

гр. 080102
Смехова О.В.
@

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский
университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

“Базисная терапия бронхиальной астмы ”

Выполнила: студентка 5 курса 7 группы

педиатрического факультета

Смехова О.А.

Содержание:

1. Введение	2
2. Цель научно-исследовательской работы	3
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	4
4. Основные определения и понятия	5
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы	6
6. Роль врача в обслуживании новорожденного на участке.....	10
7. Собственное исследование.	11
8. Вывод.....	15
9. Список литературы.....	16

Ведение

Бронхиальная астма (БА) является глобальной медицинской проблемой - в мире насчитывается более 300 млн. больных. Распространенность БА в разных странах мира" колеблется от 1 до 18%. В России официально зарегистрировано около 1 млн. больных БА, в то время как по данным выборочных эпидемиологических исследований их число может приближаться к 7 млн. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении БА, по-прежнему отмечается недостаточный контроль над течением заболевания у значительной части пациентов. По данным отдельных эпидемиологических исследований полностью контролируемое течение БА наблюдается менее чем у 5% больных .

Неконтролируемая БА представляет собой значительную медико-социальную проблему прежде всего ввиду высокой смертности среди этой категории больных. Актуальными являются социально-экономические аспекты неконтролируемой астмы, обусловленные как прямыми медицинскими затратами (стоимость госпитализаций и лекарственных препаратов), так и непрямыми немедицинскими затратами (дни нетрудоспособности, преждевременная смерть) .Повышение эффективности терапии этого заболевания является одной из важнейших проблем современной медицины.

Современная концепция патогенеза БА основана на развитии аллергического воспаления в стенке бронхов. Исходя из этого основой терапии являются препараты, влияющие на воспалительный процесс, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) .При недостаточном контроле БА монотерапией ИГКС комбинация «ингаляционный глюкокортикостероид+длительно действующий [агонист>> (ДДБА) более эффективна, чем удвоение дозы ИГКС, и приводит к более значимому улучшению функции легких и лучшему контролю над симптомами астмы, снижению количества обострений, повышению качества жизни пациентов .

Цель работы: Основной целью научно-исследовательской работы является изучение данных об эффективности базисной терапии бронхиальной астмы.

Задачи исследования:

1. Изучить основные принципы базисной терапии .
2. Выделить клинико-лабораторные критерии оценки эффективности базисной терапии
3. Оценить в динамике эффективность базисной терапии на основании клинико-функциональных данных .
4. Оценить изменение уровня контроля над течением бронхиальной астмы у пациентов.
5. Оценить динамику основных спирометрических показателей на фоне применения базисной терапии.

Основные определения и понятия:

1. Бронхиальная астма (БА) – это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, переменных по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей.

2. Базисная (противовоспалительная) терапия – это терапия, под которой понимают регулярное длительное применение препаратов, купирующих аллергическое воспаление в слизистой оболочке дыхательных путей;

3. Ступенчатая терапия :

STEP UP(снизу-вверх)-это терапия подразумевающая назначение минимальных доз ИГКС для данной ступени с последующей оценкой эффективности проводимого лечения .

STEP DOWN(сверху-вниз)- это терапия подразумевающая назначение препарата для данной ступени с последующим снижением дозы до минимально поддерживающей, обеспечивающей сохранение у пациента критериев хорошо контролируемой бронхиальной астмы.

4. Комплаентности (compliance), характеризующее сам факт выполнения или невыполнения пациентом рекомендаций

Теоретическая часть :

Базисная (противовоспалительная) терапия –это терапия, под которой понимают регулярное длительное применение препаратов, купирующих аллергическое воспаление в слизистой оболочке дыхательных путей;

К средствам базисной терапии относятся:

- глюкокортикостероиды (ингаляционные и системные);
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов;
- пролонгированные β_2 -агонисты в комбинации с ингаляционными глюкокортикостероидами;
- кромоны (кромоглициевая кислота, недокромил натрия);
- пролонгированные теофиллины;
- антитела к IgE;
- аллергенспецифическая иммунотерапия.

Объем базисной терапии определяется тяжестью и уровнем контроля бронхиальной астмы, возрастом больных детей, характером сопутствующей патологии.

Ступень 2:

Предпочтительный выбор: регулярное применение низких доз ИГКС плюс КДБА по потребности

Лечение низкими дозами ИГКС редуцирует симптомы БА, повышает функцию легких, улучшает качество жизни, уменьшает риск обострений, госпитализаций и смертельных исходов из-за БА.

