

76 000000
Гонимов О. В.



ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:
“Базисная терапия бронхиальной астмы.”

Выполнила:

Обучающийся 5 курса __6 группы

педиатрического факультета

Чунчуева Ирина Дорджиевна

Содержание:

1. Введение.....	2
2. Цель научно-исследовательской работы.....	7
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	7
4. Основные определения и понятия.....	7
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	8
6. Роль врача при бронхиальной астме.....	16
7. Собственное исследование.....	16
8. Заключение.....	20
9. Список литература.....	21

Введение.

Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание, ассоциированное с вариабельной обструкцией дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивностью, проявляется повторяющимися эпизодами свистящего дыхания, кашля, одышки и чувством сдавления в груди.

Бронхиальная астма – хроническое заболевание, которое может привести к значительным ограничениям в физическом, эмоциональном и социальном аспектах жизни больных, может мешать профессиональному росту. Эмоциональные факторы и ограничения в социальной сфере могут быть важнее не адекватно контролируемых симптомов. Неадекватная медицинская помощь может усугублять эти трудности. Многие больные бронхиальной астмой не полностью осознают влияние болезни на их социальную жизнь и заявляют, что ведут «нормальный» образ жизни. Это является следствием того, что их понятие «нормальности», возможно, основано на изменениях и ограничениях, которые они уже включили в свой образ жизни, или следствием маскировки этих ограничений, желая «жить как все». Качество жизни, или общее благополучие, является концепцией, которая может быть полезна для определения степени болезненности, вызванной бронхиальной астмой. Поэтому ВОЗ (1996) уделяет большое внимание развитию науки о качестве жизни как важному инструменту при принятии решения о методах лечения, профилактики, направлениях научных исследований и подготовки медицинского персонала. Качество жизни стало предметом научных исследований, имеющим свои методы определения и критерии оценки.

Выделяют 2 вида бронхиальной астмы – неаллергическую и аллергическую (атопическую, обострения которой провоцируются различными провоцирующими факторами (триггерами). Триггеры подразделяют на специфические и неспецифические. К специфическим факторам риска относят различные аллергены:

- перхоть и эпителий животных
- клещи домашней пыли, пыль, тараканы
- табачный дым
- пыльцы растений
- плесень

К неспецифическим факторам:

- физическая нагрузка
- холодный воздух 48
- перемена погоды
- чрезмерные эмоциональные нагрузки, стресс
- резкие запахи и раздражающие газы

Под воздействием триггеров поддерживается длительное воспаление в слизистой оболочке бронхов, что приводит к появлению характерных симптомов:

- кашель (преимущественно в ночное время и при физической нагрузке).
- одышка (изменения частоты дыхания)
- повторные эпизоды затрудненного дыхания;
- чувство сдавления (стеснения) в груди;
- повторяющиеся эпизоды свистящего дыхания (особенно на выдохе);

При наличии данных симптомов необходимо обратиться к детскому аллергологу для исключения или подтверждения диагноза бронхиальная астма.

Симптомы бронхиальной астмы могут возникнуть в любом возрасте. Ребенок, страдающий астмой в течение длительного времени может не предъявлять жалоб, и родители могут не догадываться о течении заболевания или жалобы могут быть расценены педиатром, как частые острые респираторные инфекции.

NB: Важно вовремя распознать бронхиальную астму и сразу же начать лечение, это поможет контролировать заболевание и улучшить качество

жизни как ребенка так и родителей. Нелеченая астма может привести к тяжелому приступу, который может оказаться фатальным. Врачи различных специальностей могут диагностировать бронхиальную астму, однако подтвердить диагноз, получить наиболее полную информацию о заболевании, провести своевременную диагностику и назначить адекватное и современное лечение может только врач специалист: аллерголог-иммунолог или пульмонолог.

Вопросы, которые важно обсудить с врачом на приеме.

