

УДК 616.248:614.254:614.4

Т. А. Перцева, Т. В. Киреева, А. В. Черкасова
 Днепропетровская государственная медицинская академия

Выбор терапии для достижения и поддержания контроля над астмой врачом общей практики

Ключевые слова: бронхиальная астма, терапия, контроль.

Бронхиальная астма (БА) представляет собой глобальную проблему здравоохранения. Согласно обобщенным данным распространенность БА в разных странах мира колеблется от 1 до 18 % [6, 11]. БА является причиной 250 тыс смертей в год, при этом показатели смертности слабо коррелируют с распространенностью заболевания [5, 18]. Одним из наиболее значимых достижений медицины XX века стало внедрение в клиническую практику глюкокортикостероидных препаратов (ГКС). Ингаляционные ГКС (ИГКС) отличаются от системных ГКС своими фармакологическими свойствами: липофильностью, быстротой инактивации, коротким периодом полувыведения из плазмы крови. Главной целью лечения больных БА является достижение и поддержание контроля над заболеванием. На сегодняшний день астма контролируется полностью лишь у 5 % больных [9, 17].

Этапы развития понятия «контроль БА»

2004 год. Результаты исследования GOAL (Gaining Optimal Asthma control) [9] впервые показали, что контроль БА является реальной целью для более чем 75 % пациентов при условии использования в качестве базисной терапии комбинированного ингаляционного препарата Серетид, содержащего ИГКС препарат (флутиказона пропионат) и β_2 -агонист длительного действия (сальметерол). Достоверно установлено, что достижение контроля ассоциировалось с улучшением качества жизни пациента в зависимости от состояния его здоровья. 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. Степень контроля БА отражает выраженность воспалительного процесса в тканях нижних дыхательных путей. Исследование GOAL показало возможность достижения хорошего и полного контроля. Несмотря на видимое сходство данных формулировок, между ними все же имеются определенные различия [15, 13, 17] (табл. 1).

2006 год. В рекомендациях GINA впервые контроль над течением заболевания был определен в качестве основной цели терапии БА [2, 4, 16]. В 2006 г. в новой

Таблица 1 Отличия между хорошим и полным контролем БА		
Симптом заболевания (критерии контроля)	Полный контроль	Хороший контроль
Дневные симптомы, раз в неделю	Нет	≤ 2
Частота использования короткодействующих β_2 -агонистов, раз в неделю	Нет	≤ 2
Утренняя ПСВ*, % от должного	≥ 80	≥ 80
Ночные пробуждения из-за астмы	Нет	Нет
Обострения заболевания	Нет	Нет
Вызов скорой помощи из-за ухудшения состояния	Нет	Нет
Наличие побочных эффектов, заставляющих изменить терапию астмы	Нет	Нет
Примечание: * – пиковая скорость выдоха.		

Таблица 2

Критерии контроля БА			
Симптом заболевания (критерии контроля)	Контролируемая БА	Частично контролируемая БА	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы, раз в неделю	≤ 2	> 2	≥ 3 признаков частично контролируемой астмы
Ночные симптомы или при пробуждении	Нет	Любые	
Ограничение активности	Нет	Любые	
Необходимость использования бронхолитиков, раз в неделю	≤ 2	> 2	
ПСВ или ОФВ ₁ *, % от должного	> 80	< 80	> на 1–2 ступени, курс СКС**
План лечения	Контроль 1–6 месяцев	> на 1 ступень	

Примечания: * – объем форсированного выдоха за первую секунду; ** – системные кортикостероиды.

редакции GINA понятие контроля над симптомами БА стало основополагающим в оценке течения заболевания. Благодаря результатам исследования GOAL были получены четкие доказательства того, что клинические проявления БА – симптомы астмы, расстройства сна, ограничение дневной активности, ухудшение функции легких, а также необходимость в использовании скоропомощных медикаментов – могут быть уменьшены благодаря использованию комбинированной базисной терапии. В этом же году введено понятие контролируемой, частично контролируемой и неконтролируемой БА [2–4, 7, 11] (табл. 2).

2007 год. В редакции GINA понятие контроля над симптомами БА стало основополагающим в оценке течения заболевания, что также отражено в приказе МЗ Украины за 2007 г. №128 [3].

