

Л. В. Юдина
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика

Бронхообструктивный синдром (БОС) — состояние, проявляющееся ограничением потока воздуха при дыхании и ощущаемое больным как одышка. Возникновение БОС, особенно при условии его несвоевременной или неадекватной терапии, *негативно влияет на клиническое течение и прогноз заболеваний*, которые привели к его развитию.

БОС сопровождает многие заболевания респираторной системы. Есть обязательная обструкция, которая наблюдается при бронхиальной астме и ХОЗЛ. Имеет значение и факультативная обструкция, которая наблюдается при ОРЗ, остром бронхите, пневмонии, туберкулезе, саркоидозе, фиброзирующих альвеолитах и др.

Для устранения БОС используется бронхолитическая терапия, которая помогает в течение короткого времени помочь пациенту. Доказано, что всасывание лекарственных веществ через слизистую оболочку респираторного тракта происходит в 20 раз быстрее в сравнении с таковым на фоне пероральной терапии. Следует отметить, что на успех ингаляционного лечения влияет не только выбор препарата, но и характеристики устройств, использующихся для фокусной доставки. В настоящее время с этой целью применяются дозированные аэрозольные ингаляторы, их комбинация со спейсером, порошковые ингаляторы и небулайзеры. Достоинствами небулайзерной терапии являются:

- возможность применения лекарственных веществ в неизмененном виде, которые действуют при заболеваниях дыхательных путей и легких более эффективно (минуя печень);
- равномерное распределение лекарственных средств по поверхности дыхательных путей;
- проникновение лекарственных средств во все отделы верхних и нижних дыхательных путей (полость носа, глотки, гортани, бронхов и др.);
- возможность доставки большой дозы препарата и быстрого получения эффекта;
- широкий маневр дозами и ритмом введения лекарственных препаратов;
- непрерывная подача лекарственного вещества с помощью компрессора;
- отсутствие фреона, который может усилить бронхиальную реактивность;
- отсутствие необходимости выполнения форсированных маневров и четкой координации вдоха с высвобождением препарата;
- быстрое поступление лекарственного вещества в бронхиальное дерево;
- непрерывная подача мелкодисперсного лекарственного аэрозоля;

- быстрое и значительное улучшение состояния вследствие эффективного поступления в бронхи лекарственного вещества;
- ингалируемое вещество практически не всасывается в кровь и не оказывает побочных действий на другие органы и системы, как это бывает при приеме таблеток или инъекций;
- техническая простота ингаляции;
- возможность использования у детей, пожилых и ослабленных больных;
- портативность устройства.

С помощью небулайзера могут вводиться β_2 -агонисты (сальбутамол), ингаляционные кортикостероиды — ИГК (в частности, флутиказон, будесонид), муколитики (ацетилцистеин, амброксол, натрия гидрокарбонат), антисептики (декаметоксин), антибактериальные препараты — АБП (тобрамицин, пентамидин и др.), противотуберкулезные средства (изониазид, рифампицин и пр.), иммуномодуляторы, противовирусные препараты.

На сегодняшний день преимущества небулайзерной терапии достаточно хорошо изучены. Метод завоевывает все большее количество поклонников, как среди врачей, так и среди пациентов, так как позволяет использовать его в домашних условиях, амбулаторно в поликлинике, в карете «Скорой помощи», в приемном покое, в стационаре и реанимации. Однако все ли знают, насколько быстро можно помочь пациенту? Традиционным считается, что самую быструю помощь могут оказать внутривенные инъекции бронхолитиков (как правило, эуфиллина) и системных гормонов (преднизолона, дексаметазона). Столь распространенные схемы лечения так узнаваемы, что пациенты ожидают именно этих назначений при необходимости оказания неотложной помощи. А как же небулайзерная терапия? Можно ли с ее помощью добиться быстрых результатов? Следует показать это на клиническом примере.

