

М. В. Овчарук
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИКЛИКІВ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ З ПРИВОДУ
ВАЖКИХ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Бронхіальна астма (БА) відноситься, за заключенням експертів ВООЗ, до числа найбільш розповсюджених захворювань. Розповсюдженість цієї хвороби за останні 30 років невпинно зростає. На БА хворіють більше 5 % дорослого населення та більше 10 % дітей [3].

БА — захворювання, яке є вагомим соціально-економічним тягарем для будь-якої країни, тому пульмонологи всього світу розробляють програми, методики для стримування прогресування захворювання та для більш якісного лікування хворих на БА. Прикладом такої праці в Україні є створення узгоджуваних документів, тобто наказів — першого в 1999 році та більш удосконалених в 2003 та в 2007 роках, і це є свідченням послідовної політики боротьби із захворюванням. Безумовно, проведена праця принесла свої плоди. Доказом є те, що в Україні, в ряді міст, працюють астма-школи, створені кабінети небулайзерної терапії, та курація хворих на БА згідно наказу стала звичайним явищем [2, 6]. Не дивлячись на досягнуті результати, існує певна кількість не вирішених проблем, серед яких, з нашої точки зору, здається необхідним проведення роботи по впровадженню знань, що стосуються доцільності та ефективності базисної терапії. Ці освітні програми повинні проводитись як серед лікарів, так і пацієнтів. Існує певний контингент хворих, який, не дивлячись на рекомендації лікарів, продовжує лікування лише загострень захворювання і це призводить до збільшення навантаження на дільничних терапевтів, лікарів невідкладної допомоги, пульмонологів [4, 5].

Метою дослідження було порівняти кількість викликів із приводу важких загострень БА в 1995, 2000, 2005 роках. Проаналізувавши кількість викликів, визначити кількість хворих, які здійснюють повторні виклики та врахувати їх частку. На конкретному клінічному випадку показати доцільність та переваги базисної терапії.

Матеріали і методи

Проведений аналіз бази даних Вінницької міської станції швидкої допомоги, а саме викликів швидкої допомоги з приводу важких загострень БА (1995, 2000, 2005 р.р.). Дані про собівартість одного виклику представлені планово-фінансовим відділом станції. Клінічний випадок — власне спостереження за хворим із важким неконтрольованим перебігом БА. Статистична обробка даних виконана за методикою χ^2

Результати дослідження

При збільшенні загальної кількості викликів карети швидкої допомоги в 2005 р. у порівнянні з 1995, спостерігається достовірно зменшення частки викликів з приводу загострень бронхіальної астми ($p < 0,005$) (табл. 1).

Можливо, це пов'язано із введенням у дію вперше в 1999 р. наказу МОЗ України № 311, де для лікарів були викладені основні принципи діагностики та лікування бронхіальної астми. Цей наказ був переглянутий та затверджений, як № 499 у 2003 р.

Зменшення частки викликів швидкої допомоги спостерігається і при збільшенні загальної кількості населення в 2005 р. в порівнянні з 1995 р. ($p < 0,005$) (табл. 2).

Пояснити тенденцію до зменшення кількості викликів відносно загальної кількості населення можна, з однієї сторони, дотриманням хворими рекомендацій щодо планового лікування бронхіальної астми, з іншого боку — природним біологічним відбором, що пов'язаний зі смертю хворих на бронхіальну астму.

Відомо, що як амбулаторне, так і стаціонарне лікування є матеріальним тягарем безпосередньо для пацієнта. У випадку, коли хворий не в змозі отримувати належне базисне лікування, він частіше користується послугами швидкої допомоги, яка безкоштовно надає ургентну допомогу. Таким чином, велика частка викликів із приводу загострень БА формується за рахунок повторних викликів до одного пацієнта (табл. 3).

Як ми бачимо, абсолютна кількість осіб, що більше 2-х разів на рік викликали швидку допомогу, зменшилась з 220 в 1995 році до 143 в 2005 році ($p < 0,05$) (табл. 4). Відповідно, в 1995 році вони зробили 72,5 % всіх викликів, в 2000 р. — 92 %, а в 2005 році — 85,2 %. Тобто, не зважаючи на зменшення частки повторних викликів в 2005 р. на 6,8 %, спостерігається загальне збільшення частки повторних викликів за останнє десятиріччя. Аналіз показав, що кількість хворих, які виконували виклики не частіше 1 разу в місяць, достовірно зменшилась ($p < 0,01$), тоді як спостерігається не достовірне зменшення кількості хворих, які викликали швидку допомогу не частіше 1 разу на тиждень ($p > 0,05$).

Популяційні когортні дослідження дають змогу встановити певні закономірності та тенденції перебігу будь-якого захворювання, в т.ч. БА, але в них, як правило, нівелюються певні деталі та нюанси, які інколи є більш демонстративними та показними ніж закономірності, що отримані на масштабних дослідженнях. Нижче наведена демонстрація клінічного випадку хворого Ч., який, з нашої точки зору, показує клінічні і економічні переваги базисної терапії [1].

Хворий Ч., 1953 року народження, хворіє на бронхіальну астму на протязі 15 років, дебют захворювання співпадає з часом ліквідації аварії на ЧАЕС. З цього часу з'явилися напади ядухи, задишка, кашель. Спадковість не обтяжена. Відмічає алергічну чутливість у вигляді нападу ядухи на пилок рослин, парфуми, фарби.

При об'єктивному обстеженні стан хворого середнього ступеня тяжкості, свідомість ясна. Грудна клітка має джіжкоподібну форму, додаткові дихальні м'язи беруть участь в акті дихання. Частота дихання 25 за хвилину. Під час порівняльної перкусії над верхніми відділами визначається перкуторний звук із коробочним відтінком, над нижніми відділами — притуплення перкуторного звуку. Аускультативно над всією поверхнею легень жорстке везикулярне дихання з подовженим видихом, велика кількість сухих свистячих хрипів у міжлопатковій ділянці та по передній поверхні грудної клітки.

При дослідженні серцево-судинної системи було виявлено такі патологічні зміни: приглушення I тону над верхівкою, акцент II тону над легеним стовбуром. Також виявлено виступання нижнього краю печінки на 3 см. Нижче наведені дані інструментальних та лабораторних досліджень.

Загальний аналіз крові: Нв — 124 г/л, лейкоцити — $6,8 \cdot 10^9$ г/л, с. — 65 %, е. — 2 %, м. — 5 %, л. — 18 %, ШОЕ — 3 мм/год. Цукор крові — 4,6 ммоль/л.

Загальний аналіз харкотиння: характер слизово-гнійний, в'язкий, епітелій 6–8 в п/з, альвеолярні клітини 4–5 в п/з, лейкоцити — 30 в п/з, МБТ не виявлено.

ЕКГ: синусовий регулярний ритм, ЧСС — 65 на хвилину, нормальне положення вісі. Дифузні зміни міокарду.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз частоти викликів швидкої допомоги з приводу важких загострень БА відносно загальної кількості викликів

Рік	1995	2000	2005
Загальна кількість викликів	102929	122799	122540
Кількість викликів з приводу бронхіальної астми	3873	4034	3190
Кількість викликів з приводу БА/загальна кількість викликів	3,7 %	3,2 %	2,6 %

Таблиця 2

Динаміка кількості викликів швидкої допомоги відносно загальної кількості населення

Показник	Рік		
	1995	2000	2005
Загальна кількість викликів	302900	300870	358403
Кількість викликів з приводу бронхіальної астми	3 873	4 034	3190
Кількість викликів з приводу БА/загальна кількість викликів	1,2 %	1,3 %	0,89 %

Таблиця 3

Динаміка повторних викликів швидкої допомоги

Загальна кількість викликів	1995 (n=3873)	2000 (n=4034)	2005 (n=3190)
Кількість хворих, що зробили більше 2 викликів на рік	220	195	143
Загальна кількість повторних викликів	2806	3715	2718
Частка повторних викликів, (%)	72,5	92	85,2

РГ легеневої артерії: I ступінь легеневої гіпертензії (45,2 мм. рт. ст)

Фібробронхоскопія: трахея вільна, хрящовий та слизовий малюнок нормальний. Каріна гостра, рухома. Оглянуті бронхи до субсегментарних, всі бронхи, що можна бачити, прохідні. В просвіті — помірна кількість секрету. Деформація дольових бронхів. Слизова оболонка праворуч дифузно гіперемована.

Спірографія: порушення ФЗД за змішаним типом III ст. тяжкості.

Діагноз: Бронхіальна астма, важкий персистуючий перебіг, загострення середнього ступеню тяжкості; ЛН II ст.

Для лікування використовував беклазон, який економив, еуфілін, ренальган, дексаметазон, беродуал. Хаотичне, хибне приймання значної кількості лікарських засобів призводило до постійних звертань до терапевта, пульмонолога, частих викликів швидкої допомоги та потреби у стаціонарному лікуванні 4–5 разів на рік.

Внаслідок такого обсягу лікування, за даними міської станції швидкої допомоги, хворий в 2003 році викликав швидку допомогу 52 рази на рік, в 2005 році — 64 рази. У зв'язку із некоректним лікуванням та прогресуванням захворювання у вересні 2006 р. хворого черговий раз було госпіталізовано в пульмонологічне відділення. За попередні 9 місяців 2006 р. ним було зроблено 76 викликів. Під час обстеження хворого були встановлені всі вищенаведені дані обстеження пацієнта. Після 10-ти денного лікування хворому були дані рекомендації щодо планової терапії у вигляді сальметеролу/флутиказону 25/250 по 2 вдихи 2 рази на день та салбутамолу для лікування загострень, але не більше 4 разів на добу та розпочато спостереження за ним, яке тривало на протязі 5-ти місяців.

На протязі першого місяця спостереження велось щоденне. На початку і наприкінці місяця проведено дослідження функції зовнішнього дихання, під час якого ми спостерігали покращання показника ОФВ₁ на 71,3 % відносно вихідного рівня.

Далі нами відслідковувались дані бази міської станції швидкої допомоги, щодо кількості викликів, зроблених саме цим пацієнтом. За результатами наших спостережень після початку базисної терапії, зі слів хворого, зменшилась інтенсивність нападів ядухи, тобто хворий відчув, що напад в нього протікає значно "легше", ніж раніше. На 10-й день прийому лікування зменшилась задишка, яку хворий почав відчувати лише при значному фізичному навантаженні, та напади ядухи почали виникати рідше, тобто із частотою 2–3 рази на тиждень (раніше в середньому 4–5 разів на тиждень). Хворий відмітив також, що ці напади знімаються легко вентоліном і потребували виклику швидкої допомоги для 1 із 3 нападів, що виникав на тиждень. За місяць до стаціонарного лікування кількість викликів за даними звітів станції швидкої допомоги, складала 17 (!), тобто хворий викликав швидку допомогу 1 раз в 2–3 дні. За перший

Таблиця 4

Динаміка кількості хворих, що робили повторні виклики швидкої допомоги

Частота викликів	1995 р. (n=220)		2000 р. (n=195)		2005 р. (n=143)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не частіше 1 разу в місяць	164	74,5	128	65,6	103	72,0
Не частіше 1 разу в тиждень	47	21,4	52	26,7	24	16,8
Більше 1 разу в тиждень	9	4,0	15	7,7	16	11,2

Таблиця 5

Розрахунок базисної терапії БА

Схема лікування	Препарати	Середня добова доза, мкг	Кількість доз препарату за місяць	Витрати на препарат протягом місяця, грн.
Схема 1	Флутиказон (125 мкг)	500–1000	120–240	140–280
	Сальметерол (25 мкг)	100	120	240
	Сальбутамол (100 мкг)	800	240	15,6
	Загальна вартість курсу лікування протягом місяця			395,6–535,6
Схема 2	Сальметерол/флутиказон (25/250)	50/500–100/1000	120–240	420–840
	Сальбутамол (100 мкг)	800	240	15,6
	Загальна вартість курсу лікування протягом місяця			435,6–855,6

місяць після початку базисної терапії, кількість викликів зменшилась у 3,4 рази і склала 5 разів на місяць. Під час подальшого спостереження на протязі 4 місяців середня кількість викликів на місяць складала 4. Це є свідченням покращання самопочуття пацієнта та простим прикладом економії витрат держави на такого хворого. Для підтвердження останнього, наводимо дані витрат, що пов'язані з викликами швидкої допомоги (табл. 5).