- отягощена ли наследственность по аллергическим заболеваниям: у кого –нибудь из родственников есть ли астма, пищевая аллергия, атопический дерматит, реакция на животных, пыльцу, домашнюю пыль, лекарства

- отмечались ли какие-то проявления аллергии на первом году жизни ребенка

- наличие дома или на работе /детском саду/школе животных (кошки, собаки, грызуны, рыбки, птицы), ковров, пыли, плесени; курит ли кто-нибудь из окружающих;

- сколько раз в год, как длительно и какими инфекциями болел ваш ребенок

- отмечалась ли какая-то реакция на продукты питания, лекарства, животных в виде сыпи, крапивницы, отека, приступа удушья, бронхоспазма, слезотечения, ринореи или затруднения носового дыхания, чихания и зуда

- как ваш ребенок переносит ежедневную физическую нагрузку (прогулки, бег, подъем по лестнице), занимается ли каким-либо видом спорта

- в какое время возникают симптомы (днем, ночью, определенный сезон) и как длительно у вашего ребенка сохраняются симптомы

Как диагностировать астму?

1. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) - является основным методом диагностики и основным методом оценки объема необходимой терапии у ребенка уже с установленной астмой.

Для чего нужно определение ФВД?

Данное исследование помогает определить степень обструкции (сужения) бронхов и их реакцию на провокацию бронхорасширяющих веществ или на физическую нагрузку. По результатам исследования врач понимает, насколько проходимы бронхи (есть ли сужение бронхов) и есть ли гиперреактивность (повышенная чувствительность) бронхов. В частности, проводят определение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ).

ФВД рекомендуется для детей с 4-6 лет, достаточно взрослых, чтобы правильно выполнить исследование (не только провести маневр форсированного выдоха, но и повторить его).

NB: Важно помнить, что нормальные результаты не исключают диагноза астмы, особенно в случае легкого течения астмы. Определение показателей при наличии симптомов может повысить чувствительность диагностического теста

2. Пикфлоуметрия – определение пиковой скорости выдоха (ПСВ). Это важный и простой метод диагностики и последующего контроля бронхиальной астмы (оценка ответа на терапию, анализ провоцирующих факторов, составление индивидуального плана действий).

Пикфлоуметры относительно недороги, портативны и идеально подходят для использования пациентами старше 5 лет в домашних условиях.

Пикфлоуметр определяет пиковую скорость выдоха (л/мин). ПСВ – это максимальная скорость, с которой воздух может проходить через дыхательные пути во время максимального быстрого выдоха после максимально глубокого вдоха.

Как пользоваться пикфлоуметром?

- в положении стоя или сидя с прямой спиной 50

- ПСВ измеряют 2 раза в день до приема терапии утром (сразу после пробуждения) и вечером. ПСВ измеряется по 3 раза, фиксируется лучшая попытка.

- полученный лучший показатели ежедневно вносятся в дневник самоконтроля/симптомов

Дневник самоконтроля отражает ежедневные показатели пикфлоуметрии, наличие симптомов и потребность в препаратах скорой помощи или дополнительной терапии.

Ежедневное заполнение дневника может дать ценную информацию о течении заболевания лечащему врачу, позволяет самому пациенту/ родителю понять насколько стабильно состояние ребенка и нет ли признаков приближающегося обострения астмы. При наличии признаков обострения пациент может своевременно обратиться к доктору или скорректировать лечение согласно плану. Такие меры позволяют избежать выраженного обострения заболевания и, в конечном итоге, минимизировать объем дополнительных лекарств и госпитализаций.

NB: Необходимо регулярно и постоянно проводить пикфлоуметрию, в целях диагностики наиболее информативен ежедневный мониторинг ПСВ в течение 2–3 недель для определения индивидуального наилучшего показателя.

Дневник симптомов необходимо приносить на каждый визит к врачу.

