдостероїди: перевага на клітинному рівні. // Український медичний часопис. – 1999. – №6. – С. 3-17.

## SUMMARY

ACTIVITY OF ASTHMA-SCHOOL AND USE OF MODERN DIAGNOSTIC MEDICAL METHODS IN RECOVER TREATMENT OF THE PATIENTS

Lemko I. S., Aleksandrovych T. A., Lemko O. I., Turlik V. M.

"Asthma-school" is a form of union of the patients, which includes a cycle of lectures and practical employment (occupations) necessary for increase of a level of knowledge of illness, finding of skills of the self-help (nebulizer inhalations), psychological correction of behavior and self-checking (peak-expiratory flow) of illness.

**Key words:** "Asthma-school", health, chronic obstructive pulmonary diseases, bronchial asthma, nebulizer, peak-expiratory flow