За даними міської станції швидкої допомоги в 2005 році 1 виклик бригади швидкої допомоги коштував для держави 50 грн. В 2006 році, в зв'язку з економічною нестабільністю та зростанням цін, вартість 1 виклику склала 75 грн. В 2005 р. на хворого Ч., державою було витрачено 4800 грн. Аналізуючи вересень 2006 року, коли бригада виїжджала до пацієнта К. 17 разів, державі це коштувало 1275 грн. (!) — це всього лише за 1 неповний місяць. В той час як вартість лікування протягом місяця такого хворого коштує в середньому від 400 до 800 грн.

Вищеприведені матеріали констатують зміни, що відбуваються в перебігу бронхіальної астми, зокрема важких її загострень, показують існування певного контингенту хворих на БА, на яких не розповсюджується загальноприйнята ідеологія базисного лікування БА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Победьонна Г. П. Медико-економічні аспекти лікування бронхіальної астми // Укр. пульмонолог. журнал — 2006. — № 1(51). — С. 44–49.
2. Фещенко Ю. І. Сучасний підхід до фармакотерапії бронхіальної астми // Мистецтво лікування. — 2003. — № 4. — С. 6–12.
3. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма. Т.1. — Москва: "Агар", 1997. — С. 400–424.
4. Чучалин А. Г. Тяжелые формы бронхиальной астмы. // Терапевт. архив — 2001. — № 3. — С. 5–9.
5. Шапорова Н. Л., Петрова М. А., Трофимов В. И. Бронхиальная астма тяжелого течения: особенности патогенеза и лечения // Пульмонология — 2003. — № 5. — С. 108–111.
6. Яшина Л. А. Астма-контроль — пути достижения // Укр. пульмонолог. журнал. — 2003. — № 1. — С. 11–16.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИКЛИКІВ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ З ПРИВОДУ ВАЖКИХ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

М. В. Овчарук

Резюме

В статті наведений аналіз викликів швидкої допомоги за 1995, 2000 та 2005 р.р. з приводу важких загострень бронхіальної астми в м. Вінниця. Спостерігається достовірне зменшення частки викликів із приводу загострень бронхіальної астми: в 1995 р. — 3,7 %, в 2005 р. — 2,6 % відносно загальної кількості викликів карети швидкої допомоги ($p < 0,005$). Виявлено, що абсолютна кількість осіб, які більше 2-х разів на рік викликали швидку допомогу, зменшилась з 220 в 1995 році до 143 в 2005 році ($p < 0,005$). Відповідно в 1995 році вони зробили 72,5 % всіх викликів, в 2000 р. — 92 %, а в 2005 році — 85,2 %. Тобто, не зважаючи на зменшення частки повторних викликів в 2005 р. на 4,8 %, спостерігається загальне збільшення частки повторних викликів за останнє десятиріччя. Контингент хворих, що виконують повторні виклики швидкої допомоги, спричиняє значні витрати державних коштів, які повинні бути направлені на базисне лікування.

COMPARATIVE ANALYSES FOR EMERGENCY REFERRALS, CAUSED BY SEVERE ASTHMA EXACERBATIONS

М. В. Ovcharuk

Summary

The analysis of emergency calls of ambulance in 1995, 2000 and 2005 caused by severe asthma exacerbation in Vinnitsa has been presented. The decrease of the number of calls caused by severe asthma exacerbation was observed: 3,7 % in 1995 and 2,6 % in 2005 of all ambulance calls ($p < 0,005$). The analyzed of all calls demonstrated that the quantity of subjects, calling an ambulance 2 or more times a year had decreased from 220 in 1995 to 143 in 2005 ($p < 0,005$). Correspondingly, in 1995 they made 72,5 % of all calls; in 2000 — 92 % and in 2005 — 85,2 %. Regardless of less repeated calls in 2005 (4,8 %), an average growth of the repeated calls share during the last 10 years period was noted. The patients, who made repeated calls caused significant financial burden. This costs, spent for emergency care, should be transferred to the basis treatment.