3. Кожное тестирование и определение специфических IgE
Определение причинно-значимых аллергенов осуществляется или с помощью кожного тестирования с аллергенами или путем определения антител к аллергенам по крови - специфические антитела класса IgE (иммуноглобулин E) в сыворотке крови и определение общего IgE.

NB: Перед проведением кожного тестирования обязательно сообщите врачу обо всех препаратах, которые в настоящий момент получает ребенок.

Подготовка перед проведением кожного тестирования:

- не натошак
- нельзя проводить в сезон цветения причинно – значимого аллергена
- за 7 дней до исследования необходимо исключить применение антигистаминных препаратов

- за 14 дней до исследования необходимо исключить применение глюкокортикостероидные препараты (инъекционные, пероральные формы и местные)

Подготовка перед определением специфических IgE

- Не требуется специальной подготовки 51
- Кровь берется из вены
- Можно на фоне приема антигистаминных препаратов и не натощак
- Вне зависимости от сезона цветения причинно – значимого аллергена

4. Дополнительная диагностика

При необходимости для исключения альтернативных диагнозов назначаются дополнительные исследования (например, рентген грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, гастроскопию, консультации специалистов)

Цель научно-исследовательской работы

Целью исследования являлась оценка вариантов базисной терапии у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Задачи

Собрать данные всех детей, которые наблюдались в поликлинике с диагнозом бронхиальная астма за 2018 год

Проанализировать средний возраст детей с бронхиальной астмой.

Проанализировать заболевание бронхиальной астмы по степени тяжести .

Провести статистическую обработку полученных данных ,проанализировать, сделать выводы.

Основные определения и понятия.

Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание, ассоциированное с вариабельной обструкцией дыхательных путей и

бронхиальной гиперреактивностью, проявляется повторяющимися эпизодами свистящего дыхания, кашля, одышки и чувством сдавления в груди.

Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) - является основным методом диагностики и основным методом оценки объема необходимой терапии у ребенка уже с установленной астмой.

Пикфлоуметрия – определение пиковой скорости выдоха (ПСВ). Это важный и простой метод диагностики и последующего контроля бронхиальной астмы (оценка ответа на терапию, анализ провоцирующих факторов, составление индивидуального плана действий).

Теоретическая часть научно-исследовательской работы.

Актуальными остаются вопросы подбора адекватной терапии при тяжелой форме БА, что обусловлено ограниченными количеством клинических исследований в детской популяции, часто неадекватным подходом при выборе препаратов, их доз, продолжительности лечения, распространенной стероидфобией и низкой приверженностью терапии среди пациентов. Базисная терапия пациентов с бронхиальной астмой строится по ступенчатому принципу и начинается со ступени, наиболее соответствующей степени тяжести. Одновременно с проведением базисной терапии у больных бронхиальной астмой детей осуществляется лечение других, сопутствующих основному заболеванию патологических процессов. Осуществление наблюдения за состоянием больного и мониторинга проводимого лечения с исследованием функции внешнего дыхания позволяет в случае необходимости своевременно провести коррекцию назначенной терапии. Кромогликат натрия и недокромил натрия занимают основное место в лечении легкой и среднетяжелой астмы у детей и менее эффективны при тяжелом ее течении. Широкий спектр активности препаратов этого класса определяется способностью ингибировать как раннюю фазу аллергического