Однако, как показывает статистика, уровни контроля БА по-прежнему остаются довольно низкими. Это связано, в первую очередь, с тем, что больные считают симптомы БА неотъемлемой частью своей жизни. Согласно данным, опубликованным в *British Medical Journal* в 2006 г. [18], большинство больных мирятся с последствиями плохого контроля астмы до тех пор, пока врачи не проинформируют их о возможности контролировать заболевание (International Control of Asthma Symptoms) [7, 8, 10, 13, 18], что значительно затрудняет выявление случаев недостаточного контроля над заболеванием и оптимизацию ведения больных.

Еще одной причиной недостаточного уровня контроля заболевания является тот факт, что врачи склонны к преувеличению эффектов терапии и недооценке выраженности симптомов БА. В исследовании AIRE (Asthma Insights and Realities in Europe), проведенном еще в 1999 г., более чем у половины больных с хорошим контролем на самом деле имел место недостаточный уровень контроля [9, 10].

Эффективность терапии ИГКС зависит не только от их химической структуры, но и от устройства доставки аэрозоля в дыхательные пути, простоты техники их использования. Частота ошибок в технике использования дозированных аэрозольных ингаляторов (ДАИ) возрастает в период обострения заболевания. Согласно

данным Европейского респираторного сообщества лишь 29 % пациентов правильно выполняют технику ингаляции с помощью ДАИ [10].

Бронхиальная астма является единственным хроническим заболеванием, контролируемое течение которого позволяет больным вести обычный образ жизни и чувствовать себя здоровыми людьми. Однако достижение контроля над астмой весьма трудоемкий и длительный процесс, требующий значительных усилий не только от врача, но и от больного. Лечение БА вне обострений и при стабильном течении должно осуществляться лечащим врачом в условиях поликлиники, а вовсе не в стационаре, как долгое время было принято. Ведение и лечение больных БА является одной из задач семейного врача. Общий контроль астмы складывается из двух компонентов – текущего контроля и контроля долговременных составляющих будущего риска. Текущий контроль представляет собой выраженность симптомов и функциональный статус больного в данный момент времени, а под будущим риском понимают риск развития обострений, нестабильность (повторяющиеся эпизоды утраты контроля), перманентное ухудшение легочной функции и нежелательные эффекты лечения. Успешный и эффективный контроль этих компонентов и гарантирует контролируемое течение заболевания. Для достижения данной цели чрезвычайно важно внедрение в практику специальных опросников по контролю БА: ACQ (Asthma Control Questionnaire), ACT (Asthma Control Test), что позволяет больным самостоятельно контролировать протекание болезни, а врачу – вовремя распознать обострение и скорректировать лечение для скорейшего достижения полного контроля БА.

Цель исследования – проанализировать степень контроля БА у пациентов, находящихся на разной базисной терапии БА, выявить причины отсутствия контроля, оценить клиническую эффективность различных способов доставки ИГКС и приверженность пациентов к тому или иному виду доставочных устройств для ИГКС (рис. 1).

Пациентам 1-й и 2-й групп назначали в качестве базисной терапии комбинированный препарат Серетид

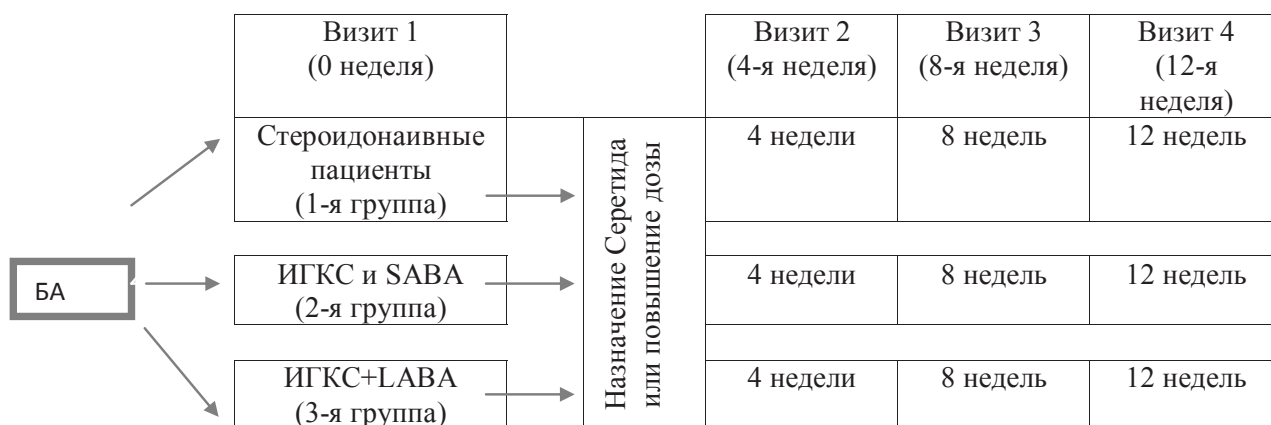


Рис. 1. Дизайн исследования

ТЕСТ по контролю над астмой (ACT™)

Узнайте свой результат теста по контролю над астмой

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.

