

УДК 616.248:614.254:614.4

Т. А. Перцева, Т. В. Киреева, А. В. Черкасова

ДУ «Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины»

Достигнем ли полный контроль над астмой? Роль консультативно-диагностических пульмонологических кабинетов в лечении пациентов с бронхиальной астмой

Ключевые слова: бронхиальная астма, диагностика, лечение, контроль.

«Идея астмы как единой концепции унифицированной болезни с каждой новой порцией загадок уходит все дальше в царство исторических упрощений» [9]. На сегодня наиболее очевидным является представление о том, что бронхиальная астма (БА) — это синдром с различными факторами риска, прогнозами и разными ответами на лечение. Эти новые изменения в парадигме астмы уже нашли отражение при пересмотре положений рекомендаций «Глобальной инициативы по лечению и профилактике астмы» (Global Initiative for Asthma — GINA). Согласно GINA (2009) происходит неуклонный рост распространенности БА во всем мире, особенно в развитых странах с большой продолжительностью жизни (Великобритания, Голландия), где данный показатель достигает 15–18 % [4]. В Украине сегодня зарегистрировано более 300 тысяч больных БА. Несмотря на современный уровень знаний, хороший контроль БА, по официальным данным, достигается лишь в 30–50 % случаев, а по мнению некоторых авторов (Rabe K. и соавторы, 2000), на сегодняшний день астма контролируется полностью лишь у 5 % больных [8].

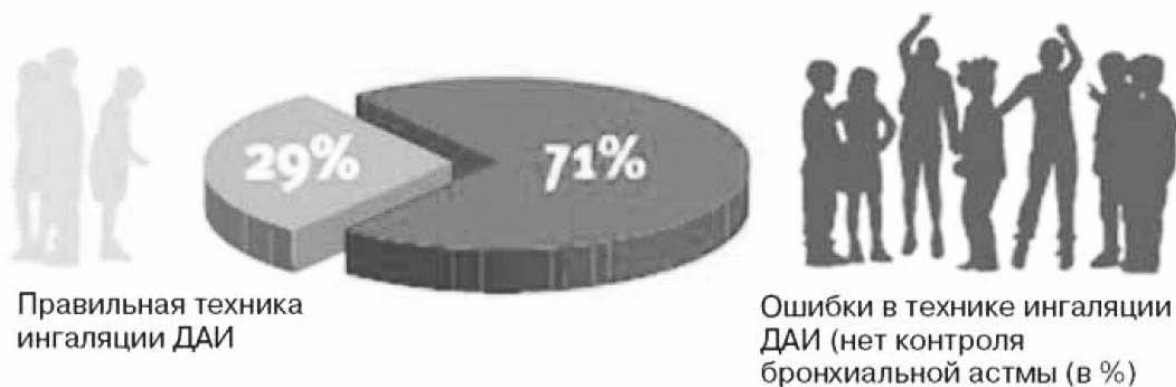
Еще в 2004 году результаты исследования GOAL (Gaining Optimal Asthma control) [11] впервые показали, что контроль БА по критериям GINA является реальной целью для более чем 75 % пациентов при условии следования международным рекомендациям и использования в качестве базисной терапии комбинированного ингаляционного препарата «Серетид», содержащего ингаляционный кортикостероидный (ИКС) препарат (флутиказон пропионат) и β_2 -агонист длительного действия (сальметерол). С 2006 года в рекомендациях GINA впервые контроль над течением заболевания был определен в качестве основной цели терапии БА. Понятие контроля БА включает целый ряд критериев. К ним относятся показатели функции внешнего дыхания, частота и

выраженность дневных и ночных симптомов, потребность в применении бронхолитиков короткого действия, частота и тяжесть обострений. Важным критерием течения заболевания является оценка самим пациентом уровня контроля над болезнью: частота и длительность пропусков учебы или работы, функциональный статус больного. Степень контроля БА отражает выраженность воспалительного процесса в тканях нижних дыхательных путей [5]. В новой редакции GINA (2007) понятие контроля над симптомами БА стало основополагающим в оценке течения заболевания. Введено понятие полностью контролируемой, частично контролируемой и неконтролируемой БА [6].

В международном исследовании ICAS (International Control of Asthma Symptoms) было выявлено: 90 % пациентов с БА глубоко уверены в том, что симптомы астмы являются неотъемлемой частью их жизни, и не сообщают о них своим врачам [6, 10]. Это значительно затрудняет работу врача по выявлению случаев недостаточного контроля над заболеванием и оптимизации ведения больных.

Кроме того, многие авторы отмечают, что большинство больных смиряются с последствиями плохого контроля астмы до тех пор, пока врачи не проинформируют их о возможности контролировать заболевание [14]. Да и сами врачи также склонны к преувеличению эффектов терапии и недооценке выраженности симптомов БА: в исследовании AIRE (Asthma Insights and Realities in Europe) более половины больных с «хорошим контролем», по мнению врачей, на самом деле демонстрировали недостаточный уровень контроля [13].

Эффективность терапии ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) зависит не только от их химической структуры, но и от устройства доставки аэрозоля в дыхательные пути, простоты техники их использования.



Наиболее частые ошибки (в %) у пациентов при выполнении ингаляции ДАИ

Медленный акт вдоха во время ингаляции	64
Нажатие на дно ингалятора с одновременным вдохом	57
Задержка дыхания на 10 с после вдоха	43

Рис. 1. Частота неправильного использования ДАИ

По данным украинских исследователей [3, 4, 7], большинство из опрошенных ни разу не были проинструктированы, как применять дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ), многие пользовались им неправильно, несмотря на 10-летний стаж заболевания БА. Частота ошибок возрастала в периоды обострения.

Согласно данным Европейского респираторного общества лишь 29 % пациентов правильно выполняют технику ингаляции ДАИ [12] (рис. 1).

Консультативно-диагностический пульмонологический кабинет «Спиро» на базе 6-й городской клинической больницы (ГКБ) в г. Днепропетровск работает более 10 лет. Более 5 тысяч жителей города получили консультативную помощь в кабинете. Под постоянным динамическим наблюдением в кабинете находится 1,5 тысячи пациентов. За годы работы специалисты в кабинете внедряют новые методы диагностики и дифференциальной диагностики основных проблем дыхательной системы. Практически половина посещений кабинета — это больные БА. В кабинете отработаны методы работы с пациентами: более 10 лет работает «школа больных БА», проводятся тренинги использования доставочных устройств. Пациенты с удовольствием посещают образовательные семинары. С каждым годом контингент участвующих в образовательных программах пополняется и обновляется. Наверное, главное в работе кабинета — постоянство во времени, доступность для любого пациента, помощь врачам общей практики и терапевтам. Немаловажным фактором является бесплатное оказание консультативно-диагностической помощи и проведение образовательных программ.

Целью данной работы было на примере работы консультативно-диагностического кабинета проанализировать степень контроля у пациентов, наблюдающихся в кабинете, и пациентов, первично направленных лечебно-профилактическими учреждениями города

на консультацию, выявить причины отсутствия контроля, оценить клиническую эффективность различных способов доставки ИГКС и приверженность пациентов к тому или иному виду доставочных устройств для ИГКС.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняло участие 86 пациентов с диагнозом БА персистирующего средне-тяжелого и тяжелого течения, посетивших консультативно-диагностический кабинет на базе 6-й ГКБ г. Днепропетровск на протяжении месяца. Среди обследованных пациентов было 50 (58 %) женщин и 36 (42 %) мужчин, в возрасте от 18 до 63 лет. Длительность заболевания от момента появления первых признаков болезни составила в среднем $(10,5 \pm 6,9)$ года (от 1 до 25 лет).

С целью определения контроля БА использовались как субъективные («Астма контроль тест»), так и объективные методы (спирометрия с пробой на обратимость) оценки состояния больного.

Asthma Control Test (ACT[™]) был разработан в 2002 году компанией Quality Metric Incorporated, в 2003 году представлен на Международном конгрессе по аллергологии и иммунологии, а в 2004 году появилась валидизированная русскоязычная версия. Тест состоит из 5 вопросов, ответы на которые представлены в виде пятибалльной шкалы. Результат тестирования зависит от суммы баллов, набранной пациентом. Так, оценка 25 баллов соответствует полному контролю, 20–24 — частичному контролю, сумма менее 20 баллов — неконтролируемое течение заболевания [5, 8] (рис. 2).

Кроме этого, пациенты и врач оценивали удобство и эффективность базисного персонального ингалятора по линейной шкале. Врач проверял правильность выполнения техники ингаляции с использованием персонального ингаляционного устройства.

ТЕСТ по контролю над астмой (АСТ™)



Узнайте свой результат теста по контролю над астмой

1 В каждом вопросе выберите ответ, который Вам подходит, обведите соответствующую ему цифру и впишите ее в квадратик справа. Постарайтесь честно отвечать на вопросы. Это поможет Вам и Вашему врачу подробно обсудить, как Вы справляетесь с астмой.

Этот тест поможет людям, страдающим астмой (пациентам от 12 лет и старше), оценить, насколько им удастся контролировать свое заболевание.

В каждом вопросе выберите ответ, который Вам подходит, и обведите соответствующую ему цифру. Всего в тесте ПЯТЬ вопросов.

Чтобы подсчитать результат теста по контролю над астмой, сложите все цифры, соответствующие Вашим ответам. Обязательно обсудите результаты с Вашим врачом.

Переверните страницу и прочитайте, что означает полученный результат.

Узнайте свой результат теста по контролю над астмой

Вопрос 1

Как часто за последние 4 недели астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?

Все время	1	Очень часто	2	Иногда	3	Редко	4	Никогда	5	
-----------	---	-------------	---	--------	---	-------	---	---------	---	--

Вопрос 2

Как часто за последние 4 недели Вы отмечали у себя затрудненное дыхание?

Чаше, чем раз в день	1	Раз в день	2	От 3 до 6 раз в неделю	3	Один или два раза в неделю	4	Ни разу	5	
----------------------	---	------------	---	------------------------	---	----------------------------	---	---------	---	--

Вопрос 3

Как часто за последние 4 недели Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы (свистящего дыхания, кашля, затрудненного дыхания, чувства стеснения или боли в груди)?

4 ночи в неделю или чаще	1	2-3 ночи в неделю	2	Раз в неделю	3	Один или два раза	4	Ни разу	5	
--------------------------	---	-------------------	---	--------------	---	-------------------	---	---------	---	--

Вопрос 4

Как часто за последние 4 недели Вы использовали быстродействующий ингалятор (например, Вентолин, Беротек, Беродуал, Атровент, Сальбутамол, Саламол, Сальбен, Астмопент) или небулайзер (аэрозольный аппарат) с лекарством (например, Беротек, Беродуал, Вентолин Небулы)?

3 раза в день или чаще	1	1 или 2 раза в день	2	2 или 3 раза в неделю	3	Один раз в неделю или реже	4	Ни разу	5	
------------------------	---	---------------------	---	-----------------------	---	----------------------------	---	---------	---	--

Вопрос 5

Как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?

Совсем не удавалось контролировать	1	Плохо удавалось контролировать	2	В некоторой степени удавалось контролировать	3	Хорошо удавалось контролировать	4	Полностью удавалось контролировать	5	
------------------------------------	---	--------------------------------	---	--	---	---------------------------------	---	------------------------------------	---	--

2 Сложите баллы и запишите полученный результат.

3 Переверните страницу и прочитайте, что означает полученный результат.

Рис. 2. Тест по контролю над астмой АСТ™

Результаты исследования

Пациенты были разделены на две основные группы: первая группа — 62 (72,1 %) больных, первично направленные в кабинет терапевтами и врачами общей практики, вторая группа — 24 (27,9 %) больных, наблюдающиеся в консультативно-диагностическом пульмонологическом кабинете два и более раз и по месту жительства терапевтами.

Все больные БА на момент исследования получали базисную терапию, которая могла быть комплексной (сочетание ИГКС и бронхолитика), комбинированной (стойкая комбинация препаратов ИГКС и длительно действующего β_2 -агониста) или монотерапией (ИГКС).

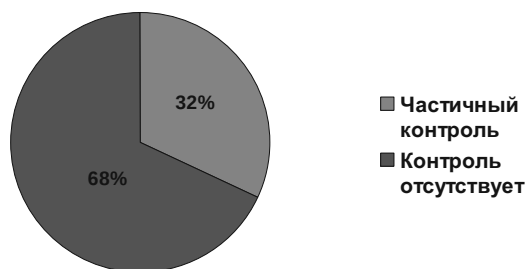


Рис. 3. Контроль БА (группа 1)

В качестве скоромоющего препарата использовался вентолин.

Оценивая степень контроля в двух группах больных БА, было установлено, что в первой группе степень контроля была значительно ниже, чем у представителей второй группы наблюдения. Так, у большей части (67,7 %) больных первой группы отмечалось полное отсутствие контроля БА, уровень же частичного контроля был в 3,6 раза ниже по сравнению с данными во второй группе (4 (26 %) и 64 (92 %) больных соответственно). Показательным является тот факт, что во второй группе случаев полного отсутствия контроля БА вовсе не наблюдалось (рис. 3, 4).

С целью объективной оценки степени контроля БА 54 обследованным больным было проведено спирометрическое обследование с проведением теста на обратимость бронхиальной обструкции. В соответствии с результатами спирометрии на момент обследования у 37,5 % пациентов функция внешнего дыхания (ФВД) не была нарушена, у 25 % — отмечалось нарушение ФВД I степени (у 2 пациентов ФВД была нарушена по смешанному типу, у 3 — по обструктивному и у 1 больного — по рестриктивному типу), у 38 % пациентов отмечалось нарушение ФВД II степени (у 3 пациентов ФВД было нарушено по обструктивному типу, у 5 — по смешанному

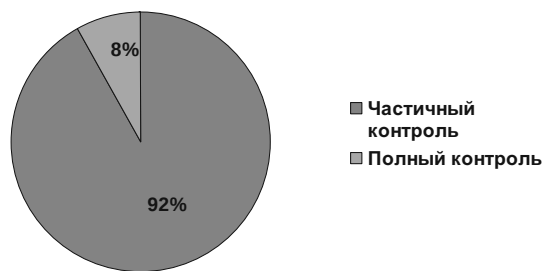


Рис. 4. Контроль БА (группа 2)

Вид базисной терапии	Первая группа (n = 62)		Вторая группа (n = 24)	
	абс.	%	абс.	%
Монотерапия (только ИГКС)	6	20	0	0
Комплексная (ИГКС и бронхолитики)	10	33,3	1	7,7
Комбинированная (ИГКС + LABA)	14	46,7	12	92,3

типу с преобладанием обструктивных нарушений) и у 4 % обследованных больных была диагностирована III степень нарушения ФВД по смешанному типу с преобладанием обструктивных нарушений. Среди больных с нарушением ФВД обратимость бронхообструкции была выявлена у 26 (46,7 %) больных. Данные спирометрии коррелировали со степенью контроля БА.

Анализируя исследуемые группы больных, особое внимание было уделено анализу получаемой ими базисной терапии. Так, в первой группе 52 (46,7 %) больных получали комбинированную базисную терапию (в одном ингаляторе ИГКС+LABA), 32 (33,3 %) – комплексную базисную терапию (ИГКС, короткие или длинные β_2 -агонисты, М-холинолитики), 7 (6,5 %) – монотерапию ИГКС. Короткие β_2 -агонисты лишь эпизодически принимали 23 (19,6 %) больных. Во второй группе абсолютное большинство пациентов – 69 (92,3 %) человек получали комбинированную терапию, лишь 5 (7,7 %) больных получали комплексное базисное лечение (табл. 1).

Наилучшие результаты степени контроля наблюдались у больных, получающих комбинированное базисное лечение, в сравнении с больными, находящимися на комплексной либо монотерапии ИГКС. Это подтверждается достаточно высоким уровнем частичного контроля как в первой, так и во второй группе больных (35,7 % и 91,7 % соответственно), и тем, что при базисной комбинированной терапии наблюдались случаи полного контроля БА во второй группе пациентов – у 6 (8,3 %) больных (рис. 5, 6).

В ходе исследования также производилась оценка эффективности и удобства персонального ингалятора как самим пациентом, так и его лечащим врачом. При этом персональный ингалятор оценивался как «супер эффективный», «эффективный», «недостаточно эффективный», «неэффективный», «очень удобный», «удобный», «недостаточно удобный», «неудобный». Оценка результатов производилась в двух группах: у больных, использующих ДАИ, – 62 (72,1 %) пациента и у больных, использующих дозированный порошковый ингалятор (ДПИ), – 24 (27,9 %) пациента (табл. 2, 3).

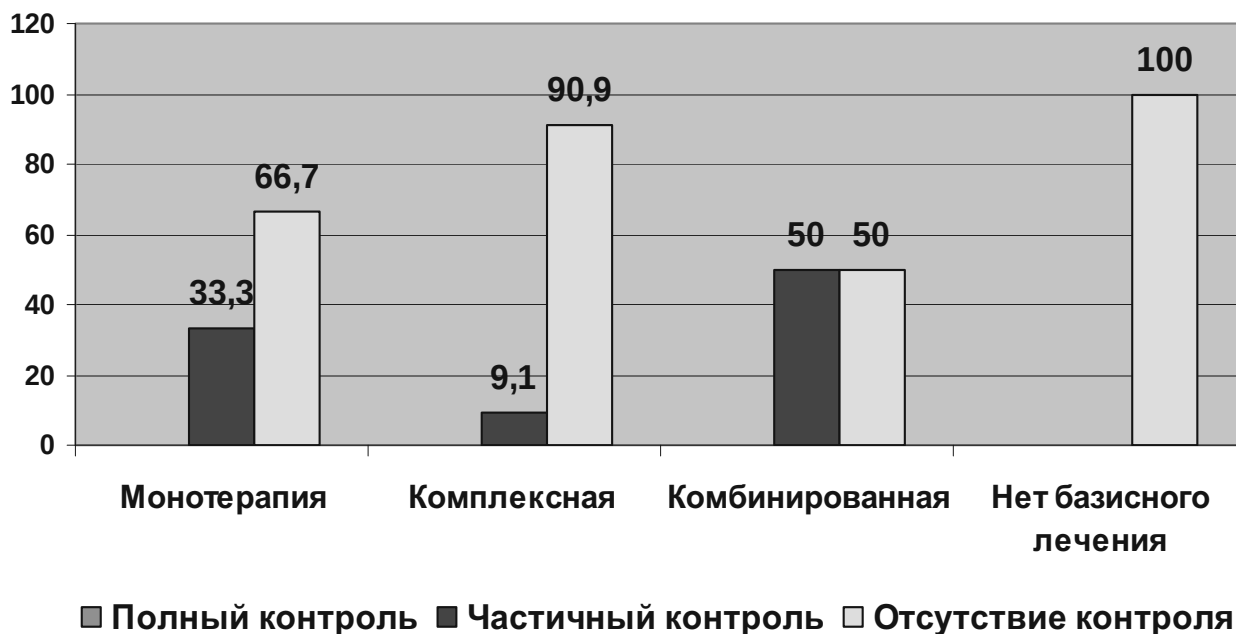


Рис. 5. Степень контроля БА в зависимости от получаемой терапии: первично обратившиеся



Рис. 6. Степень контроля БА в зависимости от получаемой терапии: повторно обратившиеся

Как видно из приведенных данных, в группе больных, использующих ДАИ, в абсолютном большинстве (90,3 %) случаев оценки эффективности и удобства ингалятора врачом и пациентом зачастую не совпадали.

Так, часто больным было свойственно переоценивать эффективность ингалятора, расценивая его в 40 % случаев как «очень эффективный». В то время как врач, учитывая объективные критерии контроля над заболеванием (спирометрия с пробой на обратимость), чаще оценивал ингалятор как «неэффективный». Низкая эффективность ДАИ, отмеченная лечащим врачом, скорее всего, была связана как с нарушением техники ингаляции (медленный вдох, отсутствие синхронизации вдоха и активации ингалятора, несоблюдение техники ингаляции, неправильное расположение ингалятора), что наблюдалось в 65 % случаев, так и с неверно подобранной дозой препарата – 35 % (рис. 7).

Таблица 2
Анализ эффективности и удобства дозированного аэрозольного ингалятора

Оценка врача и пациента	Эффективность	Удобство
Совпала	9,7 %	35,5 %
Не совпала	90,3 %	64,5 %

Таблица 3
Анализ эффективности и удобства порошкового персонального ингалятора

Оценка врача и пациента	Эффективность	Удобство
Совпала	92 %	96 %
Не совпала	8 %	4 %

Выводы

Степень контроля БА у пациентов, наблюдающихся у терапевта и врача общей практики, была значительно ниже, чем у пациентов, наблюдающихся и обучающихся в специализированном пульмонологическом консультативно-диагностическом кабинете. Основной причиной низких результатов уровня контроля БА являются ошибки в технике ингаляции, приводящие к недостаточной доставке лекарственного средства в дыхательные пути, снижению эффективности проводимой терапии. Немаловажное значение в низких показателях контроля больных играет недостаточная осведомленность о возможностях индивидуального контроля течения заболевания. Это приводит к несвоевременному обращению за медицинской помощью и к ухудшению состояния больного, потере контроля над заболеванием. Комбинированная терапия БА ассоциирована с лучшими показателями степени контроля в сравнении с монотерапией ИГКС и симптоматическим лечением. Следовательно, использование стабильной фиксированной комбинации препаратов значительно увеличивает эффективность лечения, следовательно – повышает степень контроля БА.

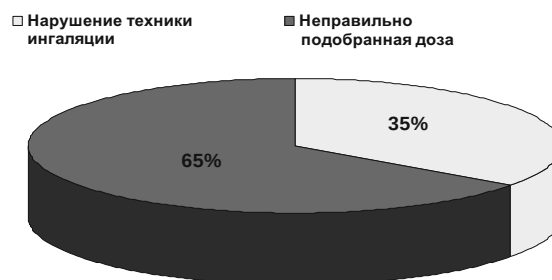


Рис. 7. Причины низкой эффективности ДАИ

Литература

1. Белевский, А. С. Тест контроля астмы — «новая игрушка» или важный инструмент? [Текст] // Пульмонология и аллергология. — 2005. — № 1 (16). — С. 1–2.
2. Огородова, Л. М., Кобякова, О. С., Абашина, Л. В. Оценка эффективности ведения больных БА на уровне первичного звена здравоохранения [Текст] // Пульмонология. — 2009. — № 6. — С. 58–63.
3. Оптимизация ингаляционной терапии за счет современных технологий в доставочных устройствах [Текст] / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина, А. Н. Туманов и др. // Астма та алергія. — 2004. — № 1–2. — С. 28–37.
4. Оценка распространенности респираторных симптомов и возможности скрининга спирометрии в диагностике хронических легочных заболеваний [Текст] / А. Г. Чучалин, Н. Г. Халтаев, В. Н. Абросимов и др. // Пульмонология. — 2010. — № 2. — С. 56–61.
5. Показатели контроля бронхиальной астмы у больных с холодовой гиперактивностью бронхов [Текст] / В. П. Колосов, А. Б. Пирогов, Ю. О. Симиреч, Ю. М. Перельман // Пульмонология. — 2010. — № 4. — С. 53–56.
6. Рекомендации Глобальной инициативы по борьбе с бронхиальной астмой (Global Initiative for Asthma, GINA) // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2010. — № 7 (36). — С. 44–56.
7. Фещенко, Ю. И., Перцева, Т. А., Конопкина, Л. И. Основы ингаляционной терапии при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме: Пособие для врачей [Текст]. — К. : Книга, 2005. — 86 с.
8. Цой, А. Н. От клинических исследований к пересмотру стратегии терапии бронхиальной астмы [Текст] // Consilium Medicum. — 2005: прил.: 14–24.
9. Яковлева, О. А., Жамба, А. О. Гетерогенность и фармакотерапия бронхиальной астмы [Текст] / По материалам Европейского респираторного общества // Медицинская газета. — 2010. — № 2. — С. 34–36.
10. Bellamy, D. Poor perceptions and expectations of asthma control: Results of the International Control of Asthma Symptoms (ICAS) survey of patients and general practitioners [Text] // Prim Care Respir. — 2005. — № 14. — P. 252–258.
11. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma control study [Text] / E. D. Bateman, H. A. Boushey, J. Bousquet et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2004. — № 170 (8). — P. 836–844.
12. Giraud, V., Roche, N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability [Text] // Eur. Respir. J. — 2002. — № 19 (2). — P. 246–251.
13. Has asthma control improved since AIRE? Results of a survey in 5 European countries. Abstract presented within oral presentation session «Towards controlling severe asthma» at ERS congress on 17 September 2007 [Text] // J. L. Desfougeres, B. Sohler, D. Freedman et al.
14. Haughney, J., Barnes, G., Partridge, M., Cleland, J. The Living & Breathing Study: a study of patients' views of asthma and its treatment [Text] // Prim. Care Respir. J. — 2004. — № 13 (1). — P. 28–35.

**ЧИ МОЖЛИВО ДОСЯГТИ ПОВНОГО
КОНТРОЛЮ НАД АСТМОЮ?
РОЛЬ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИХ
ПУЛЬМОНОЛОГІЧНИХ КАБІНЕТІВ У ЛІКУВАННІ
ПАЦІЄНТІВ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

Т. О. Перцева, Т. В. Кіреєва, Г. В. Черкасова

Резюме. На сьогодні бронхіальна астма (БА) — захворювання з різноманітними факторами ризику, прогнозами та різними відповідями на лікування. Добрий контроль БА за офіційними даними досягається лише в 30–50 % випадків, повністю контролювана астма — лише у 5 % хворих. Величезне значення в підвищенні ступеня контролю БА відіграють спеціалізовані пульмонологічні консультативні кабінети. Підбір терапії, заняття з пацієнтами, підвищення рівня обізнаності хворих БА, навчання правильній техніці використання інгалятора спрямовані на досягнення контролю БА. Призначення комбінованої терапії асоційовано з найліпшими показниками ступеня контролю БА. Використання стабільної фіксованої комбінації препаратів суттєво збільшує ефективність лікування та підвищує ступінь контролю БА.

Ключові слова: бронхіальна астма, діагностика, лікування, роль.

**IS WHETHER FULL CONTROL OF ASTMA ACHIEVMENT?
THE ROLE OF THE CONSULTATION
AND DIAGNOSTICS PULMONARY OFFICE
IN THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH BRONCHIAL ASTHMA**

T. A. Pertseva, T. B. Kireeva, A. A. Cherkasova

Summary. Today, bronchial asthma (BA) — is a disease with different risk factors, forecasts and different responses to treatment. Good control of asthma according to official data is achieved only in 30–50 % of cases, totally controlled asthma is in only 5 % of patients. Specialized pulmonological advisory offices are of great importance in asthma control degree increasing. Selection of the therapy, lessons with patients, increasing awareness of patients with asthma, learning correct technique of using an inhaler are directed to achieve asthma control. The appointment of combination therapy is associated with the best indicators of the asthma control degree. The use of stable fixed combination of drugs significantly increases the effectiveness of treatment and increases the degree of asthma control.

Key words: bronchial asthma, diagnosis, therapy, control.