ответа, так и позднюю фазу аллергических реакций при хроническом воспалении и уменьшать бронхиальную гиперреактивность.[5] Кромогликат натрия принадлежит к широко используемым фармакологическим средствам лечения бронхиальной астмы у детей. Необходим курс не менее 1,5-2 месяцев по 1- 2 ингаляции 3-4 раза в день. Нежелание пациентов и врача ждать в течение этого периода является одной из главных причин, почему антиаллергические препараты рассматриваются как неэффективные. Детям раннего возраста возможны ингаляции раствора препарата с помощью небулайзера масочным способом. При сохраняющихся приступах или бронхообструкции, по данным спирографии, эффективным может быть назначение комбинированных препаратов, в состав которых, помимо кромогликата натрия, входят симпатомиметики. Применение кромогликата натрия способствует урежению и более легкому течению приступов бронхиальной астмы, исчезновению ночных приступов, препарат предупреждает возникновение приступов бронхиальной астмы при физическом напряжении. Длительное применение препарата позволяет поддерживать устойчивую ремиссию болезни. Недокромил натрия представляется более специфичным для лечения воспаления бронхов при астме, тормозит высвобождение медиаторов аллергии. Он ингибирует высвобождение из воспалительных клеток слизистой оболочки дыхательных путей LTC₄, PGD₂, PAF, хемотаксических факторов. В исследованиях *in vitro* показана ингибция аккумуляции эозинофилов в легких после провокаций аллергенами, причем недокромил натрия обладает приблизительно в 6-8 раз большей активностью, чем кромогликат натрия. *In vivo* кромогликат и недокромил натрия уменьшают активацию эозинофилов, нейтрофилов и макрофагов. Недокромил натрия предотвращает бронхоконстрикцию, вызванную аллергеном, физическими упражнениями, холодным воздухом, диоксидом серы. Продолжительное, не менее 2 месяцев, назначение ингаляций недокромилла натрия (по 2 ингаляции 2 раза в день) способствует снижению бронхиальной гиперреактивности, урежению приступов

бронхиальной астмы, более легкому их течению и достижению клинической ремиссии болезни. Этот препарат очень широко применяется для лечения астмы у детей. Наряду с дозированным ингалятором применяются ингаляторы со спейсером. У детей с астмой использование только кромогликата или недокромила натрия может обеспечить терапию астмы без потенциальных опасностей, которые отмечаются при применении β_2 -адреномиметиков, кортикостероидов или теофиллинов. Поэтому эти препараты особенно полезны у детей на начальных этапах заболевания.

Ингаляционные кортикостероиды (ИКС). Воспалительный процесс в бронхах выявляется не только во время обострения, но и в фазе ремиссии, в связи с чем необходимым является длительное применение противовоспалительных препаратов для профилактики обострений бронхиальной астмы. Наиболее мощным противовоспалительным эффектом обладают кортикостероиды, которые применяются как короткими курсами при лечении обострений, так и длительно при непрерывно рецидивирующем течении астмы. В клинической практике наиболее показательным при лечении ИКС является улучшение легочной функции. Другие положительные эффекты включают уменьшение вариабельности показателей ФВД в течение дня, а также потребности в кортикостероидах *per os*, защиту от бронхоконстрикции при контакте с антигеном, при длительном применении снижение частоты обострений и частоты госпитализаций. Предполагается влияние ингаляционных кортикостероидов на снижение смертности от астмы, предотвращение изменений в легких, ведущих к необратимой обструкции дыхательных путей. Современные ингаляционные кортикостероиды (беклометазон, будезонид, флунисолид, флутиказон) оказывают минимальное общее воздействие. Результаты исследований свидетельствуют о необходимости длительного применения ингаляционных кортикостероидов при тяжелом течении (не менее 6-8 месяцев), однако даже при длительной ремиссии после отмены препарата возможно возобновление симптомов заболевания. Ингаляционные кортикостероиды назначают после ликвидации основных симптомов острой