Проверните 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 в неделю 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 Проверните страницу и прочитайте, что означает полученный результат.

ИТОГО

Рис. 2. Asthma Control Test (ACT™)

в суточной дозе 100/200 мкг или 100/500 мкг (Дискус или Эвахалер, в зависимости от приверженности пациента), пациентам 3-й группы при недостаточном контроле над астмой увеличивали суточную дозу ИГКС в комбинированном препарате Серетид.

Методы контроля БА

С целью определения контроля БА использовали анкетирование (ACT и ACQ) и исследование функции

внешнего дыхания (спирометрия с пробой на обратимость).

ACT был разработан в 2002 г. компанией Quality Metric Incorporated, в 2003 г. представлен на Международном конгрессе по аллергологии и иммунологии, а в 2004 г. появилась валидизированная русскоязычная его версия. Тест состоит из 5 вопросов, ответы на которые представлены в виде пятибалльной оценочной шкалы. Результат тестирования зависит от суммы баллов, набранной

пациентом. Так, оценка 25 баллов соответствуют полному контролю (*контролируемая астма*), 20–24 – частичному контролю (*частично контролируемая астма*), сумма менее 20 баллов – неконтролируемое течение заболевания (*неконтролируемая астма*) [1, 12, 17] (рис. 2).

АСQ является примером ординарных шкал. Преимуществом опросника является относительная простота понимания и регистрации абсолютных значений и их изменений самими пациентами или ухаживающими за ними лицами [14, 17, 29]. Кратко характеризуя данный тест, можно сказать, что это тест «трех семерок», состоящий из 7 вопросов, оцениваемых по 7-балльной шкале за последние 7 дней. Первые 6 вопросов касаются субъективных ощущений пациента и его индивидуальной оценки их тяжести (ночные пробуждения, тяжесть утренних симптомов, частота приступов удушья и хрипов, выраженность одышки, ограничение физической активности, частота использования бронходилататоров – вентолина, сальбутамола). Как видно из перечня представленных вопросов, они повторяют критерии контроля БА. Последний же вопрос является объективным критерием течения заболевания – ОФВ₁, ответ на который дает врач после проведения спирометрии. Результат тестирования зависит от суммы баллов, набранной пациентом. Так, сумма баллов $\leq 0,75$ – хороший контроль БА (*контролируемая астма*); 0,76–1,4 – частичный контроль БА (*частично контролируемая астма*), $\geq 1,5$ – плохой контроль БА (*неконтролируемая астма*). Как видно из данной градации суммы набранных баллов, значимым для оценки течения БА является 0,5 балла, что говорит о высокой чувствительности данного теста.

Спирометрию выполняли 1 раз в месяц с проведением теста на обратимость с β_2 -агонистами длительного действия.

Эффективность и удобство персонального ингалятора пациента оценивали по шкалам эффективности и удобства, от максимальных до минимальных качественных показателей (рис. 3).

Аналогичная оценка удобства и эффективности персональных ингаляционных устройств, включая правильность проводимого ингаляционного вдоха и эффективность выдоха, осуществлялась врачом по тем же шкалам – от максимальных до минимальных критериев.

Во время каждого визита врач проверял правильность выполнения техники ингаляции с использованием персонального ингаляционного устройства (аэрозольного или сухопорошкового).

Наблюдение велось в течение 3 месяцев. Визиты ежемесячные (табл. 3).

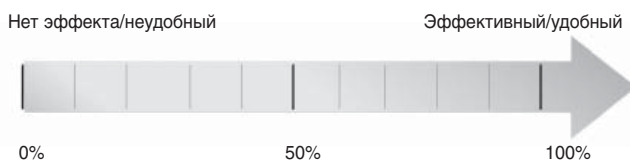


Рис. 3. Шкала эффективности препарата и удобства доставочных устройств

Таблица 3				
Расписание визитов				
Метод оценки	Визит 1	Визит 2	Визит 3	Визит 4
АСТ	+	+	+	+
АСQ	+	+	+	+
Эффективность ингаляции	+			+
Удобство ингаляции	+			+
Спирометрия	+			+
ОФВ ₁	+			+
Аналоговая	+	+	+	+

В исследовании приняли участие 96 пациентов с диагнозом БА персистирующего среднетяжелого течения – 54 женщины и 32 мужчины в возрасте от 18 до 63 лет (средний возраст – 44 года $\pm$ 12 лет). Длительность заболевания от момента появления первых признаков составила в среднем (10,5 $\pm$ 6,9) года (от 1 до 25 лет). Все больные БА на момент исследования получали терапию. Длительность стабильной терапии до начала исследования составляла 3 месяца и более. В качестве скоромошного препарата использовали вентолин или беродуал (табл. 4).

В зависимости от исходной базисной терапии все пациенты были поделены на 3 группы: 1-я группа (14 человек) – стероиднаивные пациенты, 2-я группа (65) – пациенты, получавшие ИГКС и симптоматическую терапию, 3-я группа (17) – пациенты, получавшие комбинированную терапию (Серетид = сальмотерол + фликсотид).

Результаты и их обсуждение

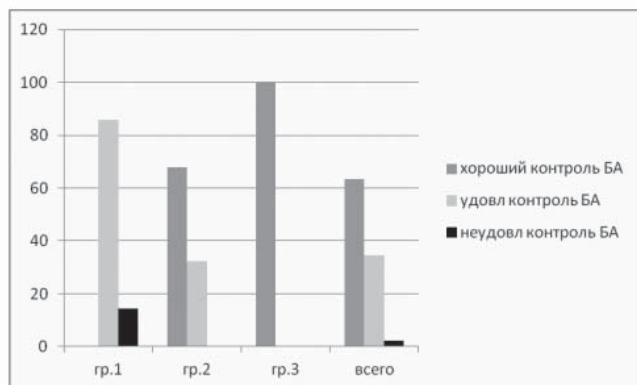
При первичном осмотре все пациенты оценивали свое состояние по критериям: хорошее, удовлетворительное,

Таблица 4	
Исходная терапия	
Препарат и доза, мкг в сутки	Количество больных
Вентолин 200, при необходимости	84
Беродуал Н	12
Зафирон 24	6
Беклазон 200	34
Беклазон 500	23
Беклазон 1000	8
Серетид Дискус 100/200	4
Серетид Дискус 100/500	6
Серетид Эвохалер 100/200	4
Серетид Эвохалер 100/500	3

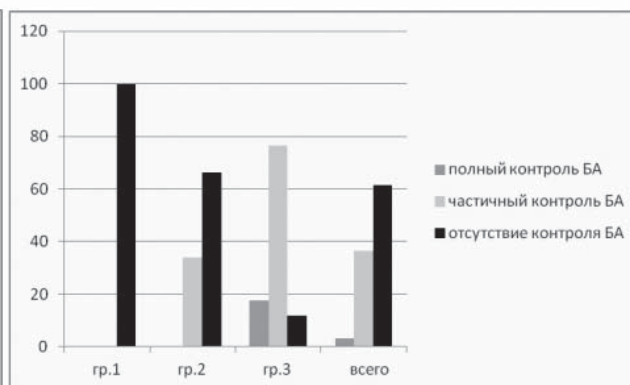
Таблица 5

Показатели контроля БА во время визита 1

Степень контроля над астмой	1-я группа (n = 14)	2-я группа (n = 65)	3-я группа (n = 17)	Все группы (n = 96)
Хороший		44 (67,7 %)	17 (100 %)	61 (63,5 %)
Удовлетворительный	12 (85,7 %)	21 (32,3 %)		33 (34,4 %)
Неудовлетворительный	2 (14,3 %)			2 (2,1 %)
Плохой				
АСТ, контролируемая астма (25 баллов)			3 (17,6 %)	3 (3,1 %)
АСТ, частично контролируемая астма (20–24 балла)		22 (33,8 %)	13 (76,5 %)	35 (36,4 %)
АСТ, неконтролируемая астма (менее 20 баллов)	14 (100 %)	43 (66,2 %)	2	59 (61,5 %)
АСQ, частота дневных эпизодов (среднее значение)	6–10	4–8	4–5	
АСQ, частота ночных эпизодов (среднее значение)	0–2	0–2	0–1	
АСQ, частота использования SABA	6–12	4–6	2–4	
ОФВ ₁ > 400 мл (12 %)	14 (100 %)	62 (95,4 %)	12 (70,6 %)	88 (91,7 %)



Субъективная оценка больными



Результаты АСТ

Рис. 4. Оценка контроля БА

Примечания: В1–4 – визит 1–4; гр.1–3 – группа 1–3.

неудовлетворительное, плохое. В группах наблюдения самооценка состояния по предложенным критериям была преимущественно «хорошее» и «удовлетворительное». Только в 1-й группе не было оценки «хорошее состояние» и 2 пациента оценили свое состояние как неудовлетворительное. Оценки своего состояния как плохое не было ни в одной группе. В то же время, по результатам суммарного количества баллов АСТ состояние контроля было оценено преимущественно как неконтролируемая астма.

Приведенные исходные данные свидетельствуют о переоценке пациентами состояния контроля над своим заболеванием. При объективизации оценки путем ответа на вопросы АСТ неконтролируемое течение астмы было у 59 (61,5 %) пациентов, частично контролируемое – у 35 (36,5 %), контролируемое – лишь у 3 (3 %). Причем в 1-й группе у всех (100 %) пациентов отсутствовал контроль над астмой, что вполне объяснимо отсутствием базисной противовоспалительной терапии. Во 2-й группе отсутствие контроля БА наблюдалось

у 66 % пациентов, частичный контроль – у 34 %. В 3-й группе было выявлено самое лучшее состояние контроля. Полный контроль был достигнут у 17 % пациентов, у 71 % – частичный контроль и лишь у 12 % больных наблюдалось отсутствие контроля над заболеванием (табл. 5).

При оценке степени контроля в трех группах больных БА было установлено, что в 1-й группе степень контроля была самой низкой, а в 3-й группе – была лучше, но тоже недостаточной (рис. 4).

Данными опросника АСQ и проведенной спирометрии недостаточный контроль БА у всех обследованных был подтвержден.

Как представлено в таблице 6, совпадение мнений пациента и врача в оценке эффективности и качества ингаляционных препаратов было лишь в 3-й группе наблюдения. Следует отметить, что в группах 1 и 2 пациенты использовали преимущественно ДАИ как для оказания неотложной помощи, так и для базисной терапии. В 3-й же группе пациенты пользовались ДАИ лишь

Таблица 6

Анализ эффективности и удобства дозированного индивидуального аэрозольного и сухопорошкового ингаляторов

Оценка, %	1-я группа (n = 14)		2-я группа (n = 65)		3-я группа (n = 17)	
	Пациент	Врач	Пациент	Врач	Пациент	Врач
Эффективность	35	12	82	15	96	74
Удобство	32	17	78	23	88	62

- Нарушение техники ингаляции
- Неправильно подобранная доза

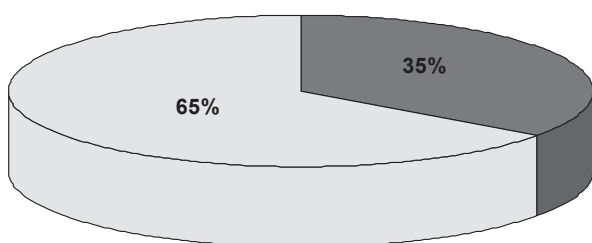


Рис. 5. Причины низкой эффективности ДАИ

в качестве скорпомощных препаратов, а для базисной терапии использовали ДАИ (Серетид Эвохалер) в 41 % случаев и сухопорошковые ингаляторы (Серетид Дискус) – в 59 %.

Так, зачастую больным было свойственно переоценивать эффективность ингалятора, расценивая его как 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. 5).

Наблюдение велось ежемесячно. Во время визитов пациенты заполняли АСТ и АСЦ. Проверялась техника выполнения ингаляции. Через 4 недели заметное улучшение контроля отмечалось в 1-й и 3-й группах. Во 2-й группе через 4 недели было 12 пациентов, которым не удалось достичь полного контроля, но они значительно улучшили контроль над своим заболеванием. При анализе причин недостаточного контроля отмечено, что все 12 пациентов применяли Серетид Эвохалер, техника использования которого у них была нарушена. Даже при обучении технике правильного использования Серетид Эвохалер желаемый результат терапии не был достигнут. Пациентам было предложено перейти с Серетид Эвохалер на Серетид Дискус в адекватной дозе.

По окончании 3-месячного исследования (12 недель) состояние контроля в каждой группе значительно улучшилось. Так, согласно АСТ отсутствия контроля не было ни у одного из пациентов трех групп, в 1-й и 3-й группах пациенты набрали по 25 баллов, что соответствует

полному контролю. Во 2-й группе у 2 пациентов отмечался неполный контроль, однако положительная динамика была на протяжении всех 12 недель. Также отмечалось значительное сокращение использования скорпомощных препаратов, практически пациенты перестали ими пользоваться к концу первой недели (рис. 6). Также при визите 3 (12 недель) в 4 раза уменьшилось количество пациентов с $ОФВ_1 > 400$ мл после пробы с бронхолитиком, что свидетельствует о снижении гиперреактивности (рис. 7). По окончании исследования у 94 % пациентов астма стала контролируемой, что выше, чем результаты, достигнутые в исследовании GOAL. Однако следует учесть, что достигнутые результаты не противоречат данным, полученным в исследовании GOAL, а подтверждают возможность достижения контроля у большинства пациентов с БА. Лучшие показатели контроля связаны с меньшим количеством пациентов (под наблюдением было всего 96 человек) и с более коротким периодом наблюдения (всего 3 месяца). Результаты приведены в таблице 7.

У наблюдаемых пациентов не было выявлено серьезных нежелательных проявлений проводимой терапии. В числе незначительных побочных эффектов отмечались: осиплость голоса – у 8 пациентов, усиленное сердцебиение – у 3. Во всех случаях эти явления были кратковременными и прошли самостоятельно. Трое пациентов за время наблюдения перенесли острое респираторное заболевание, во время которого им дополнительно назначались муколитические препараты. Таким образом, на фоне терапии Серетидом каких-либо существенных нежелательных явлений обнаружено не было. Все наблюдавшиеся нежелательные эффекты были быстропроходящими и исчезали в течение короткого времени и без отмены препарата.

Одним из важных факторов достижения контроля над течением заболевания является повышение приверженности рекомендуемой терапии со стороны пациентов. В данном исследовании влияние на комплаенс несомненно оказал уникальный способ доставки препарата – Мультидиск. При опросе больных, сравнивавших удобство использования Мультидиска и других систем доставки, большинство пациентов сошлись во мнении, что Мультидиск имеет целый ряд преимуществ. Особо выделялись такие положительные характеристики препарата, как простота в обращении, отсутствие необходимости синхронизации вдоха и нажатия на рычажок, простота определения запаса неиспользованных доз. Кроме того, использование Мультидиска позволяло

Таблица 7

Изменение степени контроля БА у пациентов в ходе исследования

Степень контроля над астмой	1-я группа (n = 14)			2-я группа (n = 65)			3-я группа (n = 17)			Все группы (n = 96)
	4-я нед	8-я нед	12-я нед	4-я нед	8-я нед	12-я нед	4-я нед	8-я нед	12-я нед	3 мес
АСТ (полный контроль 25 баллов)	12	14	14	48	56	63	16	17	17	94 (%)
АСТ (частичный контроль 20–24 балла)	2			12	8	2	1			2
АСТ (отсутствие контроля < 20 баллов)										
АСQ (частота дневных эпизодов)	4	1	0	4	1	1	1	0	0	1
АСQ (частота ночных эпизодов)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
АСQ (частота использования SABA)	4	1	1	3	1	1	2	0	0	2
ОФВ ₁ > 400 мл (12 %)	12	8	6	56	32	16	8	4	4	26 (%)

Таблица 8

Анализ эффективности и удобства дозированного индивидуального аэрозольного и сухопорошкового ингалятора при визите 4

Оценка, %	1-я группа (n = 14)		2-я группа (n = 65)		3-я группа (n = 17)	
	Пациент	Врач	Пациент	Врач	Пациент	Врач
Эффективность	100	100	98	94	100	100
Удобство	100	95	96	90	100	100

уменьшить общее количество и кратность ингаляций в течение суток. Таким образом, в результате проведенного исследования у большинства пациентов удалось достичь состояния, соответствующего полному контролю над астмой, свидетельствующего об эффективности терапии. Немаловажно, что цели лечения были достигнуты путем назначения комбинированного препарата Серетид. Четырехнедельного курса терапии оказалось недостаточно для установления полного контроля над астмой вследствие более медленной динамики ночных симптомов. Полный контроль над симптомами БА был достигнут по окончании 12 недель терапии.

Как видно из результатов, представленных в таблице 8, по окончании наблюдения за пациентами в течение 3 месяцев совпадение мнений пациента и врача в оценке

эффективности и удобства ингаляционных препаратов значительно выросло, что свидетельствует о выросшем комплаенсе пациентов.

Выводы

Для врача общей практики при наблюдении пациентов с БА выбор комбинированной базисной терапии является наиболее предпочтительным, так как позволяет в короткие сроки достичь контроля над заболеванием. Применение 12-недельного курса комбинированной терапии препаратом Серетид 100/500 мкг в сутки в постоянной дозе при среднетяжелом течении БА является наиболее эффективным как у стероидонаивных пациентов, так и в случаях неполного контроля при другой базисной терапии. Препарат Серетид безопасен

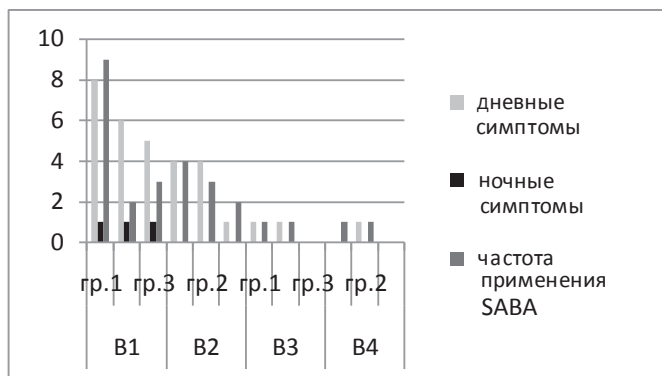


Рис. 6. Определение степени контроля по АСТ и АСQ за весь период наблюдения (12 недель)

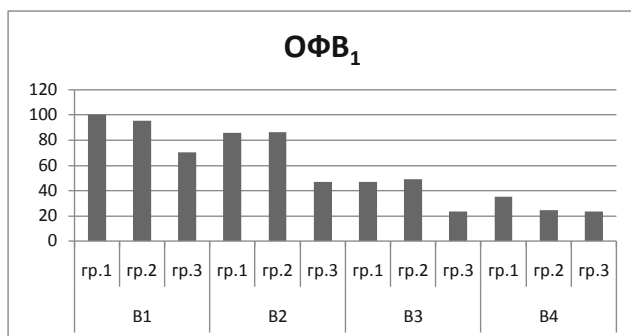


Рис. 7. Динаміка зміни частоти хворих БА з ОФВ₁ > 400 мл (12 %) за весь період спостереження (12 тижнів)

в застосуванні, не має побічних системних і кардіотоксичних дій. Комбінована терапія Серетидом Мультидиск високо оцінюється як лікарями, проводившими дослідження, так і самими пацієнтами.

Рекомендації лікарям загальної практики

Головною метою лікування хворих БА є досягнення і підтримання контролю над захворюванням. Використання комбінованого препарату Серетид дозволяє досягти контролю над БА за 3 місяці. Слід контролювати техніку виконання інгаляції, при виявленні помилок – проводити інструктаж і тренувати пацієнтів. При неможливості навчання правильній техніці застосування ДАІ потрібно переводити пацієнтів на сухопорошкову форму комбінованого препарату (Серетид Мультидиск).

Література

- Белевський, А. С. Тест контролю астми – «нова іграшка» або важливий інструмент? [Текст] / А. С. Белевський // Пульмонологія і алергологія. – 2005. – № 1 (16). – С. 1–2.
- Бейтман, Е. Д. Контроль астми за комплексною оцінкою показників. Аналіз дослідження GOAL [Текст, переклад з англ. А. А. Вислого] / Е. Д. Бейтман [і др.] // Новини медицини і фармації. – 2007. – № 18 (225). – С. 6–8.
- Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». – К., 2007. – 146 с.
- Нові рекомендації по лікуванню і профілактиці бронхіальної астми [Текст, переклад]: методичні рекомендації / Глобальна ініціатива по боротьбі з бронхіальною астмою – Global Initiative for Asthma, GINA // Здоров'я України. – 2007. – № 3, 4, 6.
- Чучалин, А. Г. Оцінка поширеності респіраторних симптомів і можливості скринінгу спірометрії в діагностиці хронічних легочних захворювань [Текст] / А. Г. Чучалин, Н. Г. Халтаєв, В. Н. Абросимов і др. // Пульмонологія. – 2010. – № 2. – С. 56–61.
- Цой, А. Н. Від клінічних досліджень до перегляду стратегії терапії бронхіальної астми [Текст] / А. Н. Цой, В. В. Архипов // Consilium Medicum Пульмонологія. – 2005. – С. 14–24.
- Bateman, E. D. 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. – Vol. 170. – P. 836–44.
- Bateman, E. D. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary [Text] / E. D. Bateman, S. S. Hurd, P. J. Barnes [et al.] // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 31. – P. 143–178.