Антилейкотриеновые препараты или кромоны

(Дети с двух лет) – рекомендуются как предотвращающие обострение при бронхиальной астме в сочетании с аллергическим ринитом, при вирусиндуцированной бронхиальной астме, астме физического усилия. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов менее эффективны, чем ИГКС .

Ингаляционные стероиды

(Взрослые и подростки), (дети в возрасте от 5 до 12 лет); (дети до 5 лет) - ингаляционные стероиды рекомендуются как превентивные препараты для взрослых и детей для достижения целей лечения.

- Начальная доза ингаляционных стероидов выбирается согласно тяжести заболевания.
- У взрослых стартовая доза, как правило, эквивалентна дозе беклометазона дипропионата (БДП) 400 мкг в день, у детей эквивалентна БДП 200 мкг в день. У детей в возрасте до пяти лет могут быть необходимы более высокие дозы, если есть проблемы с доставкой лекарственных средств.
- По достижении и поддержании контроля БА, по крайней мере на протяжении 3-х месяцев, дозы ингаляционных стероидов титруются до самой низкой дозы, при которой сохраняется эффективный контроль астмы.

Частота дозирования ингаляционных стероидов

(Взрослые и подростки); (дети в возрасте от 5 до 12 лет); (дети до 5 лет) - Ингаляционные стероиды первоначально назначаются два раза в день, за исключением некоторых современных стероидов, назначаемых однократно в день.

(Взрослые и подростки); (дети в возрасте от 5 до 12 лет) (дети в возрасте до 5 лет) – после достижения хорошего контроля ингаляционные стероиды можно применять один раз в день в той же суточной дозе.

Для детей, получающих ≥ 400 мкг в день беклометазона дипропионата (БДП) или эквивалент:

Степень 3:

Предпочтительный выбор (взрослые): комбинация низких доз ИГКС/ДДБА как поддерживающая терапия ИЛИ комбинация низких доз ИГКС/формотерол (будесонид или беклометазон) в качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов (в режиме единого ингалятора)

Предпочтительный выбор (дети старше 5 лет): низкие/средние дозы ИГКС или в комбинации с ДДБА или антагонистами лейкотриеновых рецепторов.

(Дети до 5 лет) - первым выбором в качестве дополнения к терапии ингаляционными стероидами являются антагонисты лейкотриеновых рецепторов.

В нашей стране зарегистрированы большинство комбинированных препаратов ИГКС/ДДБА: флутиказона пропионат/сальметерол; будесонид/формотерол; беклометазон/формотерол; мометазон/формотерол; флутиказона фуроат/вилантерол.

Добавление ДДБА к той же самой дозе ИГКС обеспечивает дополнительное улучшение симптомов и легочной функции с редукцией риска обострений, по сравнению с увеличением дозы ИГКС.

У пациентов групп риска ИГКС/формотерол в качестве единого ингалятора значительно редуцирует обострения и обеспечивает такой же уровень контроля БА на относительно низких дозах ИГКС, по сравнению с фиксированными дозами ИГКС/ДДБА в качестве поддерживающей терапии+КДБА по потребности или по сравнению с высокими дозами ИГКС+КДБА по потребности. Режим единого ингалятора (для поддерживающей терапии и купирования симптомов) зарегистрирован и одобрен в нашей стране у пациентов 18-ти лет и старше для двух препаратов будесонид/формотерол (фиксированная комбинация) в виде порошкового многодозового ингалятора и беклометазон/формотерол в виде дозированного аэрозольного ингалятора.

Ингаляторы, содержащие фиксированные комбинации, гарантируют применение ДДБА только вместе с ИГКС и могут улучшать комплайнс.

При уменьшении объема терапии, включающей комбинацию ИГКС/ДДБА, вероятность сохранения контроля выше при уменьшении дозы ИГКС в составе комбинации и отмене ДДБА после перехода на низкие дозы ИГКС.

Наличие у пациента с БА, получающего терапию ИГКС, ограничений по применению ДДБА (нежелательных эффектов, противопоказаний или индивидуальной непереносимости β 2-агонистов) в качестве альтернативы ДДБА может быть использован тиотропий. Кроме того, тиотропий может быть рассмотрен в качестве дополнительной терапии у пациентов с частыми обострениями.

Ступень 4:

Предпочтительный выбор (взрослые): комбинация низких доз ИГКС/формотерол (будесонид или беклометазон) в качестве поддерживающей терапии ИЛИ комбинация средних доз ИГКС/ДДБА как поддерживающая терапия плюс КДБА по потребности

У взрослых и подростков с бронхиальной астмой, имеющих ≥ 1 обострений в предшествующий год, комбинация низких доз ИГКС/формотерол в качестве

поддерживающей терапии и для купирования симптомов (в режиме единого ингалятора) является более эффективной для уменьшения обострений, чем поддерживающая терапия ИГКС/ДДБА в тех же дозах или лечение ИГКС в более высоких дозах (взрослые и подростки); [D] (дети в возрасте от 5 до 12 лет) – если контроль остается недостаточным на дозе 800 мкг БДП день (взрослые и подростки) и 400 мкг в день (дети от 5 до 12 лет) ингаляционных стероидов в комбинации с длительно действующим β 2- агонистом (ДДБА), рассматриваются следующие варианты :

- повышение дозы ингаляционных стероидов до максимальных) + ДДБА
- добавление антилейкотриеновых препаратов
- добавление теофиллина замедленного высвобождения
- больным с тяжелой аллергической БА, неконтролируемой приемом высоких доз ИГКС в комбинации с ДДБА, начиная с 6 летнего возраста, рассмотреть назначение омализумаба

Высокие дозы ингаляционных стероидов могут применяться с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов (ДАИ) со спейсером или через небулайзер.

Если дополнительное лечение неэффективно, следует прекратить прием препаратов (в случае увеличения дозы ингаляционных стероидов – уменьшить до первоначальной дозы).

Прежде чем перейти к 5 ступени, направить пациентов с неадекватно контролируемой астмой, особенно детей, в отделение специализированной помощи для обследования.

У детей всех возрастов, которые получают специализированную медицинскую помощь, можно применить более высокие дозы ингаляционных кортикостероидов (более 800 мкг/сутки), прежде чем перейти к 5 ступени (нет контролируемых исследований).

Ступень 5:

Дополнительная терапия к максимальной дозе ИГКС ≥ 1000 мкг в эквиваленте БДП: -Тиотропий - Омализумаб - Минимально возможная доза пероральных стероидов . Терапия омализумабом (анти-IgE) может быть предложена взрослым, подросткам и детям старше 6 лет с среднетяжелой и тяжелой аллергической БА, которая не контролируется лечением соответствующим ступени 4.

Собственное исследование :

Во время прохождения практики в ГУЗ “Детской поликлинике №6” проводила осмотр детей с бронхиальной астмой , а так же специальное тестирование с помощью опросников для оценки контроля астмы и для дальнейшего определения терапии бронхиальной астмы.

- с-АСТ тест у детей с 4 до 11 лет,
- АСТ-тест у детей от 12 лет и взрослых, вопросник по контролю над астмой (АСQ-5).

с-АСТ тест у детей с 4 до 11 лет:

1) Как у тебя дела с астмой сегодня?

1. Очень плохо
2. Плохо
3. Хорошо
4. Очень хорошо

2) Как сильно астма мешает тебе бегать, заниматься физкультурой или играть в спортивные игры?

1. Очень мешает, я совсем не могу делать то, что мне хочется
2. Мешает, и это меня расстраивает
3. Немножко мешает, но это ничего
4. Не мешает

3) Кашляешь ли ты из-за астмы?

1. Да, все время
2. Да, часто
3. Да, иногда
4. Нет, никогда

4) Просыпаешься ли ты по ночам из-за астмы?

1. Да, все время
2. Да, часто
3. Да, иногда
4. Нет, никогда

Роль медицинского персонала при назначении базисной терапии бронхиальной астмы:

Роль взаимодействия врача и пациента –это успешное лечение любого заболевания предполагает тесное сотрудничество врача и пациента. В случае бронхиальной астмы (БА) необходимо учитывать соблюдение больным всего комплекса терапевтических мероприятий, включающего в себя медикаментозный и противоаллергический режимы, владение пациентом техникой ингаляции, методами самоконтроля, а также доступность медицинской помощи для данного больного. Основой лечения бронхиальной астмы является базисная терапия, в подавляющем большинстве случаев заключающаяся в применении глюкокортикостероидов в виде ингаляций.

Задачей врача является :

- ▶ своевременной диагностике бронхиальной астмы
- ▶ правильно подобранной базисной терапии для конкретного пациента
- ▶ обучении пациента использованию ингаляционных препаратов, методам самоведения и самокнтроля
- ▶ минимизация рисков будущих обострений БА, фиксированной обструкции дыхательных путей и нежелательных побочных эффектов терапии
- ▶ достижение и поддержание контроля над симптомами болезни (полной ремиссии);
- ▶ предотвращение обострений бронхиальной астмы;
- ▶ поддержание показателей функции легких на уровне близком к нормальному;
- ▶ поддержание нормального уровня активности, в том числе физической;
- ▶ исключение побочных эффектов противоастматической терапии;
- ▶ предотвращение развития необратимой бронхиальной обструкции;
- ▶ предотвращение связанной с бронхиальной астмой смертности

(На следующие вопросы отвечали родители)

5) Как часто за последние 4 недели Ваш ребенок испытывал какие-либо симптомы астмы в дневное время?

1. Ни разу
2. 1-3 дня
3. 4-10 дней
4. 11-18 дней
5. 19-24 дня
6. Каждый день

6) Как часто за последние 4 недели у Вашего ребенка было свистящее дыхание из-за астмы в дневное время?

1. Ни разу
2. 1-3 дня
3. 4-10 дней
4. 11-18 дней
5. 19-24 дня
6. Каждый день

7) Как часто за последние 4 недели Ваш ребенок просыпался по ночам из-за астмы?

1. Ни разу
2. 1-3 дня
3. 4-10 дней
4. 11-18 дней
5. 19-24 дня
6. Каждый день

По стандартному вопроснику оценивается состояние пациент за последние 4 недели:

1. Частота ограничения активности
2. Частота затрудненного дыхания

3. Частота ночных симптомов
4. Частота использования средств скорой помощи
5. Самооценка контроля БА

Пяти бальная шкала оценки на каждый вопрос:

Полный контроль -	25 баллов
Хороший контроль -	24-20 баллов
Недостаточный контроль -	≤ 19 баллов
Серьезное ухудшение контроля -	≤ 14 баллов

Трактовка результатов АСТ:

- ▶ Сумма 25 баллов означает полный контроль
- ▶ Сумма 20-24 балла означает, что астма контролируется хорошо, но не полностью.
- ▶ 19 баллов – пороговое значение, обеспечивающее оптимальное сочетание специфичности и чувствительности при скрининге контроля астмы
- ▶ Сумма 19 баллов и меньше указывает на неконтролируемую астму. Возможно, следует изменить терапию для достижения оптимального контроля
- ▶ Сумма 14 баллов и меньше свидетельствует о том, что астма у пациента серьезно вышла из-под контроля. В этом случае пациента следует направить к специалисту

В зависимости от результатов АСТ теста, пациентам назначалось дополнительное исследование в виде:

Исследование функции внешнего дыхания:

Пикфлоуметрия (определение пиковой скорости выдоха, ПСВ) - метод диагностики и контроля за течением БА у пациентов старше 5 лет. Измеряются утренние и вечерние показатели ПСВ, суточная вариабельность ПСВ. Суточную вариабельность ПСВ определяют как амплитуду ПСВ между максимальным и минимальным значениями в течение дня, выраженную в процентах от средней за день ПСВ и усредненную за 2 недели.

После проведения всех диагностических тестов, определения степени тяжести бронхиальной астмы, уровня контроля над данным заболеванием пациенту будет назначена базисная терапия.

В результате собственно исследования выявила что пациенты находящиеся на данном участке с заболеванием бронхиальной астмы, чётко следующие инструкции врача по лечению достигают контроль над данным заболеванием.

Вывод:

Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных заболеваний. Основной задачей лечения БА является достижение контроля над заболеванием, т.е. у пациента отсутствуют или минимально выражены симптомы болезни, больной не ограничен в повседневной деятельности, у него отсутствует (или минимальна) потребность в препаратах неотложной помощи, а частота обострений крайне низкая.

За время прохождения практики в ГУЗ “Детской поликлинике №6” изучила данные о базисной терапии при бронхиальной астме. Проводила осмотр детей с БА и оценила насколько важно назначить правильную базисную терапию, так как благодаря этому можно предупредить развитие заболевания и ухудшения качества жизни.

Таким образом, достижение контроля над бронхиальной астмой означает устранение проявлений заболевания с помощью адекватной и рациональной медикаментозной терапии.

Список литературы:

1. Авдеев, С. Н. Бронхиальная астма в таблицах и схемах / С. Н. Авдеев. - М.: Атмосфера, 2005. - 48 с.
2. Статья- Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с астмой : приказ Минздравсоцразвития от 25.09.2006 N 678 // Здравоохранение. - 2007. - N 3. - С. 113-117.
- 3.Статья -Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой / А. Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. - 2006. – N 6. - С. 94-102.
3. Чучалин, А. Г. Симбикорт (будесонид/ формотерол): одновременное применение в качестве базисной терапии и для купирования симптомов бронхиальной астмы / А. Г. Чучалин, А. Н. Цой, В.В. Архипов // Пульмонология. - 2007. - N 2. - С. 98-103.
4. Российское респираторное общество //Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы, 2016 г.
5. Клинические рекомендации, МОО Российское респираторное общество, ММО Педиатрическое респираторное общество, 2015 г.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 7 группы

Смехова Ольга Александровна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова