

- reductase gene polymorphisms are associated with ischemic and hemorrhagic stroke: dual effect of MTHFR polymorphisms C677T and A1298C // *Brain Res. Bull.* – 2006. – Vol. 71 (1–3). – P. 45–50.
31. Szolnoki Z., Somogyi F., Szaby M. et al. Interactions between the MTHFR C677T and MTHFR A1298C mutations in ischaemic stroke // *Ideggyogy Sz.* – 2006. – Vol. 59 (3–4). – P. 107–112.
32. Udas A., Williams E.B., Butenas S. et al. Homocysteine inhibits inactivation of factor Va by activated protein C // *J. Biol. Chem.* – 2001. – Vol. 276. – P. 4389–4439.
33. Van Beynum I. M., Smeitink J.A.M., den Heijer Martin et al. Hyperhomocysteinemia – a risk factor for ischemic stroke in children // *Circulation.* – 1999. – Vol. 99. – P. 2070–2072.
34. Wald D.S., Bishop L., Wald N.J. et al. Randomized trial of folic acid supplementation and serum homocysteine levels // *Arch. Intern. Med.* – 2001. – Vol. 161, No. 5. – P. 695–700.
35. Welch G., Loscalzo J. Homocysteine and atherothrombosis // *N. Engl. J. Med.* – 1998. – Vol. 338 (15). – P. 1042–1050.
36. Writing Group of the American Heart Association Stroke Council and the Council On Cardiovascular Disease in the Young “Management of stroke in infants and children. A scientific statement from a special writing group of the American heart association stroke council and the council on cardiovascular disease in the young” // *Stroke.* – 2008. – Vol. 39. – P. 2644–2691.
37. Zak I., Sarecka-Hujar B., Kopyta I. et al. The T allele of the 677c>t polymorphism of *methylenetetrahydrofolate reductase* gene is associated with an increased risk of ischemic stroke in Polish children // *J. Child Neurol.* – 2009. – Vol. 24 (10). – P. 1226–1262.
38. Zhang G., Dai C. Gene polymorphisms of homocysteine metabolism-related enzymes in Chinese patients with occlusive coronary artery or cerebral vascular diseases // *Thromb. Res.* – 2001. – Vol. 104 (3). – P. 187–195.
39. Zhang X., Li H., Jin H. et al. Effects of homocysteine on endothelial nitric oxide production // *Am. J. Physiol. Renal Physiol.* – 2000. – Vol. 279 (4). – P. 671–678.
40. <http://www.ncbi.nlm.gov/projects/SNP/> / Электронный ресурс. Режим доступа: (дата обращения 17.07.2012).

Поступила 09.08.2012

Сведения об авторах

Львова Ольга Александровна, канд. мед. наук, доцент, заведующая кафедрой неврологии детского возраста и неонатологии ГБОУ ВПО “Уральская государственная медицинская академия” Минздрава России.

Адрес: 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

E-mail: olvova@bk.ru.

Гусев Вадим Веньевич, канд. мед. наук, ассистент кафедры неврологии детского возраста и неонатологии ГБОУ ВПО “Уральская государственная медицинская академия” Минздрава России, зав. неврологическим отделением МБУЗ ЦГКБ № 23.

Адрес: 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

E-mail: gusev_vadim@inbox.ru.

Ковтун Ольга Петровна, докт. мед. наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО “Уральская государственная медицинская академия” Минздрава России.

Адрес: 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

E-mail: kovtun@usma.ru.

Гаврилов Илья Валерьевич, канд. мед. наук, доцент кафедры биохимии ГБОУ ВПО “Уральская государственная медицинская академия” Минздрава России. Адрес: 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

E-mail: Given18@yandex.ru.

Решетова Анна Николаевна, студентка ГБОУ ВПО “Уральская государственная медицинская академия” Минздрава России.

Адрес: 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

E-mail: alony@rambler.ru.

Степанова Александра Эдуардовна, студентка ГБОУ ВПО “Уральская государственная медицинская академия” Минздрава России.

Адрес: 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

E-mail: vorona013@mail.ru.

УДК 616.248-037-03

СРАВНЕНИЕ ШКАЛ ОЦЕНКИ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ACT, ACQ) И ИНДЕКСА КООПЕРАЦИИ

И.П. Евсеева, А.А. Пунин, К.Е. Воронцов

ГБОУ ВПО “Смоленская государственная медицинская академия” Минздрава России

ОГБУЗ “Клиническая больница № 1”, Брянск

E-mail: evseevaip@mail.ru

COMPARATIVE EVALUATION OF BRONCHIAL ASTHMA CONTROL QUESTIONNAIRES (ACT, ACQ) AND COOPERATION INDEX

I.P. Evseeva, A.A. Punin, K.E. Vorontsov

Smolensk State Medical Academy

Clinical Hospital № 1, Bryansk

Проведено изучение кооперативности больных бронхиальной астмой (БА) на различных уровнях достижения контроля. В исследовании приняли участие 202 амбулаторных больных. Все респонденты были разделены на две

группы в зависимости от инструмента оценки контроля (АСТ и АСQ-5). Нами установлено, что кооперация не зависит от инструментов оценки контроля БА (GINA и АСQ-5), уровня его достижения и составляет 62%.

Ключевые слова: бронхиальная астма, контроль, кооперативность.

Asthma patient cooperation was studied in individuals with various levels of control over the disease. The study included 202 outpatients. All respondents were divided into two groups: asthma control in group 1 was assessed by using the asthma control test (ACT); disease control in group 2 was assessed by using the asthma control questionnaire (ACQ-5). Data showed that cooperation index was 62% and did not depend on the tool of bronchial asthma control assessment (GINA and ACQ-5) and the level of the disease control.

Key words: bronchial asthma, control, cooperation.

Введение

Согласно последнему пересмотру GINA (Global Initiative for Asthma), основной целью лечения БА становится достижение и поддержание контроля над заболеванием [6]. GINA предлагает рабочую схему определения контроля, основанную на анализе клинических проявлений болезни, функциональных показателей и наличии обострений. Однако данная схема официально еще не утверждена. В настоящее время учеными продолжается поиск универсального инструмента. Так, разработаны несколько методик помимо GINA, GOAL [10], АСQ [13], АСТ [14] и др. Представленные инструменты имеют неодинаковую чувствительность и информативность на разных этапах болезни. АСТ хорошо “предсказывает” частично контролируемую и неконтролируемую астму, но не “различает” контролируемую и частично контролируемую астму [1]. Наряду с АСТ врачами успешно используется АСQ-5 шкала. Применяя данный тест, доктор имеет возможность оценить контроль астмы сегодня и риск обострений в будущем [10]. АСQ-5 имеет высокую предсказательную ценность для диагностики контролируемой и неконтролируемой астмы, позволяет выявить клинически значимые изменения контроля над астмой даже у тех больных, у которых согласно критериям GINA астма остается неконтролируемой [1]. Однако “контроль” с позиции доктора (GINA, GOAL) и пациента (АСQ-5, АСТ) имеет некоторые субъективные различия по результатам исследований [3]. Существование различных критериев и пороговых значений и отсутствие единой системы определения контроля над БА затрудняет определение врачом статуса пациента в клинической практике.

В то время как продолжается поиск более совершенных инструментов контроля, его уровень по-прежнему остается низким. Исследование уровня контроля в Европе выявило 53,3% больных с недостаточно контролируемой БА [12]. В России этот показатель в 2011 г. составил 77% [3].

Анализ причин плохого контроля показал, что одним из основных препятствий является низкая приверженность к терапии. Именно “неправильное или неадекватное применение лекарственных препаратов и ингаляторов остается самой частой причиной неудач в достижении контроля” [6]. Итак, путь к успешному лечению – соблюдение рекомендаций доктора. Комплаенс при применении ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) приближается к 50% [6]. Для оценки врачом приверженности больного существуют разные методы: ведение индивидуального дневника, самообщение, подсчет доз, выписанных рецептов, анкетирование. В отечественном здравоохранении с этой целью определяют индекс

кооперации (ИК) – степень желания и возможности пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме [9]. Взаимосвязь между кооперативностью (КП) больного и клиническим эффектом имеет прямую силу: чем больше КП, тем лучше результаты лечения. На КП оказывают негативное влияние низкое образование пациентов и врачей общей практики, недостаточный уровень сотрудничества между ними, неправильная техника ингаляции [6], тревожно-депрессивные расстройства личности [2], кратность и длительность приема препарата [11]. В то же время остаются открытыми вопросы, касающиеся влияния динамики состояния здоровья больного на оценку кооперации; информативности субъективных методов оценки с позиции врача и пациента. Цель работы: оценка динамики составляющих кооперации на разных этапах достижения контроля астмы по шкалам АСТ и АСQ-5.

Материал и методы

В исследовании участвовали 202 больных БА (113 женщин, 89 мужчин), находящихся на амбулаторном наблюдении у пульмонолога. Средний возраст больных составил $55 \pm 0,95$ лет (от 23 до 80 лет). На момент включения в исследование пациенты получали базисную антиастматическую терапию согласно стандартам GINA 2009: 5,2% больных – монотерапия фликсотидом, 41% – 50 мкг сальметерола и 250 мкг флутиказона, 29% – 50 мкг сальметерола и 500 мкг флутиказона, 10,9% – будесонид 160 мкг и 4,5 мкг формотерола по 1 вдоху дважды в день, 3,8% – будесонид 160 мкг и 4,5 мкг формотерола по два вдоха дважды в день. Легкая степень тяжести определена у 23%, средняя – у 50,5%, тяжелая – у 26,4% больных. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от инструмента оценки контроля: АСТ и АСQ-5. В качестве референтного метода была выбрана шкала GINA 2009 [6].

Дополнительно проводилось внутригрупповое деление согласно уровню достижения контроля над заболеванием. АСТ содержит 5 вопросов с 5-балльной шкалой. Первая группа – сумма 25 баллов означает полный контроль; вторая группа – сумма 20–24 балла означает, что астма контролируется хорошо; третья группа – сумма 19 баллов и меньше свидетельствует о неконтролируемой астме [14]. АСQ-5 тест состоит из 5 вопросов с 6-балльной шкалой ответов. Общий балл АСQ-5 вычисляется как среднее арифметическое для 5 ответов. 1-я группа: $<0,5-0,75$ – хороший контроль. 2-я группа: $0,75-1,5$ – частичный контроль. 3-я группа: $>1,5$ – неконтролируемая астма [13]. Анкета использовалась в форме, предусматривающей самостоятельное заполнение без помощи врача.

Характеристики участников исследования представлены в таблице 1.

Исследование ФВД осуществлялось всем пациентам на спирометре Super Spiro, Micro Medical (Великобритания). Анализировали показатели: ОФВ1, модифицированный индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ). В расчет принимали исследование с максимальными значениями показателей ОФВ1. Показатели выражали в процентах по отношению к должным величинам. Всем пациентам проводилась проба на обратимость бронхиальной обструкции с 400 мкг сальбутамола [4].

Для оценки КП использовались показатели опросника «Индекса кооперации при БА» (ИКБА-50) форма «А», разработанного в НИИ пульмонологии МЗ РФ в 1997 г. Он позволяет количественно оценить 9 психологических и экономических составляющих КП: исходную КП (ИХКП); осознание опасности (ОО); потребность в безопасности (ПБ); информированность (ИНФ); доступность средств реализации (ДС); текущую КП (ТКП); удовлетворение от кооперации (УК); общий индекс кооперации (ОИК) и искренность (ИС). Расчет проводился методом суммирования рейтингов по шкале от 0 до 100% [9]. Проводилось сравнение показателей ИКБА-50 с позиции оценки уровня контроля по ординарным шкалам АСQ-5 и АСТ.

Дополнительно проводилось анкетирование по госпитальному вопроснику тревоги и депрессии – ГОТД (A.S. Zigmont, 1983) для верификации и оценки выраженности уровня тревоги (Т) и депрессии (Д).

Полученные данные были обработаны с помощью стандартных статистических методов [8]. Качественные признаки представлены в виде абсолютных и относительных значений (%) от общего числа случаев. Описание количественных признаков при нормальном распределении представлено в виде среднего значения \pm ошибка среднего значения. При распределении, отличном от нормального, все численные данные представлены как медиана (Ме) с 25–75%-м интерквартильным размахом.

Таблица 1

Характеристика участников исследования по критериям GINA

Показатели	GINA 2009		
	Контролируемая БА (n=53)	Частично контролируемая (n=66)	Неконтролируемая БА (n=83)
Возраст, лет	55 \pm 1,57	57 \pm 1,61	55 \pm 1,57
Пол, м/ж	33/20	27/39	29/54
Длительность болезни, лет	5,89 \pm 0,76	9,86 \pm 1,2	12 \pm 1,37
ОФВ1, % долж.	100,4 \pm 3,13	85,0 \pm 2,35	62,0 \pm 2,53
ОФВ1/ФЖЕЛ	88,2 \pm 2,41	87,9 \pm 2,37	80,1 \pm 2,40

Таблица 2

Сравнение результатов тестов АСТ и АСQ-5 со шкалой GINA 2009

Тесты	Уровень контроля над БА по GINA 2009		
	Контролируемая БА	Частично контролируемая	Неконтролируемая БА
АСТ	23,0 (21; 25)	20,0 (17; 22)	13,0 (10; 16)
АСQ-5	0,2 (0,0; 0,4)	1,1 (0,6; 1,6)	2,8 (2,2; 3,2)

Для проверки гипотезы о нормальности распределения вариационных рядов использовался критерий Пирсона. Статистическая достоверность изменений оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента, который в случае невыполнения законов нормального распределения заменялся U-критерием Манна–Уитни с заданным уровнем достоверности 0,95. Для установления линейной зависимости переменных при распределении, отличном от нормального, использовался коэффициент корреляции Спирмена (Spearman rank Correlation coefficient).

Результаты и обсуждение

В группе GINA имели контролируемое течение 26,2% больных, частичного контроля – 32,7%, неконтролируемое течение отмечено у 41,1%. В группе АСQ-5 хороший контроль определен у 35,1% больных, частичный – у 19,8%, плохой контроль – у 45%. Анкетирование по АСТ выявило полный контроль только у 8% больных, у 34,9% – частичный, у 56,6% – отсутствие контроля. Сравнение полученных результатов с референтной шкалой (табл. 2) показало, что наиболее близкие значения со шкалой GINA имеет тест АСQ-5. При оценке восприятия контроля по АСТ пациенты отмечали склонность к занижению уровня своего контроля. Вероятно, одна из причин этой переоценки лежит в последнем вопросе анкеты [1]. Схожие результаты получены при анкетировании больных по шкале АСQ в многоцентровом наблюдательном исследовании НИКА и ряде других [3, 7].

Как видно из таблицы 1, при контролируемой БА пациенты имели достоверно более высокие значения ОФВ1 и меньшую длительность заболевания, в дальнейшем с потерей контроля отмечалась тенденция к снижению функциональных показателей ($p < 0,001$) и увеличению продолжительности болезни ($p < 0,001$). Таким образом, нами установлено, что более высокие показатели ОФВ1 и ранняя диагностика болезни способствуют улучшению контроля над БА.

Показатели тревоги и депрессии в группе GINA составили при полном контроле 5 (2; 8) и 4,5 (2; 7); во 2-й – Т 7 (4; 9) и Д 5 (2; 8); в 3-й – Т 8 (4; 10) и Д 7 (3; 9). В представленной выборке у пациентов с контролируемым течением БА не выявлено клинически значимых различий между показателями тревожности и депрессии, в отличие от субклинического уровня тревоги и депрессии при низком контроле. На возможность влияния на течение астмы тревожно-депрессивных расстройств указывают в своих работах М.Н. Акулова (2008), L. Fleming (2007), A. Potoczek и соавт. (2006).

Анализ составляющих кооперации в группах АСТ и АСQ-5 (табл. 3, 4) показал, что вне зависимости от уровня достигнутого контроля над БА изначальная готовность пациента к сотрудничеству составляла 50% и оказывала прямое влияние на ОИК ($r=0,68$; $p < 0,001$). По мере достижения контроля достоверно возрастала те-

кующая кооперативность и удовлетворение от общения с доктором ($p < 0,001$). При неконтролируемом течении была установлена прямая связь умеренной силы между изначальной кооперацией больного и ТК ($r = 0,43$; $p = 0,0001$). Следовательно, высокая мотивация пациента к сотрудничеству с врачом служит гарантией соблюдения им рекомендованной схемы терапии и благополучного течения заболевания. Показатель доступности медицинской помощи уменьшается с потерей контроля ($p = 0,03$). Именно у пациентов с плохим контролем выявлено прямое влияние ДС на ТК и УК ($r = 0,35$; $r = 0,37$; $p = 0,001$ соответственно). Таким образом, недоступность для больных средств для лечения БА можно рассматривать как одну из причин, препятствующих достижению контроля. Необходимо остановиться на степени информированности пациентов об основных методах лечения. ИНФ повышается по мере ухудшения контроля и достигает своего максимального значения в 32,1% ($p = 0,08$), что в десятки раз ниже ИНФ пациентов, посещавших занятия в астма-школах, – 49,1% [2, 5]. Кроме того, установлено умеренной силы влияние ИНФ на ОИК на всех уровнях контроля ($r = 0,37$; $p < 0,001$), однако при частичном

контроле и его отсутствии ИНФ оказывала слабое воздействие на ИХК, ТК ($r = 0,27$ и $0,29$; $p = 0,006$) и не влияла на эти показатели при контролируемом течении. Из этого следует, что врач на амбулаторном приеме должен уделять особое внимание образовательным беседам с больными, не достигшими контроля. Наибольшую опасность для жизни БА представляла у пациентов 3-й группы, однако больше испытывали потребность в эффективном лечении пациенты с контролируемой БА ($p < 0,001$). Определено умеренное влияние тревоги на показатель ОО ($r = 0,36$; $p = 0,004$). Сообразно с этим, полученные данные можно объяснить наличием тревожных расстройств при ухудшении заболевания.

ОИК (степень готовности и возможности пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме) достоверно не отличается на разных уровнях достижения контроля и равен 62%. Установленное значение ОИК не противоречит ранее проведенным исследованиям по изучению КП [2, 5, 9]. При сравнительном анализе шкал КП в зависимости от инструмента оценки GINA 2009 и ACQ-5 (характеристики показателей КП отражены в таблицах 2, 3) не было получено статистически значимых различий.

Таким образом, отмечено влияние на ОИК таких показателей, как исходной и текущей кооперативности, информированности и удовлетворения от сотрудничества.

Таблица 3

Сравнение групп пациентов по медианам с 25–75%-м интерквартильным размахом шкал КП в зависимости от уровня контроля, оцененного по АСТ

Шкалы	1-я группа (n=17)	2-группа (n=71)	3-я группа (n=114)
ИХКП	55 (50;60)	55,3 (46,5; 61,7)	56,8 (51; 59,2)
ОО	38,8** (27,8; 46,1)	42,3 (32,7;53,8)	46,2 (38,5; 57,7)
ПБ	76,7** (62,6; 81,8)	71,7*** (63,7; 78,8)	66,8 (47,5; 75,4)
ИНФ	28,8 (16,9; 36,7)	32,3 (22,4; 39,1)	32,0 (25; 43,8)
ДС	100 (92,7; 100)	99,0 (91,4; 100)	98,4 (91,9; 100)
ТК	87,8* (84,9; 88)	84,7*** (82,9; 87,7)	83,3** (77,9; 87,9)
УК	95,1* (90,2;97,6)	92,7*** (87,8; 95,1)	87,8** (80,5; 91,7)
ИС	50 (31,2; 57,7)	50 (41,7; 58,2)	50 (33,6; 58,1)
ОИК	62,3 (60,7;65,6)	62,1 (59; 66,8)	62,31 (58; 65,1)

Примечание: * – статистическая значимость различий между 1 и 2-й группами; ** – между 1 и 3-й группами; *** – между 2 и 3-й группами.

Таблица 4

Сравнение групп пациентов по медианам с 25–75%-м интерквартильным размахом шкал КП в зависимости от уровня контроля, определенного по шкале ACQ-5

Шкалы	1-я группа (n=71)	2-группа (n=40)	3-я группа (n=91)
ИХКП	56,3 (51; 60,3)	56,6 (50,3; 61,7)	55(48,7; 60,3)
ОО	37,5** (26,8; 46,3)	38,6*** (30,7; 48,5)	47,4 (40,1; 57,7)
ПБ	75,2** (66,1; 82,1)	69,7 (57,6; 78,9)	69,7 (51,5; 75,8)
ИНФ	28,7 (18,0; 35,6)	28,8*** (17,9; 32,4)	32,0 (25,1; 42,8)
ДС	99,1 (91,6; 100)	100 (91,8; 100)	98,3 (91,7; 100,6)
ТК	87,8* (85,2; 89,4)	85,4 (82,2; 87,6)	85,2** (79,5; 87,5)
УК	95,4** (90,1; 98,6)	95*** (90,2; 95,2)	87,9 (81,7;95,5)
ИС	42,7 (33,5; 66,6)	50,1 (33,3; 58,4)	50,3 (33,3;58,3)
ОИК	62,3 (60,3; 65,4)	61,9 (58,3; 65,1)	62,2 (59,1; 66,2)

Примечание: * – статистическая значимость различий между 1 и 2-й группами; ** – между 1 и 3-й группами; *** – между 2 и 3-й группами.

Выводы

1. Уровень достижения контроля по критериям GINA составил 26,2%, по шкале АСТ – 8%, по ACQ – 35,1%. Вероятно, переоценка контроля по АСТ обусловлена неоднозначным пониманием больного последнего вопроса в данном тесте.
2. Общий индекс кооперации БА в представленной выборке достигает 62%.
3. Кооперативность не зависит от инструментов оценки контроля БА (АСТ и ACQ-5) и примерно имеет одинаковые результаты.
4. КП имеет высокую толерантность к внешним воздействиям и, вероятно, является отражением типа личности пациента.
5. Индивидуальная работа врача с больными позволяет повысить ТК от 55 до 85%.
6. Информированность пациентов о своем заболевании определена на уровне 30%.
7. На контроль оказывают негативное влияние тревожно-депрессивные расстройства, однако высокие исходные показатели ФВД и короткий стаж заболевания способствуют быстрому достижению контроля.

Литература

1. Авдеев С.Н. Опросник ACQ – новый инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой // Пульмонология. – 2011. – № 2. – С. 93–99.
2. Акулова М.Н. Контроль течения бронхиальной астмы – клинические, психосоматические соотношения и расстройства личности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.: 2008. – 19 с.

3. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА // Пульмонология. – 2011. – № 6. – С. 81–87.
4. Белов А.А., Лакшина Н.А. Оценка функции внешнего дыхания. – М.: Русский врач, 2006. – 68 с.
5. Бушуева Н.А., Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. и др. Сравнительный анализ факторов кооперативности больных бронхиальной астмой // Пульмонология. – 2000. – № 3. – С. 53–61.
6. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 108 с.
7. Захарова Ю.В., Пунин А.А., Федоров Г.Н. и др. Комплексная оценка уровней достижения контроля над бронхиальной астмой, по критериям GINA, тесту АСТ и показателям клеточного иммунитета // Пульмонология. – 2010. – № 2. – С. 71–75.
8. Медик В.А., Токмачёв М.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии: руководство в 2 т. – М.: Медицина, 2001. – Т. 1. – 412 с.
9. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2000. – 60 с.
10. Bateman E.D., Boushey H.A., Bousquet J. et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2004. – No. 170. – P. 836–844.
11. Cochrane G.M., Horne R., Chaney P. Compliance in asthma // Respir. Med. 1999. – Vol. 93, No. 11. – P. 763–769.
12. Demoly P. et al. Repeated cross-sectional survey of patient-reported asthma control in Europe in the past 5 years // Eur. Respir. Rev. – 2012. – Vol. 21, No. 123. – P. 66–74.
13. Juniper E.F., O'Byrne P.M., Guyatt G.H. et al. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control // Eur. Respir. J. – 1999. – No. 14. – P. 902–907.
14. Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M. et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control // J. Allergy Clin. Immunol. – 2004. – No. 113. – P. 59–65.

Поступила 28.02.2013

Сведения об авторах

Евсеева Ирина Петровна, очный аспирант кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Адрес: 214010, г. Смоленск, ул. Чапаева, 1, кв. 84.

E-mail: evseevaip@mail.ru.

Пунин Александр Алексеевич, докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Адрес: 214012, г. Смоленск, ул. Фрунзе 40.

E-mail: 001e316@mail.ru.

Воронцов Константин Евгеньевич, канд. мед. наук, главный врач ГКБ № 1 г. Брянска.

Адрес: 214035, г. Брянск, ул. Камозина, 11.

E-mail: hp1bryansk@mail.ru.

УДК 616.23-002.5

ИЗМЕНЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБЪЕМОМ И СРОКОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

О.А. Серов, Т.А. Колпакова, В.А. Краснов

ФГБУ «НИИ туберкулеза» Минздрава России, Новосибирск

E-mail: serow@ngs.ru

BRONCHIAL TREE CHANGES IN EVALUATION OF THE DISEASE COURSE, THE VOLUME AND TIMING OF SURGERY IN PATIENTS WITH FIBROTIC-CAVERNOUS PULMONARY TUBERCULOSIS

O.A. Serov, T.A. Kolpakova, V.A. Krasnov

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute of the Ministry of Health of the Russian Federation

Проведен анализ результатов обследования 140 пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом, которым выполнено хирургическое вмешательство резекционного плана по поводу туберкулеза легких. В зависимости от вариантов поражения бронхов все пациенты были разделены на две группы. При видеобронхоскопии у больных I группы (n=81; 58%) диагностировали только диффузные изменения бронхиального дерева с картиной атрофического, катарального, деформирующего бронхита. Во II группе (n=59; 42%) при видеобронхоскопии диагностировали вместе с диффузными изменениями локальные воспалительные изменения бронхов, соответствующие зоне туберкулезного поражения в легком с каверной, которые имели картину ограниченного бронхита. Продолжительность лечения до поступления в стационар пациентов I группы составила 782,6±95,88 дней, во II – 795,71±50,62 дней. Фиброзно-кавернозный туберкулез у пациентов II группы характеризовался по сравнению с