



Հայաստանի կենսաբ. հանդես, 1(65), 2013

ԽՈՐԸ ՇՆՀԱՌՈՒԹՅԱՆ ԿԱՄԱՅԻՆ ՎԵՐԱՅՄԱՆ ԲՈՒՏԵՅԿՈՅԻ ՄԵԹՈՂԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ԲՐՈՆԽԻԱԼ ԱՍԹՄԱ ԵՎ ԹՈՔԵՐԻ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՓՈԽԼՈՒՄ

Ա.Կ. ԵՂՈՅԱՆ, Ե.Կ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ, Հ.Հ. ՄԱԹԵՎՈՍՅԱՆ, Է.Ա.ՂԱԶԱՐՅԱՆ

,ԱՐԹՄԵՔԻ բժշկական վերականգնողական կենտրոն, «ՄԵԴԵԼԸ» բժշկական կենտրոն ella.ghazaryan@gmail.com

Ուսումնասիրվել են խորը շնչառության կամային վերացման (ԽՇԿՎ) մեթոդով զբաղվող 85՝ բրոնխիալ ասթմայով (ԲԱ), թոքերի խրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններով, (ԹԽՕՀ) անձանց ցուցանիշները և դրանք համեմատելով ստանդարտ բուժում ստացող հիվանդների տվյալների հետ: Մեկ տարվա հսկողության ընթացքում պարզվել է, որ ԽՇԿՎ մեթոդի կիրառումը տալիս է դրական արդյունքներ և կարելի է այն ներառել նշված ախտորոշումներով հիվանդների վերականգնողական բուժման կոմպլեքսում:

Հիպերվենտիլացիոն համախտանիշ – բրոնխիալ ասթմա – պիկֆլոումետրիա

Изучались показатели 85 больных с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, применяющих метод волевой ликвидации глубокого дыхания Бутейко, в сравнении с показателями больных, получающих стандартное лечение. При наблюдении в течение года выяснялось, что применение метода имеет преимущества и рекомендуется включить его в комплекс реабилитационного лечения данных заболеваний.

Гипервентиляционный синдром – бронхиальная астма – пикфлоуметрия

The indices of 85 patients with bronchial astma (BA), chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) who underwent treatment with deep respiration voluntary elimination method were studied. The results with those of similar groups who had received standard treatment were compared. Our one-year study has shown that the implementation of DRVE method gives positive results and it can be included in the complex rehabilitation treatment of patients with the above mentioned pathologies.

Hyperventilation syndrome – bronchial asthma – peakflowmetria

Վերջին տարիներին նկատվող բրոնխիալ ասթմայով [4, 15] և թոքերի խրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություններով [5, 12] հիվանդացության աճը թելադրել է տարբեր բուժական միջոցների ստեղծման անհրաժեշտությունը՝ մասնավորապես զանազան ինհալյացիոն գլյուկոկորտիկոստերոիդային դեղամիջոցների, որոնք լայնորեն կիրառվում են նշված հիվանդությունների բուժման սխեմաներում և զգալիորեն փոխում են հիվանդների վիճակը և կյանքի որակը: Սակայն միշտ չէ որ դեղամիջոցների օգտագործմամբ [1] հնարավոր է լինում ամբողջությամբ դեկավարել հիվանդության ընթացքը, կանխել սրացումները և բարդությունները [9]: Բարդ է և վերջնականապես բացահայտված չէ հիպերվենտիլացիոն համախտանիշի և բրոնխիալ ասթմայի փոխհարաբերությունը: Հիպերվենտիլացիոն սինդրոմի ուսումնասիրությունը սկսվել է տասնիններորդ դարի վերջին, այն համարվել է նաև ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից առաջացող շնչառության խանգարում, հետագայում այլ հեղինակներ առաջ են քաշել նաև հոգեհուզական կոնցեպցիան:

Աշխատանքի նպատակն է ինհալացիոն ԳԿՄ-ի և բրոնխալայնիչ դեղամիջոցների նկատմամբ անտանելիություն՝ (սրտի ռիթմի խանգարումներ, բերանի խոռոչի և վերին շնչուղիների միկրոբային կամ սնկային ախտահարումները), ինչպես նաև դեղորայքի ձեռք բերման դժվարություններ ունեցող անձանց շարունակական բուժման համար փնտրել մեթոդներ [15], որոնց կիրառմամբ հնարավոր կլինի փոխել կյանքի որակը, կանխել հիվանդության արագումները և բարդությունները [10]:

Նյութ և մեթոդ: Քանի որ հիպերվենտիլացիոն սինդրոմի և ԲՄ-ի փոխհարաբերությունը բազմիցս քննարկվել է տարբեր հեղինակների կողմից [4], իսկ Հայաստանում Հասմիկ Հակոբյանի ղեկավարությամբ՝ 1998 թվականից հաջողությամբ կիրառվել է ԲԱ, ԹԽՕՀ, ալերգիկ ռինիտների բուժման գործում, ուստի, օգտագործելով տասը տարվա ընթացքում կուտակված տվյալների ուսումնասիրությունները շարունակվել են: ԽՇԿՎ մեթոդով զբաղվող 610 հիվանդների 82%-ի մոտ լավացում է նկատվում: Մեր կողմից առանձնացվել են ԲԱ-ով 85 ԽՇԿՎ մեթոդը կիրառողներ, որոնցից 47-ը նաև դեղորայքային հսկողության տակ են գտնվել, իսկ 38-ը միայն ԽՇԿՎ մեթոդի:

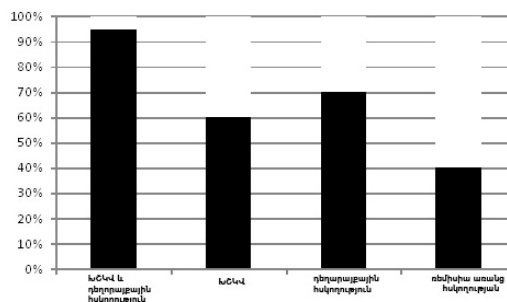
Առաջին խումբը. (47 հոգի) չափահասներ են, կանայք և տղամարդիկ՝ բոլորը ընդունում են ինհալացիոն կորտիկոստերոիդային դեղամիջոցներ՝ զուգակցված երկարատև ազդեցության (-2 ազոնիստների հետ /սերետայդ/, 6-ը՝ նաև ընդունում են լեյկոտրիենների ձևափոխիչներ:

Երկրորդ խումբը (38 հոգի) դարձյալ չափահասներ են, ընդգրկված են և՛ կանայք և՛ տղամարդիկ /երկու խմբերում էլ կանայք գերակշռող են/, դեղորայքային հսկողության տակ չեն, գտնվում են կայուն ախտադադարի փուլում: Այս խմբում ընդգրկվածներից 21-ը ուղղակի դեմ են մշտական դեղորայքային՝ առավելապես կորտիկոստերոիդային հսկողությանը, 17-ը ունեն դեղորայքի ձեռքբերման խնդիրներ: Հիվանդների վիճակը գնահատվել է ըստ հետազոտման տվյալների՝ արյան ընդհանուր քննություն, կրծքավանդակի ռենտգեն քննություն, ԷՍԳ, արտաքին շնչական ֆունկցիայի որոշում: Բրոնխներում օդի հոսքի խանգարման աստիճանը հիմնականում գնահատվել է անհատական պիկֆլուումետրերի միջոցով, միայն 40%-ի մոտ կատարվել է սպիրոգրաֆիա՝ Easy One (TM) diagnostic սպիրոմետրով:

Երկու խմբերը հսկվել են մեկ տարվա ընթացքում: Ստացված տվյալները համեմատվել են նույնատիպ 2 խմբերի տվյալների հետ, որոնք չեն զբաղվել մեթոդով:

Արդյունքներ և քննարկում: Առաջին խմբում (47 հոգի, ԽՇԿՎ և դեղորայքային հսկողություն) դիտվել են պիկֆլուումետրիայի կայուն ցուցանիշներ՝ ԱԳԱ>80%-ից, դեղորայքի դեղաչափերի նվազեցման հնարավորություն՝ 21 հոգի սերետայդի 250/50 դեղաչափը փոխարինել են 100/50-ով, լեյկոտրիենների ձևափոխիչները դադարեցրել են 4 հոգի: Հսկիչ խմբում սրացման 3 դեպքեր են գրանցվել՝ դեղաչափերի բացթողման, հոգեհուզական լարման պատճառով [14]:

Երկրորդ խմբում (38 հոգի) կայուն ախտադադարի մեջ գտնվող, ԽՇԿՎ մեթոդով զբաղվողների մոտ նկատվել է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության տանելիության բարձրացում, ախտադադարի փուլի երկարում, պիկֆլուումետրիայի կայուն ցուցանիշներ, արտաշնչման զագաթնակետային արագություն /ԱԳԱ/ =70-80%, տարվա ընթացքում հոսպիտալիզացիա չի կատարվել, (-2 ազոնիստների անհրաժեշտությունը շաբաթվա ընթացքում 2-3 անգամից պակաս է եղել: Հսկիչ խմբում-սալբուտամոլի ընդունում՝ օրվա ընթացքում 2-3 անգամ և ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում՝ 15 հոգու մոտ, 5 հիվանդներ հոսպիտալիզացվել են, որոնցից 3-ը տարվա ընթացքում 2 անգամ:



Նկ.1. Բուտելկոյի մեթոդը դեղորայքի հետ զուգակցված կիրառողների, միայն դեղորայքային հսկողության տակ գտնվողների, ռեմիսիայի /ախտադադարի/ փուլում գտնվող՝ մեթոդը կիրառող և չկիրառող անձանց տվյալների ԱԳԱ ցուցանիշների համեմատությունը (%):

Քանի որ և ալերգիկ ռինիտը [8] և հիպերվենտիլյացիոն համախտանիշը [12] կարող են ԲԱ-ի դրսևորման ռիսկի գործոն լինել, ուստի հիպերվենտիլյացիայի վերացումը կարևորվում է: Այսպիսով՝ չնայած ուսումնասիրությունները դեռ շարունակվում են, սակայն նախնական տվյալներից ստացված դրական արդյունքները թույլ են տալիս եզրակացնել, որ ԽՇԿՎ մեթոդը կարելի է կիրառել ԲԱ-ի, [1, 7] ալերգիկ ռինիտի և ԹԽՕՀ-ի վերականգնողական բուժման կոմպլեքսում:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. *Հակոբյան Հ.Ռ.* Հիպերվենտիլյացիոն համախտանիշի ախտորոշումը և բուժումը բրոնխիալ ասթմայով հիվանդների մոտ, Երևան, 104, էջ 18-98, 2008:
2. *Մաթևոսյան Հ.Հ.* Թոքաբանության դասընթաց, Երևան, էջ 162, 175, 2003:
3. *Այրապետова Н.С., Рассулова М.А., Нитченко О.В. и др.* Обоснование включения общих ванн с биолоном в лечебно-реабилитационный комплекс больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой. Пульмонология. 3, с.73-77, 2012.
4. *Бутейко К.П.* Метод Бутейко-опыт внедрения в медицинскую практику. Одесса, 1991.
5. *Елисеев О.М.* Хронические обструктивные заболевания легких. Национальная программа. Тер.архив, 71, 5, с.78-81, 1999.
6. *Кассиль В.Л., Выжигина М.А., Лескин Г.С.* Искусственная и вспомогательная вентиляция легких, с. 74, 2004.
7. *Окорокова А.Н.* Диагностика болезней внутренних органов. М., с.40, 61, 2003.
8. *Окороков А.Н.* Лечение болезней внутренних органов, М., с.136, 2000.
9. *Пристипа Л.Н., Фадеева А.А.* Механизмы взаимосвязи бронхиальной астмы и ожирения, с. 97-101, Пульмонология 3, 2012.
10. *Чучалин А.Г.* Бронхиальная астма, М., 2, с. 400, 1997.
11. *Чучалин А.Г.* Респираторная медицина, Руководство М., с.178-236, 2007.
12. *Brown R.D.Cratton C.* Reversebelety of air flow obstruction p. 586, 1986.
13. *Global Initative for asthma.* publ.95-36-59, Respiratory group, 1991.
14. *Le Moual N., Varraso R., Siroux V. et al.* Domestic use of cleaning sprays and asthma activity in females. Eur. Respir journal, 1381-1389.
15. *Polly E. Parsons, John E.Heffner,* Pulmonary/ respiratory secrets p.125-138, 2007.
16. *Rijsenbeek-Nouwens L.H., Fiten K.B.Bron A.O. et al.* High-altitude treatment in atopic and nonatopic patients with severe asthmap12. Eur. Respiratory journal, p. 1374-1380, 2012.

Ստացվել է 20.12.2012