9. Desfougeres, J. L. Has asthma control improved since AIRE? / J. L. Desfougeres, B. Sohler, D. Freedman [et al.] // 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.

10. Giraud, V. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability [Text] / V. Giraud, N. Roche // Eur. Respir. J. – 2002. – Vol. 19 (2). – P. 246–251.

11. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention 2009. [Електронний ресурс] Режим доступу: www.ginasthma.org.

12. Juniper, E. F. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control [Text] / E. F. Juniper, P. M. O'Byrne, G. H. Guyatt [et al.] // Eur. Respir. J. – 1999. – Vol. 14. – P. 902–907.

13. Juniper, E. F. Measuring asthma control in group studies: do we need airway calibre and rescue [Text] / E. F. Juniper, P. M. O'Byrne, J. N. Roberts [et al.] // Respir. Med. – 2001. – Vol. 95 (5). – P. 319–323.

14. Juniper, E. F. Measurement properties and interpretation of three shortened versions of the asthma control questionnaire [Text] / E. F. Juniper, K. Svensson, A. C. Mork [et al.] // Respir. Med. – 2005. – Vol. 99. – P. 553–558.

15. Juniper, E. F. Identifying «well-controlled» and «not well-controlled» asthma using the Asthma Control Questionnaire [Text] / Juniper E.F., Bousquet J., Abetz L. [et al.] // Respir. Med. – 2006. – Vol. 100. – P. 616–621.

16. Masoli, M. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report [Text] / M. Masoli, D. Fabian, S. Holt, [et al.] // Allergy. – 2004. – Vol. 59. – P. 469–478.

17. Reddel, H. K. European Respiratory Society Statement: asthma control and exacerbations standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice [Text] / H. K. Reddel, D. R. Taylor, E. D. Bateman [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2009. – Vol. 180. – P. 59–99.

18. Rees, J. Asthma control in adults / J. Rees // BMJ. – 2006. – Vol. 332. – P. 767–771.

19. Svensson, K. ACQ – is five out of seven items acceptable in large clinical studies? [Text] / K. Svensson, A. C. Mork, E. F. Juniper // Qual. Life Res. – 2003. – Vol. 12. – P. 771.

ВИБІР ТЕРАПІЇ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ТА ПІДТРИМАННЯ КОНТРОЛЮ НАД АСТМОЮ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

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

Резюме. Головною метою лікування хворих на бронхіальну астму є досягнення і підтримка контролю над захворюваннями. На сьогоднішній день астма контролюється повністю лише у 5% хворих. Вибір для базисної терапії комбінованих препаратів (Серетид) є найбільш раціональним, тому що дозволяє за короткий термін досягти контролю над захворюваннями. Препарат Серетид безпечний у застосуванні, адже не має побічної системної і кардіотоксичної дії. Однак слід контролювати техніку виконання інгаляції, при виявленні помилок – проводити інструктаж і тренувати пацієнтів. Комбінована терапія препаратом Серетид Мультидиск високо оцінюється як лікарями, так і пацієнтами.

Ключові слова: бронхіальна астма, терапія, контроль.

CHOICE OF THERAPY TO ACHIEVE AND MAINTAIN ASTHMA CONTROL BY GENERAL PRACTITIONER

T. A. Pertseva, T. V. Kireeva, A. V. Cherkasova

Summary. The main goal of treating patients with asthma is to achieve and maintain control of the disease. Today, asthma is controlled entirely only in 5% of patients. The choice of combined drugs (Seretide) for the basic treatment is preferred because it allows to achieve disease control quickly. The drug Seretide is safe to use because it causes no systemic or cardiotoxic side effects. However, the technique of inhalation should be monitored. If any mistakes detected, additional patient training is to be performed. Combined therapy with Seretide Multidisc is highly appreciated by physicians and patients.

Key words: asthma, treatment, control.