дыхательной недостаточности, восстановления бронхиальной проходимости. Ингаляционные кортикостероиды имеют относительно медленное начало действия через несколько дней, поэтому возможна комбинация в начале лечения с парентеральным или энтеральным введением кортикостероидов и бронхолитиков (продолжительными теофиллинами и симпатомиметиками). При кратковременном назначении ингаляционные кортикостероиды не имеют очевидных побочных эффектов. Менее чем у 5% пациентов отмечается оральная кандидоз, несколько чаще описана дисфония (20-30%). Длительное назначение нередко ограничивается опасением побочных эффектов в виде системного воздействия на организм. В настоящее время не получено клинически достоверных данных депрессивного влияния ИКС на гипоталамо-гипофизарно- надпочечниковую систему у детей, которым проводят эту терапию в течение нескольких лет при использовании стандартных (в педиатрии) доз. Нет доказательств увеличения риска катаракт у детей, частоты инфекций, включая туберкулез, при лечении ИКС. У маленьких детей, лечившихся небулизированными кортикостероидами, может наблюдаться истончение кожи вокруг рта. Бронхорасширяющая терапия для длительного применения. При недостаточном эффекте базисной противовоспалительной терапии в комплекс терапии добавляют продолжительные бронхолитики (теофиллины длительного действия или продолжительные β_2 -агонисты). Теофиллины длительного действия используют как в комплексе противовоспалительной терапии, так и для предупреждения возникновения приступов бронхиальной астмы, особенно ночных.[5] Ингаляционные β_2 -агонисты длительного действия (сальметерол, формотерол) обеспечивают бронходилатирующий эффект на протяжении 12 часов. Продолжительные β_2 -агонисты обычно назначают больным при наличии признаков недостаточной эффективности проводимой противовоспалительной терапии. Их можно использовать в целях сокращения числа возникающих приступов бронхиальной астмы и, в частности, для предупреждения приступов, возникающих в вечерние и

ночные часы. Пероральные формы β_2 -агонистов длительного действия (например, вольмакс, спиропент) в основном используются при нетяжелом течении бронхиальной астмы. Другая медикаментозная терапия: Антилейкотриеновые препараты. Ингибиторы синтеза (зилетон) и блокаторы рецепторов к лейкотриенам (зафирлукаст, монтелукаст). Кетотифен находит применение в лечении легкой и среднетяжелой бронхиальной астмы у детей, особенно у детей раннего возраста при сочетании бронхиальной астмы с кожной и/или гастроинтестинальной аллергией. Противоаллергический иммуноглобулин, гистаглобулин . В настоящее время не рекомендуются большинством руководств в качестве стандартного метода терапии БА. Иммуностимуляторы бактериального происхождения (IRS-19, бронхо-мунал, бронховакс, рибомунил и др.). Применение иммуностимулирующих бактериальных препаратов снижает частоту интеркуррентных острых респираторных заболеваний и обострений очагов хронической инфекции и тем самым способствует урежению обострений бронхиальной астмы. Не входят в число стандартных методов базисной терапии .

**Приложение Г1. Оценка контроля над бронхиальной астмой у детей
(симптомы БА за последние 4 нед.) [6]**

Симптомы БА		Уровни контроля БА		
		Полный	Частичный	Отсутствует
<p>Дневные симптомы БА, длящиеся более чем несколько мин чаще, чем 2 раза в нед <i>Для детей до 6 лет – чаще, чем 1 раз в нед</i></p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>	<p>Нет симптомов</p>	<p>1–2 из перечисленных симптомов</p>	<p>3–4 из перечисленных симптомов</p>
<p>Любое ограничение активности вследствие астмы. <i>Для детей до 6 лет - бегает, играет меньше, чем другие дети; быстро устает от ходьбы/игры</i></p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>			
<p>Необходимость использования бронходилататоров чаще, чем 2 раза в нед* <i>Для детей до 6 лет – чаще, чем 1 раз в неделю</i></p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>			
<p>Ночные пробуждения или ночной кашель, обусловленные астмой</p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>			

* за исключением использования бронходилататоров перед физической нагрузкой.

