

¹ Центр восстановительного лечения для детей с аллергическими заболеваниями (заведующая — к.м.н. Т.И. Антонова), Санкт-Петербург;
² Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (ректор — проф. В.В. Леванович)

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДОСТИЖЕНИИ КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, комплексная терапия.

В системе здравоохранения бронхиальная астма (БА) представляет собой один из наиболее затратных сегментов. Затраты на неотложную помощь при купировании обострений (включая обслуживание бригадами скорой/неотложной помощи, госпитализацию и необходимые медикаменты) являются одними из самых больших в структуре затрат на лечение больного БА [3]. Подсчитано, что расходы, связанные с вызовом скорой/неотложной помощи, госпитализацией пациента и препаратами, необходимыми в период обострения, превышают стоимость систематического лечения базисными препаратами в течение года [4, 6, 7]. Очевидна необходимость поиска экономически эффективных путей как профилактики обострений БА любых степеней тяжести, так и предотвращения развития тяжелой формы заболевания. Поиск путей в области профилактики обострений БА является наиболее перспективным с экономической точки зрения.

Однако стоимость лечения больного БА это не только затраты на медикаменты, расходы, связанные с вызовами бригад скорой помощи и/или стационарным обслуживанием пациента при тяжелом обострении. Эти затраты, уже обсуждавшиеся выше, называют прямыми; для полной оценки совокупного урона, который наносит обществу хроническое заболевание, вводится понятие непрямых расходов. К непрямым затратам относятся расходы, связанные с пропуском школы пациентом, работы одним из родителей, выплаты по листкам временной нетрудоспособности, транспортные расходы и т. п. При БА эта форма экономических потерь может составлять до 30 % всех общественных затрат.

Именно поэтому ВОЗ через свой программный документ призывает правительства разных стран «направить свои усилия:

- на поддержку амбулаторного лечения БА;
- субсидирование или поддержку применения профилактических препаратов;
- поддержку наблюдения за ключевыми процессами и исходами БА;
- придание лечению БА приоритетного статуса для здравоохранения» [5].

Хотя медикаментозное лечение позволяет высокоэффективно контролировать симптомы БА, необходимо уделять внимание мероприятиям, направленным на предотвращение этого хронического заболевания, предупреждение обострений, неотложных состояний, уменьшение частоты и выраженности симптомов БА и увеличение периодов ремиссии. Профилактика должна быть также направлена на снижение воздействия факторов риска и уменьшение потребности в медикаментозной терапии.

До сих пор использование немедикаментозных методов лечения, а также их сочетание с медикаментозной терапией не было подтверждено контролируемыми клиническими исследованиями. Возможность применения немедикаментозных методов требует научного изучения с целью оценки эффективности в отношении целого ряда показателей и связи с принятыми в настоящее время подходами к лечению.

Цель исследования: оценить эффективность комплексной терапии при создании стационарзамещающих технологий для лечения детей с БА.

Задачи исследования: анализ частоты вызовов скорой медицинской помощи и потребности в экстренных госпитализациях в связи с приступом БА у детей, получающих различные варианты лечения: а) комплексную терапию; б) только медикаментозную базисную терапию; в) получающих лечение только в периоде обострения БА. Вызовы скорой медицинской помощи анализировались за период 2003-2005 гг., экстренные госпитализации детей с БА — за период 1994-2005 гг.

Материалы и методы

Работа проводилась на базе Центра восстановительного лечения для детей с аллергическими заболеваниями (АЗ) Московского административного района Санкт-Петербурга (далее — Центр). Проанализированы архивные данные отделения детской скорой медицинской помощи Московского района (по журналам регистрации вызовов, корешкам сигнальных талонов). Критерий отбора: основной диагноз — приступ или период обострения БА. Анализировали также отчеты детских поликлиник, амбулаторные карты и карты пациентов, наблюдающихся в Центре.

Центр входит в структуру аллергологической службы Санкт-Петербурга. На диспансерном учете в Центре находятся дети Московского административного района от

0 до 18 лет с БА, АЗ верхних дыхательных путей, аллергическим ринитом, поллинозом, atopическим дерматитом, крапивницей и ангионевротическим отеком. На диспансерном учете в Центре состоят дети с БА от 1 до 18 лет. В 2003 г.— 938 детей, в 2004 г.— 885, в 2005 г.— 967. Распределение детей с БА по тяжести течения заболевания следующее: 85 % — легкое течение, 13 % — БА средней степени тяжести, 2 % — тяжелое течение БА. Число детей с зарегистрированной инвалидностью (дети с тяжелым течением БА) уменьшилось в 2005 г. до 12 по сравнению с 1995 г., когда таких пациентов было 40.

В Центре прием ведут врачи аллергологи, пульмонолог, врач функциональной диагностики, рефлексотерапевт, врач лечебной физкультуры, психологи.

Проводится стандартное *аллергологическое обследование* (сбор аллергологического анамнеза, исследование общего IgE в сыворотке крови и специфических IgE к бытовым, эпидермальным, пыльцевым, пищевым аллергенами; постановка кожных скарификационных проб с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми аллергенами; эндоназальные проверочные тесты с аллергенами, исследование клеточного состава отделяемой слизистой носа — риноцитограмма); *функциональная диагностика* (исследование функции внешнего дыхания (ФВД): пикфлоуметрия, спирография с обязательной пробой на обратимость бронхиальной обструкции; ингаляционные проверочные тесты с гистамином для выявления неспецифической гиперреактивности бронхов; проба с физической нагрузкой).

Дети с БА получают в Центре *комплексное лечение*:

- в зависимости от степени тяжести заболевания назначается базисная медикаментозная противовоспалительная терапия;
- проводится специфическая иммунотерапия с бытовыми, пыльцевыми аллергенами;
- немедикаментозная терапия: рефлексотерапия (иглорефлексотерапия и лазеропунктура), массаж, галотерапия, гипоксигенотерапия, лечебная физкультура, лечебное плавание, психотерапия (расшифровка методик каждого из методов представлена ниже).

Пациентам оказывается также неотложная помощь в периоде обострения БА: Центр оснащен небулайзерами и препаратами для проведения экстренной терапии. Отдельно выделен кабинет для пролонгированного наблюдения за пациентом, посетившим центр в приступе БА («стационарзамещающие технологии»).

Дети с БА проводят измерение ПСВ в домашних условиях с помощью пикфлоуметра с определением процентного соотношения с должным значением или с лучшим ранее достигнутым результатом [1]. Пациенты ведут дневники наблюдения (самоконтроля), фиксируя в них симптомы БА и сопутствующих АЗ, объем терапии, потребность в бронхорасширяющей терапии.

Больные БА средней степени тяжести и тяжелой, в периоде ремиссии заболевания планово посещают врача не реже 1 раза в месяц, пациенты с легкой БА — 1 раз в 3 месяца. Во время регулярных консультаций проверяются навыки пациентов по использованию устройств для ингаляции, соблюдение плана медицинского лечения и рекомендаций по контролю за факторами окружающей среды. При посещениях врача анализируются дневники самоконтроля пациентов, проводится исследование ADL (спирография) и проба с бронхолитиком.

Врачи Центра 2 раза в год в течение 1 месяца проводят школу для пациентов и их родителей по вопросам аллергии и БА. Цель обучения — обеспечить пациента и членов его семьи необходимой информацией и научить пациента, как сохранить удовлетворительное самочувствие, нормальную социальную активность и как придерживаться плана лечения, разработанного врачом. На занятиях пациенты полу-

чают от врача информацию о заболевании; различии между базисными противовоспалительными препаратами и средствами для купирования приступов; использованием ингаляционных устройств; профилактике; признаках, предполагающих ухудшение БА, и действиях, которые необходимо предпринять («кризис-план»); способах мониторинга БА; комплексному подходу к терапии.

С целью обучения медицинских работников врачи Центра проводят лекции в детских поликлиниках района. В районе организован специализированный аллергологический детский сад, курируемый врачами Центра.

Ниже приведен комплекс немедикаментозных методов терапии детей больных БА, используемый в Центре.

Рефлексотерапия. А) *Иглорефлексотерапия.* Используются стальные и серебряные иглы отечественного производства № 1-8. Количество игл на процедуру — 4-5, длительность процедуры в зависимости от возраста — 10-30 минут. Б) *Лазеропунктура.* Применяется полупроводниковый SOFT-лазер (Россия). Суммарная длительность излучения — до 3 минут. При проведении рефлексотерапии применяются стандартные процедуры в зависимости от периода заболевания и выявленной сенсibilизации.

Галотерапия. Используются галопалатки фирмы «Аэромед» (Россия), при режиме дозирования — 3 (концентрация сухого аэрозоля натрия хлорида в палатке составляет 3-5 мг/м³, длительность процедуры 20-30 минут). Количество процедур — 10.

Массаж. Применяется классический массаж грудной клетки, массаж воротниковой зоны в ремиссии БА. В периоде обострения заболевания — дренажный и баночный массаж.

Лечебная физкультура, лечебное плавание с элементами дыхательной, звуковой и носовой гимнастики с акцентом на удлинение выдоха, постановка диафрагмального дыхания.

Гипоксигенотерапия. Метод прерывистой нормобарической оксигенации. Используется гипоксикатор «Био-Нова 204» (Россия). Подается азотно-кислородная газовая смесь с уменьшенным, по сравнению с атмосферным воздухом, содержанием кислорода (10 % и 12%). Используется 4 программы подачи смеси. При выборе программы учитывается состояние пациента. После каждой процедуры проводится измерение ПСВ, артериального давления, частоты дыхания и сердечных сокращений. Общее количество сеансов — 10.

Психокоррекция. Проводятся консультации и занятия детей и их родителей с психологом.

Для анализа эффективности тех или иных терапевтических подходов дети Московского района, больные БА, были разделены на 4 группы:

1-я группа. Дети, регулярно посещающие Центр и получающие комплексную медикаментозную (базисную терапию в зависимости от степени тяжести БА) [2] и немедикаментозную терапию (2003 г. — 360, 2004 г. — 375, 2005 г. — 400 детей);

2-я группа. Дети, наблюдающиеся в Центре и получающие только медикаментозную терапию БА (2003 г. — 200, 2004 г. — 190, 2005 г. — 177 детей);

3-я группа. Дети, состоящие на учете в Центре, но обращающиеся только в периоде обострения и получающие терапию приступа (2003 г. — 305, 2004 г. — 298, 2005 г. — 280 детей).

4-я группа. Дети, находящиеся на учете в других лечебных учреждениях (2003 г. — 200, 2004 г. — 180, 2005 г. — 160 детей).

В 4 сравнимых группах определяли: количество вызовов скорой помощи, объем проведенной терапии приступа и потребность в госпитализации.

Статистическую обработку полученных результатов проводили используя программу Statistica 5.5.

Вызовы скорой помощи к детям с БА в Московском административном районе Санкт-Петербурга в 2003-2005 гг. распределились следующим образом: 2003 — 177, 2004 — 210, в 2005 году количество вызовов уменьшилось в 2 раза по сравнению с предыдущими годами и составило 92.

Распределение вызовов скорой помощи в связи с приступом или обострением БА в группах, а также количество повторных вызовов отражено в таблицах 1-3.

Из представленных таблиц видно, что наименьшее количество вызовов скорой помощи, а также повторных вызовов отмечается в группе пациентов, постоянно наблюдающихся в Центре и получающих комплексную медикаментозную и немедикаментозную терапию. Самая высокая частота вызовов к детям, не наблюдающимся в Центре.

Частота вызовов, потребовавших госпитализации пациентов, отражена в таблице 4.

Таблица 1

Распределение вызовов скорой помощи в группах, n (удельный вес в группе, %)

Вызовы скорой помощи	2003	2004	2005
1-я группа	0 (0,0)	8(1,9)	2 (0,7)
2-я группа	16(6,9)	12(5,1)	9 (6,3)
3-я группа	83(25,8)	67(18,0)	32(11,8)
4-я группа	78 (39,0)	123(68,3)	49 (30,6)
Всего	177	210	92

Таблица 2

Количество повторных вызовов в связи с приступом или обострением БА в группах, n (%)

Повторные вызовы	2003	2004	2005
1-я группа	3 (0,0)	0 (0,5)	0 (0,8)
2-я группа	4 (3,2)	5 (1,5)	3 (1,0)
3-я группа	36 (12,0)	41 (8,6)	10 (3,0)
4-я группа	48 (24,0)	29 (16,1)	11 (6,9)
Всего	91	75	24

Таблица 3

Количество пациентов, повторно вызывающих скорую медицинскую помощь в связи с приступом или обострением БА, в группах, n (%)

Повторно вызывающие скорую помощь	2003	2004	2005
1-я группа	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)
2-я группа	4 (2,0)	4(2,1)	2(1,1)
3-я группа	11 (3,6)	16(5,4)	5(1,8)
4-я группа	21 (10,5)	30(16,7)	8 (5,0)
Всего	36	51	15

Госпитализация детей с обострением БА в группах, n (%)

Госпитализация	2003	2004	2005
1-я группа	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)
2-я группа	4(1,8)	2 (0,5)	2 (0,5)
3-я группа	11 (3,3)	9(1,9)	8 (2,3)
4-я группа	15(7,5)	12(6,7)	9 (5,6)
Всего	30	24	19

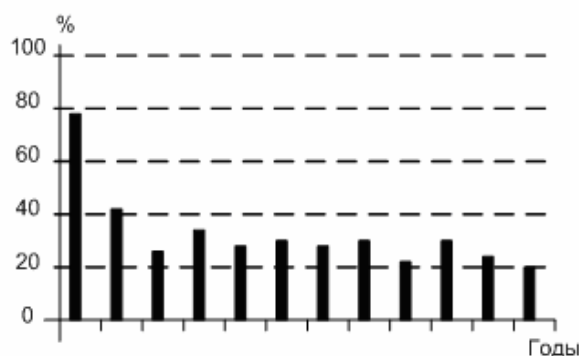


Рисунок. Экстренные госпитализации детей с БА за период 1994-2005 гг.

Из данных таблицы 4 следует, что состояние пациентов, постоянно наблюдающихся в Центре и получающих комплексную медикаментозную и немедикаментозную терапию в 2003 и 2005 гг., не потребовало госпитализации. В 2004 г. всего 1 ребенок данной группы был госпитализирован. Наибольшая частота госпитализаций у пациентов, не состоящих на учете в Центре.

На рисунке представлена динамика экстренных госпитализаций детей с БА за период 1994 г. (год до образования Центра) — 2005 г.

В 1995 г. (после образования Центра) количество госпитализаций уменьшилось в 1,6 раза. Далее наблюдалась динамика снижения госпитализаций, которая сохраняется и в последние годы.

Заключение

Благодаря работе в районе Центра восстановительного лечения для детей с АЗ и применению в нем современных лечебно-диагностических методов уменьшилось количество вызовов скорой помощи к детям с БА, наблюдающимся в Центре и получающим комплексное лечение; сократилось число экстренных госпитализаций детей с приступом БА, что привело к существенной экономии средств ОМС. Снизилось количество детей с зарегистрированной инвалидностью. В структуре БА преобладают пациенты с легким течением заболевания.

Подобных результатов удалось добиться за счет ранней диагностики заболевания, своевременно начатого адекватного комплексного лечения, применения современных технологий, обучения пациентов и медицинских работников.

Очевидна экономическая целесообразность организации подобных центров восстановительного лечения, что должно заинтересовать организаторов здравоохранения (рациональ-

ное использование ресурсов), врачей практического звена (достижение контроля над заболеванием) и пациентов (обеспечение высокого качества жизни).

ЛИТЕРАТУРА

1. Коростовцев Д.С., Макарова И.В. Мониторинг функции внешнего дыхания — оптимальный метод диагностики степени тяжести бронхиальной астмы у детей и контроля за ее лечением // Аллергология. — 1998. — № 1. — С. 22-26.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». — М., 2004. — 46 с.
3. Чучалин А.Г., Медников Б.Л., Белевский А.С. и др. Бронхиальная астма. Руководство для врачей России. (Формулярная система) // Аллергология. — 1999, приложение 1. — 40 с.
4. Feenstra T.L., Rutten-Van Molken M.P., Jager J.C., Van Essen-Zandvliet L.E. Cost effectiveness of guideline advice for children with asthma: A literature review // *Pediatr. Pulmonol.* — 2002. — Vol. 34, № 6. — P. 442-454.
5. [GINA, 2002] Global Initiative for Asthma. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. — 2002. — 176 p. [цитаты даны по российскому изданию: Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. — М.: Атмосфера, 2002, 160 с.]
6. Hoskins G., Smith B., Thomson C. et al. The cost implications of an asthma attack // *Pediatric Asthma, Allergy Immunol.* — 1998. — Vol. 12. — P. 193-198.
7. Weiss K.B., Sullivan S.D. The health economics of asthma and rhinitis. I. Assessing the economic impact // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2001. — Vol. 107, —P. 3-8.

A. V. Rostova, S.N. Nezabudkin, D.S. Korostovtsev

THE ROLE OF COMPLEX (DRUG AND NON-DRUG) THERAPY IN GAINING BRONCHIAL ASTHMA CONTROL IN CHILDREN

The aim of the study: to evaluate effectiveness of complex (medicinal and non-medicinal) therapy in bronchial asthma exacerbations prevention in children.

Materials and methods. Frequency of emergency calls (over a period of 2003-2005) and urgent hospitalizations (over a period of 1994-2005) due to bronchial asthma (BA) attacks in children was analyzed in Moscow region of St. Petersburg. The type of asthma therapy was also analyzed: a) complex therapy at allergo-centre, b) drug preventive therapy, c) drug therapy in exacerbation periods only.

Results. The less number of emergency calls, repeated calls and patients making calls were registered in the group of patients, who were supervised constantly at the allergo-centre and received complex therapy. The higher frequency of emergency calls was registered in children, who did not attend allergo-centre. The number of urgent hospitalizations was 4 times less in 2005, compared with 1994. Children supervised at allergo-centre who received complex therapy had the less hospitalization rate.

Conclusion. Supervision at specialized allergo-centre and application of complex drug and non-drug therapy lead to decrease in emergency calls and hospitalizations rate in BA children.

Key words: bronchial asthma, children, complex therapy.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© Коллектив авторов, 2006
УДК 615.356:616-056.3-053.4

*М.М. Абелевич^{1,2}, Т.С. Лазарева^{1,2}, Е.Ф. Лукушкина^{1,2},
Е.Л. Иванова³, Э.Э. Айнетдинова^{1,2}, А.С. Ермакова^{1,2},
Т.Ю. Костарева²*

¹ Нижегородская государственная медицинская академия (ректор — чл.-корр. РАМН, проф. В.В. Шкарин);

² Детская областная клиническая больница (гл. врач - О.Ю. Кадников);

³ Детская районная больница № 27 (гл. врач — Л.Г. Лазарева), Нижний Новгород

ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ПОЛИВИТАМИННОГО ПРЕПАРАТА «ВИБОВИТ-БЕБИ» ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ключевые слова: дети, Вибовит-беби, аллергические заболевания.

Key words: children, Vibovit-baby, allergic diseases.

В последние годы отмечается рост числа заболеваний, сопровождающихся полинутривной недостаточностью, что связано с ухудшением качества питания детей всех возрастных групп и особенно детей раннего возраста. Нера-

циональное питание проявляется не только несбалансированным соотношением белков, жиров, углеводов в рационе, но и дефицитом микронутриентов. Недостаточное потребление витаминов в раннем детском возрасте отрицательно сказывается на показателях физического и нервно-психического развития, уровне заболеваемости, способствует формированию хронической патологии, нарушению микробного