Больная С. 36 лет обратилась с жалобами на приступы удушья, в основном, по ночам, сухой надсадный кашель, свистящее дыхание. Болеет с детства ХБ. В семье никто из родственников БА не болел. В юности и зрелом возрасте несколько раз в году, особенно в холодный период повышалась температура тела, появлялся насморк, кашель сухой или с мокротой, «свист» в груди. При обращении в районную больницу каждый раз выставлялся диагноз: «Хронический бронхит». Лечение не отличалось разнообразием: антибиотики — олеандомицин, ампиокс, гентамицин, ровамицин, а также лазолван, амброксол, стоптусин, кодтерпин, всевозможные сиропы и травяные сборы от кашля (правильность назначений не будем комментировать). Со слов пациентки, в 2010 году в начале весны перенесла две пневмонии. В качестве лечения оба раза назначались курсы цефтри-

аксона (опять не будем комментировать!). Кашель сохранялся, особенно по ночам (когда уже научимся обращать внимание на сухой надсадный кашель по ночам?). Обострения «бронхита» продолжались, как минимум 2–3 раза в году (это ничего, что так часто?).

В начале ноября 2013 года повысилась температура тела до 38,5°C, в ночь с 13 на 14 ноября появился сильный сухой кашель, «свист» в груди, затрудненное дыхание (в основном, на выдохе), не могла лежать, находилась в горизонтальном положении. С данными жалобами обратилась к пульмонологу. Неужели и сейчас это состояние будет расценено как обострение хронического бронхита?

Хотелось бы сделать маленькую ремарку. Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных болезней человека. По данным многочисленных исследований, реальная распространенность БА в мире составляет около 5 % среди взрослых и 10 % у детей. На сегодняшний день в мире этой болезнью страдает около 300 млн. человек. Официальная статистика в Украине говорит о том, распространенность БА в Украине составляет 0,5 %, то есть, по сути, отражает приблизительно каждого 20-го больного БА. Но сегодня речь пойдет не о недостатках в диагностике и терапии БА.

При подобной клинической картине у нашей пациентки, естественно, надо исключить наличие БА, ибо «все, что сопровождается сухими свистящими хрипами, следует расценивать как БА, пока не будет доказано обратное».

Помимо общеклинического и рентгенологического исследования у пациентки определена функция внешнего дыхания (ФВД) и проведен бронхолитический тест, т.е. оценка ответа бронхов на вдыхание бронхолитика короткого действия (нами использован сальбутамол 400 мкг) (рис.1).

Комментарии к спирометрическому исследованию.

Объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) составил 32,4 %, после приема сальбутамола — 43,1 %. т.е. прирост — 33 %.

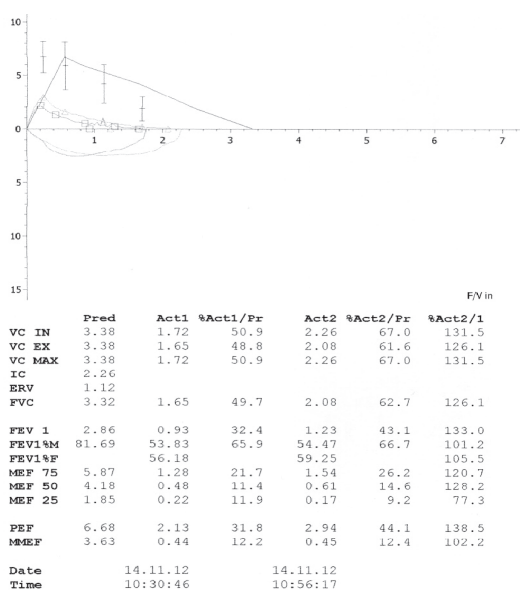


Рис. 1. Тест с сальбутамолом, 14.11.2013 г.

Учитывая анамнез заболевания, прирост показателя ОФВ₁ ≥ 15 % можно расценить как указывающий на наличие БА.

Согласно классификации GINA, такой показатель (43,1% после приема бронхолитика) свидетельствует о крайней тяжелой степени тяжести БА.

Низкие показатели проходимости мелких бронхов (МОС25 — 11,9 %) и отсутствие их реакции на введение бронхолитика короткого действия свидетельствуют о затянувшейся обструкции бронхиального дерева, т.е. о предстатусном состоянии.

Установлен диагноз: Бронхиальная астма персистирующая, тяжелое течение, неконтролируемая.

Больной предложена следующая терапия. Через небулайзер: сальбутамол (Небутамол) 2,0 мг 2 раза в день 7 дней; флютиказона пропионат (Небуфлюзон) 2,0 мг 2 раза в день 7 дней. Больная ответила на терапию улучшением состояния.

Основной показатель проходимости дыхательных путей — ОФВ₁ прогрессивно увеличивался в течение недели: до лечения он составлял 32,4 %; на второй день лечения — 62 %, на 3-й — 78,9 %, на 6-й — 80,4 %, через неделю — 89,9 %! Об этом наглядно показывает спирометрическая кривая до лечения (рис.1) и после проведения небулайзерной терапии (рис.2).

Таким образом, всего за неделю лечения через небулайзер Небутамолом по 2,0 мл и Небуфлюзоном по 2,0 мг 2 раза в день (в/в вливания не применялись) состояние пациентки нормализовалось: дыхание восстановилось, ночью стала спать спокойно, при аускультации выслушивались единичные сухие хрипы. Обострение удалось ликвидировать в амбулаторных условиях.

Поэтому целесообразно рекомендовать нашим пациентам приобретать для индивидуального пользования небулайзеры. С этой целью можно посоветовать отечественные аппараты Юлайзеры, тем более что в Украине запущен социальный проект «Дыхание жизни», участни-

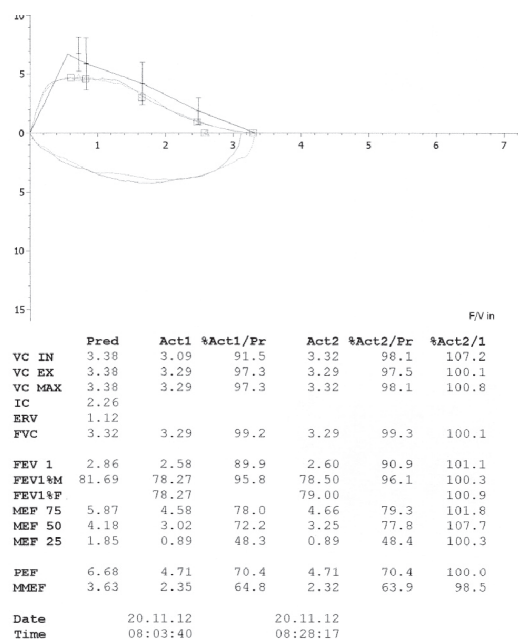


Рис. 2. Спирометрическое исследование больной С. через неделю после начала лечения (20.11.2013 г.).

ки которого могут приобрести не только небулайзер (Юлайзер), но и лекарственные средства для оказания неотложной помощи (Небутамол, Небуфлюзон), а также индивидуальный набор аксессуаров для небулайзерной терапии по значительно сниженным ценам. Для присоединения к социальному проекту «Дыхание жизни» пациенту следует проконсультироваться с врачом и после выявления у него БА и получения соответствующей рекомендации необходимо заполнить специальную анкету, отправить ее по указанному адресу, и через 10–15 дней в ответ получить специальную карточку. По этой дисконтной карточке пациент может приобрести небулайзер (Юлайзер) с 80 % скидкой. На сэкономленные деньги больной получает по 10 небул сальбутамола (Небутамола) и флютиказона (Небуфлюзона), а также набор аксессуаров «КИТ Юлайзер», в который входят: небулайзерная камера (1 штука), загубник (1 штука), воздушные фильтры (2 штуки) и воздушная трубка (1 штука). Врачу и пациенту

(при получении карточки) будет вручаться список аптек, которые могут отпускать комплекс «Юлайзер» по социальной программе «Дыхание жизни».

Таким образом, при наличии обострения БА или ХОЗЛ лечебные мероприятия целесообразно начинать с ингаляционной терапии, проводимой через небулайзер. Адекватная ингаляционная терапия позволяет быстро облегчить состояние больного, не прибегая к парентеральной терапии. Использование отечественных небулайзеров (Юлайзеров) делает эту терапию доступной широкому кругу потребителей. С этой точки зрения социальный проект «Дыхание жизни» экономически выгоден, позволяет приобрести современный небулайзер отечественного производства (Юлайзер), небулы для неотложной терапии и полный комплект индивидуальных аксессуаров, что обеспечивает удобство, безопасность терапии и снижает финансовую нагрузку на пациента.