Приложение Г2. Диагностика астмы у детей(6,7,9,11)

Анамнез
Повторяющиеся респираторные симптомы (свистящее дыхание, кашель, одышка, стеснение или заложенность в груди)
Обычно отмечаются ночью / ранним утром
Провоцируются физической нагрузкой, вирусной инфекцией, табачным дымом, пылью, контактом с животными (домашними питомцами), плесенью, сыростью, изменениями погоды, стрессом (смехом, плачем), аллергенами
Атопия в анамнезе (атопический дерматит, пищевая аллергия, аллергический ринит)
Астма или аллергические болезни в семейном анамнезе
Физикальное обследование
Аускультация легких – свистящие хрипы (иногда только при форсированном выдохе; удлинение выдоха)
Симптомы / признаки других атопических болезней (АР или / и АтД)
Оценка легочной функции (спирометрия с бронходилатационным тестом предпочтительнее теста ПСВ, который, тем не менее, также может использоваться)
Оценка атопии (кожное тестирование или определение титра специфических антител класса IgE (sIgE) в сыворотке крови)
Исследования для исключения альтернативных диагнозов (например, рентген грудной клетки)
Клиническое обследование
Оценка воспаления дыхательных путей (FeNO, эозинофилы в мокроте)
Оценка гиперреактивности бронхов (неспецифические исследования бронхов, например, тест с метахолином, с физической нагрузкой)

Приложение Г4. Ступенчатая терапия астмы у детей 5 лет и младше (по GINA 2017г.)

	Ступень 3			Ступень 4
Базисная терапия 1	Ступень 1	Ступень 2	2x Низкие дозы ИГКС	Продолжить базисную терапию (Средние/высокие дозы ИГКС)
Базисная терапия 2		Низкие дозы ИГКС <i>Антагонисты лейкотриенов, рецепторов (ЛЛТР) Интерmittирующий курс ИГКС</i>	<i>Низкие дозы ИГКС+ЛЛТР</i>	<i>Увеличить ИГКС, добавить ЛЛТР Интерmittирующее применение ИГКС</i>
Препараты «скорой помощи»	По потребности КДБА			
	Редкие эпизоды свистящего дыхания	Симптоматика астмы, проявления плохо контролируются, 3 и более эпизодов в год Симптоматика не полностью соответствует астме, но эпизоды свистящего дыхания частые (каждые 6-8 недель). Назначить курс диагностической терапии на 3 месяца.	Астма, плохо контролируемая низкими дозами ИГКС	Астма, плохо контролируемая средними дозами ИГКС
			Уточнить диагноз, проверить технику ингаляций, приверженность	

Приложение Г5. Ступенчатая терапия астмы у детей старше 5 лет (по GINA 2017г.)

	Ступень 1		Ступень 2		Ступень 3		Ступень 4		Ступень 5	
Базисная терапия 1	Рассмотреть ИГКС в низкой дозе		Низкие дозы ИГКС		ИГКС/ДДБА в низкой дозе ИГКС в средней/высокой дозе		ИГКС/ДДБА в средней/высокой дозе		Направить на консультацию по дополнительной терапии, например антителами к IgE	
Базисная терапия 2		Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) Теофиллин в низкой дозе*			ИГКС в низкой дозе + АЛТР (или + теофиллин*)		ИГКС в высокой дозе + АЛТР (или + теофиллин*)		Добавить ИГКС в низкой дозе	
Препараты «скорой помощи»	По потребности КДБА				По потребности КДБА или ИГКС/фармoterол в низкой дозе**					
	Редкие эпизоды свистящего дыхания		Симптоматика астмы, проявления плохо контролируются, 3 и более эпизодов в год Симптоматика не полностью соответствует астме, но эпизоды свистящего дыхания частые (каждые 6-8 недель). Назначить курс диагностической терапии на 3 месяца.		Астма, плохо контролируемая низкими дозами ИГКС		Астма, плохо контролируемая средними дозами ИГКС		Астма, плохо контролируемая высокими дозами ИГКС или комбинированными препаратами	
				Уточнить диагноз, проверить технику ингаляций, приверженность						

Роль врача при лечении бронхиальной астмы.

Усиление работы по выявлению детей с бронхиальной астмой на ранних стадиях.

