

Показания для проведения стационарзамещающего лечения больных муковисцидозом

Г.В. Павлов, Н.В. Никитина
Уральская медицинская академия

Многолетний опыт лечения больных муковисцидозом позволил сформулировать показания к домашнему или стационарному лечению. Лечение на дому подлежат больные с острыми респираторными вирусными инфекциями, легким и средне-тяжелым течением, обострением по типу бронхита без выраженной дыхательной недостаточности, отсутствием выраженного токсикоза, при эффективности антибактериальной, муколитической и ферментной терапии. Госпитализации подлежат больные с тяжелым общим состоянием, выраженным токсикозом, лихорадкой и дыхательной недостаточностью, обострением по пневмоническому типу, с наличием осложнений, нарушениями сердечной деятельности, неэффективностью терапии на дому. Сравнительное изучение эффективности амбулаторного и стационарного лечения заболеваний легких показало, что амбулаторное является не менее эффективным, а его стоимость меньше.

Для того, чтобы сформулировать вышесказанное, нам пришлось провести ретроспективный анализ базы данных 254 больных муковисцидозом.

Развитие патофизиологических изменений при муковисцидозе можно представить в виде двух фаз:

- муковисцидоз как таковой, который имеется у больного при рождении и зависит от мутации;

- легочная болезнь при муковисцидозе, которая определяет прогноз жизни, и которую можно профилактировать посредством ранней диагностики и комплекса терапевтических воздействий.

Между этими фазами легко себе представить точку необратимости, которую можно отодвинуть во временном масштабе с помощью современных методов лечения, но нельзя отменить.

С целью выявления факторов риска утяжеления состояния больных муковисцидозом и перехода "точки необратимости" ретроспективное изучение клинических и параклинических

проявлений проводилось с применением рекомендованной ВОЗ в 1984 г. методики расчета коэффициентов относительного (ОР) и атрибутивного риска (АР).

Коэффициенты ОР рассчитывались по формуле:

$$OP = \frac{P_1}{P_2}$$

где

- P_1 - частота встречаемости (%) изучаемого признака у больных с неблагоприятным течением (прогрессирование, приводящее к стойким необратимым изменениям и (или) к летальному исходу),

- P_2 - частота встречаемости (%) изучаемого признака в группе больных со стабильным течением заболевания.

ОР является величиной коэффициента риска неблагоприятного течения заболевания у больного при наличии у него изучаемого признака.

Коэффициенты АР рассчитывались по формуле:

$$AP = \frac{f_x(OP-1)}{f_x(OP-1)+1} \times 100$$

$$\text{где } f_x = \frac{a+b}{a+b+c+d}$$

Под f_x понимается отношение суммарного числа больных с наличием изучаемого признака в обеих группах ($a + b$) к общему числу обследуемых больных с наличием и отсутствием изучаемого неблагоприятного фактора ($a + b + c + d$).

Величина АР выражается в процентах и находится в прямой зависимости от степени риска. Коэффициенты АР, рассчитанные с использованием абсолютных величин, отражают более объективную информацию о факторах риска, чем коэффициенты ОР, рассчитанные по относительным величинам.

Из общего числа параметров выделены 15 факторов, имеющих значимое ($OP \geq 1,5$;

AP \geq 20%) влияние на переход "точки необратимости". К ним относятся: раннее начало заболевания (OP=1,9; AP=21,2%), прогрессирующие снижение индекса массы тела (OP=1,7; AP=21,1%), требующие увеличения дозы ферментов (OP=1,6; AP=23,1%), нарастание признаков эмфиземы легких (OP=2,4; AP=22,3%), появление симптома "барабанных палочек" и "часовых стекол" (OP=1,5; AP=22,1%), гемофтиз (OP=1,5; AP=21,7%), рецидивирующий пневмоторакс (OP=1,7; AP=22,6%), высеивание из мокроты *Pseudomonas aeruginosa* и (или) *Burkholderia ceracia* (OP=10,8; AP=54,1%), снижение параметров функции внешнего дыхания (OP=1,7; AP=22,3%), появление на ЭКГ признаков легочного сердца (OP=1,6; AP=23,1%), нарастание концентрации электролитов пота (OP=1,5; AP=20,7%), нарастание рентгенологических признаков пневмосклероза (OP=1,6; AP=23,2%), снижение легочной перфузии (OP=1,6; AP=21,7%), нерегулярность диспансерного наблюдения и неадекватная противорецидивная терапия (OP=1,9; AP=22,3%), а также тип адаптационной реакции (OP=1,6; AP=22%).

Таким образом, выявление прогностически неблагоприятных факторов риска и учет критериев обострения основных проявлений патологического процесса при муковисцидозе позволяет определить, в первую очередь, индивидуальные терапевтические меры и оптимизировать диспансерное наблюдение в центре.

Одним из этапов нашей работы явилась разработка наиболее важных критериев обо-

стрения основных синдромов заболевания, опосредованно влияющих на переход "точки необратимости" при муковисцидозе, используя методы корреляционного анализа и множественной регрессии. Это позволило сформулировать критерии обострения как бронхопульмональной инфекции (изменение объема, цвета и вязкости мокроты, впервые появившееся или усиление имеющегося кровохарканья, усиление кашля и одышки, слабость, сонливость, недомогание, повышение температуры тела более 38°C, снижение массы тела, боль или напряжение при пальпации в области придаточных пазух носа, изменение аускультативных данных в легких, снижение ФЖЕЛ и ОФВ₁ на 10% от прежних значений, рентгенологические признаки, изменение частоты дыхания во сне), так и гастроинтестинального синдрома (снижение массы тела, ухудшение количества и качества стула, аноректальные осложнения, запоры, боль в области живота, анорексия, пищеводное кровотечение, необходимость увеличения дозы ферментов), аналогов чему в литературе нам встретить не удалось. О наступлении обострения основного процесса свидетельствует наличие у больного как минимум 4-5 признаков из перечисленных.

Таким образом, нам удалось определить факторы риска усугубления течения муковисцидоза и критерии обострения. Выявление этих факторов позволяет прогнозировать течение муковисцидоза и определять объем, качество и характер необходимых мероприятий у каждого больного.

Таблица. Факторы риска неблагоприятного течения муковисцидоза

ФАКТОРЫ РИСКА	
Значимые	Незначимые
1. Раннее начало заболевания	1. Отягощенный акушерский анамнез (ОАА) у матери
2. Снижение индекса массы тела	2. Полипоз носа
3. Признаки эмфиземы легких	3. Хронический синусит
4. Симптом «барабанных палочек»	4. Цирроз печени
5. Кровохарканье	5. Холелитиаз
6. Рецидивирующий пневмоторакс	6. <i>Prolaps recti</i>
7. Необходимость увеличения дозы ферментов	7. Артропатия
8. Появление в мокроте <i>Ps. aeruginosa</i> и (или) <i>Burkholderia ceracia</i>	8. Сахарный диабет
9. Снижение параметров ФВД (ОФВ ₁ , ФЖЕЛ)	9. Атопические заболевания
10. Признаки гипертрофии правого желудочка	10. Признаки соединительно-тканной дисплазии
11. Нарастание пневмосклероза (по данным рентгенографии легких)	
12. Обеднение легочного кровотока (по данным сцинтиграфии легких)	
13. Нерегулярность диспансерного наблюдения	
14. Нарастание концентрации хлоридов пота	
15. Изменение адаптации (по тесту Гаркави)	