

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**А.С.Зенкина, О.Б.Приходько, И.В.Кострова, Е.И.Смородина**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95

РЕЗЮМЕ

В последние годы во всем мире отмечается возрастающий интерес к проблеме диагностики и лечения бронхиальной астмы (БА) в гестационном периоде, встречающейся, по данным различных источников, у 1–13,8% беременных. Целью работы явилось определение клинико-функциональных особенностей течения БА во время беременности и в послеродовом периоде, в том числе, у пациенток с повторными беременностями и родами. Проведено наблюдение 102 больных БА в динамике беременности и послеродового периода на протяжении от 3 месяцев до 3 лет. Использованы клинико-анамнестические данные, интегральный мониторинг клинических синдромов, тестирование с помощью формализованного Теста по контролю над астмой (АСТ_{TM}), исследование вентиляционной функции легких, суточный мониторинг показателей бронхиальной проходимости, оценка влияния родового стресса на адаптационные резервы и состояние естественной резистентности организма по показателям гемограммы. Динамика течения БА в гестационном периоде выглядела следующим образом: ухудшение течения наблюдалось у 44% больных, чаще при неаллергической и смешанной формах заболевания, без существенной динамики – у 39,2%, улучшение – у 9,8%, в основном, при легкой персистирующей аллергической астме. В послеродовом периоде у 34,3% пациенток отмечено улучшение состояния, у 41,2% – без динамики, у 24,5% – утяжеление симптомов заболевания, в основном, у пациенток со среднетяжелой и тяжелой БА. Отмечено влияние некоторых факторов на динамику течения БА во время гестации и в послеродовом периоде: тяжести заболевания, наличия внелегочных аллергических заболеваний, поливалентной сенсибилизации, хронической патологии ЛОР-органов, ОРВИ и степени выполнения пациентками врачебных рекомендаций.

Ключевые слова: бронхиальная астма, беременность, послеродовый период.

SUMMARY**CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF BRONCHIAL ASTHMA DURING THE POSTPARTUM PERIOD****A.S.Zenkina, O.B.Prikhodko, I.V.Kostrova, E.I.Smorodina**

Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

Worldwide in recent years there has been a big interest in the problem of diagnosis and treatment of asthma in the gestation period, occurring, according to various sources, in 1–13.8% of pregnant women. The aim of the work was to determine the clinical and functional characteristics of the course of asthma during pregnancy and the postpartum period, including patients with repeated pregnancies and childbirth. 102 patients with asthma were examined in dynamics of pregnancy and the postpartum period lasting from 3 months to 3 years. There were used clinical and medical history data, integrated monitoring of clinical syndromes, testing using Asthma Control Test (AST_{TM}), research of lung function, day monitoring of airway conductance parameters, evaluation of the impact of birth stress on adaptation reserves and the condition of the natural resistance of the body by the blood count. Dynamics of asthma course in the gestation period looked as follows: worsening of the course was observed in 44% of patients, often with non-allergic and mixed forms of the disease; without significant dynamics there were 39.2% of patients, improvement was observed in 9.8%, mainly at mild persistent allergic asthma. In the postpartum period 34.3% of patients showed improvement, 41.2% did not have any dynamics, and 24.5% had worsening of symptoms, mainly they were with moderate and severe asthma. The influence of some factors on the asthma dynamics during gestation and the postpartum period was found out. They were the severity of the disease, the presence of extra pulmonary allergic diseases, multivalent sensitization, chronic diseases of upper respiratory tract, ARVI and the way medical recommendations were followed by patients.

Key words: bronchial asthma, pregnancy, postpartum period.

В последние годы во всем мире отмечается возрастающий интерес к проблеме диагностики и лечения бронхиальной астмы (БА) в гестационном периоде, встречающейся, по данным различных источников, у 1–13,8% беременных. Поскольку физиологические, метаболические и нейроэндокринные изменения, связанные с беременностью, затрагивают все системы организма, риск осложнений хронических заболеваний во время беременности особенно высок. Неконтролируемое течение заболевания в этой категории больных

является серьезной фоновой патологией, поскольку эпизоды гипоксии и сенсibilизация могут быть причиной появления осложнений, как у матери, так и плода [9, 11, 12]. Период после родов независимо от состояния здоровья матери характеризуется возникновением повышенных физических и эмоциональных нагрузок, связанных с рождением ребенка. Обострение БА в послеродовом периоде может быть связано с вегетативным дисбалансом – снижением симпатического тонуса и повышением парасимпатического, при этом, чем тяжелее течение заболевания во время беременности, тем чаще отмечаются обострения в послеродовом периоде [1, 2, 3].

В соответствии с национальными и международными рекомендациями по ведению больных БА, основной задачей терапии является достижение и поддержание адекватного контроля над заболеванием, включающим два компонента – достижение текущего контроля и снижение будущего риска [10]. Утяжелению течения БА после родов может способствовать прекращение или снижение дозы противовоспалительных препаратов в связи с лактацией, обусловленное опасениями матери и/или врача, а так же низкой приверженностью терапии [5–7]. В то же время является доказанным, что терапия ингаляционными кортикостероидами предотвращает обострения БА во время беременности, а их отмена в период гестации является значимым фактором риска обострений [4, 9]. Согласно международным рекомендациям, беременных пациенток с БА следует информировать о том, что плохо контролируемая БА и ее обострения представляют гораздо больший риск для ребенка, чем современные методы лечения заболевания. В качестве дополнительного подтверждения могут выступать образовательные ресурсы с информацией о лечении БА во время беременности [11].

В связи с этим, представляет интерес изучение особенностей клинического течения БА и в гестационном, и в послеродовом периоде, в сопоставлении динамики течения заболевания до и после родов.

Целью работы явилось определение клинико-функциональных особенностей течения БА во время беременности и в послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования

Проведено наблюдение 102 больных БА в динамике беременности и послеродового периода на протяжении от 3 месяцев до 3 лет (основная группа), из них 22 пациентки находились под наблюдением с повторными родами. Группу сравнения составили 70 практически здоровых беременных, у которых не было выявлено патологии органов дыхания, внелегочных проявлений аллергии, заболеваний сердечно-сосудистой, центральной и вегетативной нервной системы. Их средний возраст и паритет беременности соответствовал основной группе. Использованы клинико-анамнестические данные, интегральный мониторинг клинических синдромов, тестирование с помощью формализованного Теста по контролю над астмой

(АСТ_{тм}), исследование вентиляционной функции легких с изучением обратимости бронхиальной обструкции, суточный мониторинг показателей бронхиальной проходимости. Проведена оценка влияния родового стресса на адаптационные резервы и состояние естественной резистентности их организма по показателям гемограммы в динамике дородового и послеродового периодов, с помощью компьютерной системы «Анти-стресс». Для статистической обработки материалов использовали анализ качественных данных с помощью точного критерия Фишера. Различия между средними величинами считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 6.1.

Результаты исследования и их обсуждение

Динамика течения БА в гестационном периоде у данных пациенток выглядела следующим образом: ухудшение течения наблюдалось у 44% больных, чаще при неаллергической и смешанной формах заболевания; без существенной динамики – у 39,2%; улучшение – у 9,8%, в основном, при легкой персистирующей аллергической астме.

Предикторами утяжеления течения БА в гестационном периоде явились: тяжесть заболевания, наличие аллергического ринита, хронических заболеваний ЛОР-органов, ОРВИ. Неконтролируемое течение астмы чаще отмечалось среди пациенток с низким социально-экономическим статусом (сельских жителей, с неудовлетворительными материальными и жилищно-бытовыми условиями, низким уровнем образования, не зарегистрированным браком) [8]. Определено влияние гестационного периода на динамику течения БА в зависимости от тяжести заболевания, доказывающее, что в период гестации частота ухудшения течения астмы увеличивалась с ее тяжестью [3].

У беременных были определены типы адаптационных реакций (стресс, тренировка, спокойной и повышенной активации, переактивации) и уровни реактивности. Выявлено, что накануне родов у большинства больных БА – у 33 (32,3%) наблюдались стрессовые реакции адаптации, в то время как в группе сравнения они регистрировались только у 14 (20,0%). Реакции активации (спокойной и повышенной) наблюдались у 20 (19,6%) больных, в группе сравнения – у 22 (31,4%), реакции тренировки – у 44 (43,1%) больных БА, в группе сравнения – у 34 (48,6%). Большинство стрессовых реакций (78%) протекало на низком уровне реактивности.

В течение первых суток после родоразрешения реакция стресса отмечена у 57 (55,9%) больных БА, увеличиваясь по сравнению с дородовым периодом в 1,75 раза (в группе сравнения – в 1,7 раза). Реакция тренировки, выявленная у 28 (27,5%) больных, уменьшилась в 1,6 раза (в группе сравнения – в 1,1 раза). Несколько уменьшились (в 1,7 раза) реакции спокойной и повышенной активации, регистрируясь у 12 (11,8%) больных, осталась на прежнем уровне реакция переактивации – у 4 (3,9%) пациенток, в группе сравне-

ния реакции спокойной и повышенной активации уменьшились в 1,6 раза. К 5-м суткам послеродового периода в группе сравнения профиль адаптационных реакций почти соответствовал исходным значениям до родов. У больных БА реакции острого стресса уменьшились значительно, но сохранились у 28 (27,5%) из

них (в группе сравнения – у 17,1%), оставаясь на 7-е сутки у 7 (6,9%) больных (в группе сравнения – у 1,4%), что характеризовало снижение естественной реактивности организма и создавало условия для персистенции аллергического воспаления у беременных с БА. Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица

Типы адаптационных реакций у беременных

Этапы наблюдения	Острый стресс		Реакция тренировки		Реакция спокойной и повышенной активации		Реакция переактивации	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Накануне родов	14 (20,0%)	33 (32,3%)	34 (48,6%)	44 (43,1%)	22 (31,4%)	20 (19,6%)	-	4 (3,9%)
1-е сутки после родоразрешения	23 (32,8%)	57 (55,9%)*	30 (44,2%)	28 (27,5%)*	13 (19,6%)	12 (11,8%)*	-	4 (3,9%)
5-е сутки после родоразрешения	12 (17,1%)	28 (27,5%)	15 (21,4%)	11 (10,8%)	8 (11,4%)	8 (7,8%)	-	-
7-е сутки после родоразрешения	1 (1,4%)	7 (6,9%)	2 (2,8%)	9 (8,8%)	1 (1,4%)	2 (2%)	-	-

Примечание: 1 – здоровые беременные (группа сравнения, n=70), 2 – больные БА беременные (основная группа, n=102); * – достоверность различия с группой сравнения (p<0,05).

У 2/3 женщин с длительно сохраняющейся реакцией стресса после родов ранее прослеживались (в III триместре беременности) нарушения адаптационных механизмов в виде неудовлетворительной адаптации и напряжения. Сумма баллов, характеризующих состояние адаптивности и реактивности беременной при улучшении течения БА в период гестации, равнялась $557 \pm 36,0$. При этом стрессовые реакции отмечались у 16,7% больных, реакции активации – у 27,5%. У беременных со стабильным течением астмы сумма баллов была несколько ниже – 473 ± 31 . При этом реакция стресса и активации отмечались почти с одинаковой частотой – 27,4 и 23,5%, соответственно. В группе беременных с ухудшением течения БА сумма баллов была еще ниже – 403 ± 63 , реакции стресса наблюдались чаще, чем реакции активации – 36,2 и 16,7%, соответственно.

Проанализированы клинично-функциональные особенности течения БА у 22 пациенток при повторных беременностях и родах, которые, в среднем, происходили через $5,8 \pm 1,6$ лет. При этом легкое течение астмы было у 10 из них, среднетяжелое – у 10, тяжелое – у 2 больных. Оценивая динамику течения заболевания во время повторных беременностей (улучшение, ухудшение, без перемен), следует отметить сохранение ее на прежнем уровне у 16 (72,7%) пациенток, утяжеление симптомов при последующей беременности – у 4 больных со среднетяжелой БА, тенденция к улучшению –

у 2 больных с легкой БА.

С целью оценки уровня контроля БА использовали «Тест по контролю БА» (АСТ_{тм}). В первые трое суток после родов обострение астмы, свидетельствующее об отсутствии контроля заболевания, наблюдалось у 6 (5,9%) больных, в течение последующих 2-4 недель – у 34 (33,3%), через 2-4 месяца – у 24 (25,3%), через 6 месяцев – у 16 (15,7%). У 10 (9,8%) пациенток симптомы БА возобновились через один год после родов. При этом у 35 (34,3%) больных отмечено улучшение состояния после родов, у 42 (41,2%) – без динамики. Результаты исследования представлены на рисунке.

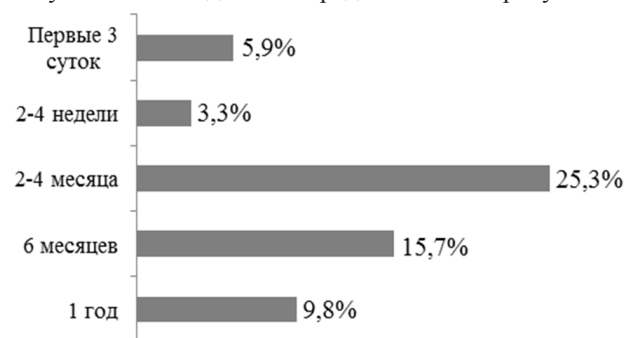


Рис. Частота обострения БА после родоразрешения.

Следует отметить, что улучшение после родов было, в основном, у больных с частично или полностью контролируемым течением БА во время бере-

менности. Только 7 (7,1%) пациенток с утяжелением симптомов астмы во время беременности указывали на улучшение самочувствия в послеродовом периоде на фоне адекватной базисной противовоспалительной терапии, начатой после родов. Ухудшение течения заболевания после родов выявлено у 25 (24,5%) больных со среднетяжелым и тяжелым течением БА.

Утяжеление течения астмы после родов чаще наблюдалось у пациенток с обострением БА в первой половине беременности и нарушением показателей функции внешнего дыхания на всем ее протяжении, чему способствовало прекращение или снижение дозы противовоспалительных препаратов в связи с лактацией, при этом ухудшение течения заболевания чаще отмечалось при неаллергической форме БА.

Таким образом, определены клиничко-функциональные особенности течения БА в послеродовом периоде, динамика течения заболевания в течение 3 лет после родов. Ухудшение течения астмы после родов выявлено у 24,5% больных со среднетяжелым и тяжелым течением неаллергической БА, что отчасти связано с уменьшением объема базисной противовоспалительной терапии в связи с лактацией и низкой приверженностью терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабцева А.Ф., Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Ландышев Ю.С., Кострова И.В. Динамика течения легкой персистирующей бронхиальной астмы у беременных // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2012. Вып.46. С.39–43.
2. Зенкина А.С., Приходько О.Б., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у курящих беременных // Материалы VI Съезда пульмонологов Сибири и Дальнего Востока / под общ. ред. чл.-корр. РАН В.П.Колосова. Благовещенск, 2015. С.36–39.
3. Лучникова Т.А., Приходько О.Б. Особенности социально-экономического статуса у беременных, больных бронхиальной астмой // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2015. Вып.56. С.78–82.
4. Приходько О.Б. Клиничко-функциональные особенности бронхолегочной системы и нейровегетативной регуляции у больных бронхиальной астмой во время беременности и их влияние на потомство: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Благовещенск, 2010. 44 с.
5. Приходько О.Б. Нейровегетативная регуляция и состояние гемодинамики у беременных с бронхиальной астмой // Аллергология и иммунология. 2009. Т.10, №1. С.84–85.
6. Приходько О.Б., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б. Влияние клиничко-функциональных особенностей бронхолегочной системы у беременных с бронхиальной астмой на состояние потомства // International Journal on Immunorehabilitation. 2010. Т.12, №2. С.114а.
7. Приходько О.Б., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б., Ландышев Ю.С., Лучникова Т.А., Смородина Е.И., Кострова И.В. Отсутствие контроля бронхиальной астмы во время беременности как предиктор перина-

тальных осложнений // Аллергология и иммунология. 2013, Т.14, №3. С.188–189.

8. Романцова Е.Б., Бабцева А.Ф., Приходько О.Б. Медико-социальный статус беременных с бронхиальной астмой // International Journal on Immunorehabilitation. 2009. Т. 11, №1. С. 38а.

9. Трофимов В.И. Особенности течения и лечения бронхиальной астмы у беременных женщин // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2009. №2. С.34–37.

10. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2014. URL: <http://www.ginasthma.org>.

11. Luchnikova T.A., Prikhodko O.B., Babtseva A.F., Romantsova E.B., Pogrebnaya M.V., Smorodina E.I. Evolution clinical and epidemiological course of bronchial asthma in during pregnancy // The 11th Sino-Russia forum of biomedical and pharmaceutical science: the conference proceedings. Harbin, 2014. P.166–167.

REFERENCES

1. Babtseva A.F., Prikhodko O.B., Romantsova E.B., Landyshev Yu.S., Kostrova I.V. Dynamics of mild persistent bronchial asthma course in pregnant women. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniâ* 2012; 46:39–43 (in Russian).
2. Zenkina A.S., Prikhodko O.B., Babtseva A.F., Romantsova E.B. The clinical course of asthma in pregnant smokers. In: Proceedings of the VI Congress of pulmonologists of Siberia and Far East. Blagoveshchensk; 2015. pp.36–39 (in Russian).
3. Luchnikova T.A., Prikhodko O.B. Features of social-economic status in pregnant women with bronchial asthma. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniâ* 2015; 56:78–82 (in Russian).
4. Prikhodko O.B. Clinical and functional features of bronchial and lung systems and neuro-vegetative regulation in patient with asthma in during pregnancy and their effects on offspring: abstract of PhD thesis. Blagoveshchensk; 2010 (in Russian).
5. Prikhodko O.B. Neurovegetative regulation and hemodynamics of pregnant women with bronchial asthma. *Allergologiya i immunologiya* 2009; 10(1):84–85 (in Russian).
6. Prikhodko O.B., Babtseva A.F., Romantsova E.B. Influence of clinical and functional features of bronchopulmonary system at pregnant women with asthma on the condition of child. *International Journal on Immunorehabilitation* 2010; 12(2):114a (in Russian).
7. Prikhodko O.B., Babtseva A.F., Romantsova E.B., Landyshev Y.S., Luchnikova T.A., Smorodina E.I., Kostrova I.V. The lack of asthma control during pregnancy as a predictor of perinatal complications. *Allergologiya i immunologiya* 2013; 14(3):188–189 (in Russian).
8. Romantsova E.B., Babtseva A.F., Prikhodko O.B. Medical and social status of pregnant women with asthma. *International Journal on Immunorehabilitation* 2009; 11(1):38a (in Russian).
9. Trofimov V.I. Features of the course and treatment of asthma in pregnant women. *Novye Sankt-Peterburgskie*

vrachebnye vedomosti 2009; 2:34–37 (in Russian).

10. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2014. Available at: www.ginasthma.org.

11. Luchnikova T.A., Prihodko O.B., Babtseva A.F.,

Romantsova E.B., Pogrebnaya M.V., Smorodina E.I. Evolution clinical and epidemiological course of bronchial asthma in during pregnancy. In: The 11th Sino-Russian forum of biomedical and pharmaceutical science: the conference proceedings. Harbin; 2014. pp.166–167.

Поступила 19.04.2016

Контактная информация

Анна Сергеевна Зенкина,

очный аспирант кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии,

Амурская государственная медицинская академия,

675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95.

E-mail: anver13xx@mail.ru

Correspondence should be addressed to

Anna S. Zenkina,

MD, Postgraduate student of Department of Hospital Therapy with Pharmacology Course,

Amur State Medical Academy,

95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation.

E-mail: anver13xx@mail.ru