Установление на диспансерное наблюдение с проведением общеклинического обследования.

Назначение правильного лечения и профилактических мероприятий.

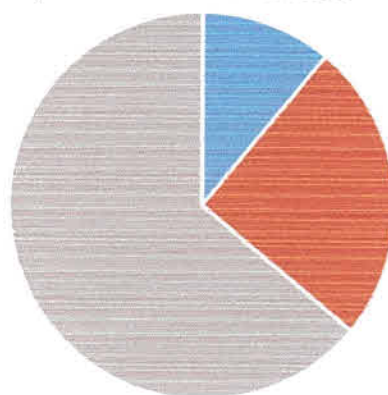
Собственное исследование : работа проведена в дизайне простого открытого клинического проспективного рандомизированного исследования;

было обследовано 30 детей в возрасте от 5 до 14 лет, которым проводилось лечение на базе ГУЗ КДЦ для детей № 1; критерием включения пациентов в исследование явилось: наличие у них бронхиальной астмы; критерием исключения пациентов из исследования явилось: наличие другой патологии. Степень тяжести астмы и уровень контроля болезни на момент сбора информации уточняли в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению бронхиальной астмы от 2013г. и GINA-2014. Результаты исследования обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики, используемых при сравнении средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей.

В ходе проделанной работы было выявлено следующее распределение пациентов по полу: мальчики составили 60%(18), а девочки – 40%(12). Средний возраст в исследованной группе детей составил $7,53 \pm 0,45$ лет. Средняя продолжительность заболевания у обследованных детей составила $1,5 \pm 1,3$ лет. 50% (15) пациентов поступили в период обострения бронхиальной астмы с менее выраженной симптоматикой, а 13,3%(4) пациентов – в период обострения с приступом удушья, оставшиеся 36,7%(11) пациентов были госпитализированы на дообследование и аллергообследование.

Распределение по степени тяжести бронхиальной астмы было следующим: легкая астма – 33,3%(10), средней степени тяжести – 46,7%(14), тяжелая астма – 20%(6). Было выявлено, что астма контроль заболевания был достигнут у 60%(18) пациентов, частично контролировалась у 26,7%(8), вовсе не контролировалась у 13,3%(4).

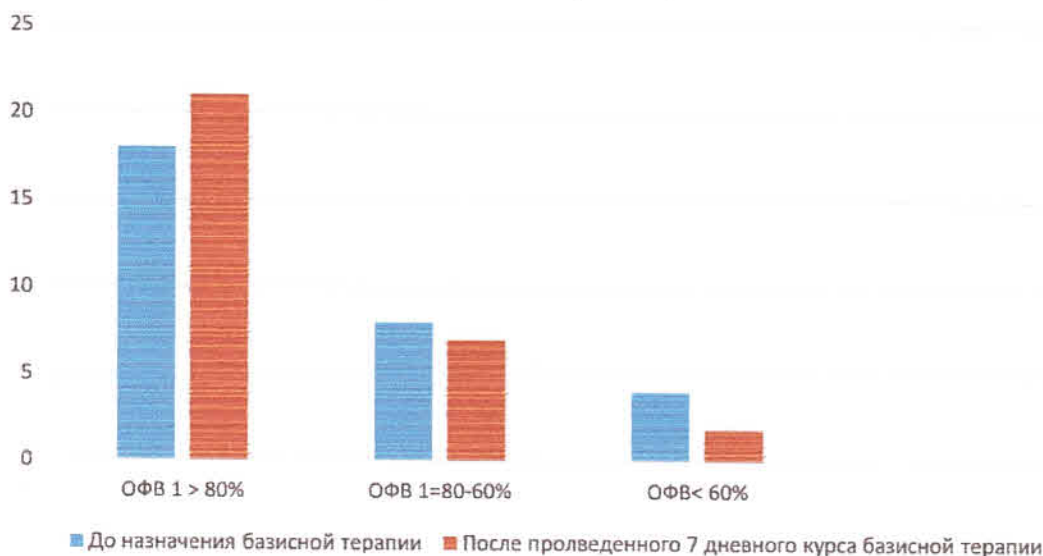
Распределение по степени тяжести
бронхиальной астмы



■ легкая степень ■ средняя степень ■ тяжелая степень

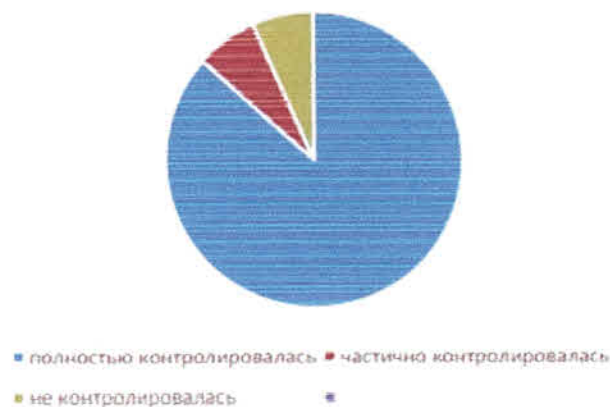
Из объективного обследования было выявлено, что перкуторно – ясный легочный звук и аускультативно – везикулярное дыхание у 26,7%(8), ясный легочный звук и жесткое дыхание у 53,3%(16), коробочный легочный звук, жесткое дыхание, сухие хрипы у 20%(6). Данные спирометрии до назначения базисной терапии выглядели следующим образом: ОФВ1 \geq 80% от должного зарегистрирован у 60%(18) пациентов, ОФВ1 80 – 60% от должного – у 26,7%(8) и менее 60% от должного – у 13,3%(4)

Данные спирометрии



Были определены следующие варианты базисной терапии: 33,3% (10) пациентам терапия проводилась кромонами, антилейкотриеновыми препаратами (тайлед, сингуляр), монотерапия ингаляционными глюкокортикостероидами (пульмикорт) – 33,3%(10) пациентов, терапия ингаляционными глюкокортикостероидами в средних или высоких дозах в комбинации с ингаляционным β_2 -агонистом длительного действия (серетид, симбикорт) – 33,3%(10). После проведенного 7 дневного курса базисной терапии : ОФВ1 \geq 80% от должного зарегистрирован у 70%(21) пациентов, ОФВ1 80 – 60% от должного – у 23,3%(7) и менее 60% от должного – у 6,7%(2); астма хорошо поддавалась контролю у 86,6%(26) пациентов, частично контролировалась у 6,7%(2), вовсе не контролировалась у 6,7%(2)

контролируемость бронхиальной астмы



Заключение: Таким образом, назначенная базисная терапия является эффективной для осуществления контроля бронхиальной астмы у исследуемой группы детей. Данные варианты терапии способствовали улучшению показателей функции внешнего дыхания по результатам повторной спирометрии. С целью оптимизации терапии пациентов с частично контролируемой и неконтролируемой астмой на стандартной базисной терапии необходимо внедрение дополнительных препаратов, относящихся к данной ступени, в том числе ИКС, отличающихся большей клинической эффективностью и безопасностью

Список литературы

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики». 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 108 с., ил.
2. Ненашева Н. М. Обзор некоторых основных изменений GINA – 2014. // Практическая пульмонология. - № 3.– 2014. С. 5.
3. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики. проф. Геппе Н. А., проф. Каганов С. Ю.
4. Баур К. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь лёгких / Баур К., Прейссер А.; пер. с нем. под ред. И. В. Лещенко. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. - 192 с.
5. Ненашева Н. М. Бронхиальная астма. Карманное руководство для практических врачей. - Атмосфера, 2011. - 96 с.

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 6 группы

Чунгуева Ирина Доржиевна

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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова