

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бабкина В.И., Бачинский О.Н., Неронов А.Ф., Самосудова Л.В.

Курский Государственный Медицинский Университет**Курск, Россия**

Цель исследования: определить распространенность профессиональной бронхиальной астмы (ПБА) у жителей Курского региона, оптимизировать терапию больных в соответствии с положениями GINA 2006г.

Методы исследования: анализ историй болезни 1512 пациентов, находящихся на учете в Курском Центре профессиональных болезней; проспективное клиническое обследование больных с профессиональной бронхиальной астмой.

Результаты: профессиональная бронхиальная астма установлена у 59 больных (4% от общего числа профессиональных больных), ранее работавших в контакте с производственными вредностями. Среди пациентов преобладают женщины – 75 %. Продолжительность болезни менее 5 лет зарегистрирована у 14% больных, более 10 лет – у 76% обследуемых. Наибольшее число составляют пациенты трудоспособного возраста 30-60 лет – 66%, пенсионеры - 34%. По уровню контроля у 51 больного (86%) профессиональная бронхиальная астма была частично контролируемая, у 8 пациентов (14%) бронхиальная астма имела неконтролируемое течение. Были установлены следующие степени тяжести и ступени лечения ПБА: умеренная бронхиальная астма 2 ступень лечения – у 8%, бронхиальная астма средней тяжести 3 ступень лечения – у 41 %, тяжелая бронхиальная астма 4 ступень лечения – у 51 % пациентов. Хроническое Легочное Сердце НК 2А диагностировано у 61% больных. Основу базисной терапии составили два комбинированных препарата: Формотерол/Будесонид (Симбикорт) и Сальметерол/Флутиказон (Серетид). В качестве препаратов по потребности использовались Фенотерол (Беротек Н) и Фенотерол/ Ипратропия бромид (Беродуал Н). Более половины пациентов получали Преднизолон перорально (от 10 до 30 мг в сутки) с первых дней болезни. Все пациенты использовали пролонгированные теофиллины.

Заключение: анализ полученных данных позволил предпринять некоторые шаги в плане оптимизации лечения больных с профессиональной бронхиальной астмой. На терапию Симбикортом в режиме СМАРТ (поддерживающая терапия плюс терапия по потребности) успешно переведены 20 больных (34%). В этой группе пациентов было отмечено увеличение уровня контроля бронхиальной астмы (для оценки уровня контроля использовался АСТ-тест) в сравнении с режимом терапии фиксированными дозами комбинированных препаратов (ИГКС и ДДБА) с дополнительным применением короткодействующих бета-2-агонистов «по потребности». Пациентам, получавшим преднизолон перорально, была назначена небулайзерная терапия с использованием Будесонида (Пульмикорта) от 2 до 6 мг в сутки. Это позволило сократить потребление системного преднизолона в два раза.