

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

УДК: 616.248-07

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Г. СМОЛЕНСКА

Ю.В. Захарова, А.А. Пунин

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра факультетской терапии

Резюме

Проводилось изучение показателей спирометрии, контроля АСТ у больных бронхиальной астмой. В исследовании участвовали 215 больных с различным уровнем контроля заболевания по критериям GINA-2006. При неконтролируемом течении астмы показатели спирометрии, как и уровень контроля АСТ, минимальны. Сохранение у пациентов с персистирующей бронхиальной астмой уровня контроля АСТ менее 20 баллов определяет глубину патологического процесса и может служить важным критерием для индивидуального подбора терапии.

Ключевые слова: бронхиальная астма, контроль, функция внешнего дыхания, тест по контролю над астмой.

Summary

Changes in lung function, Asthma Control Test in the subjects with bronchial asthma were studied. 215 subjects with a different asthma control level per GINA 2006 took part in the study. The study results in statistically significant reduction lung function, Asthma Control Test in the subjects with no control bronchial asthma. Thus, level Asthma Control Test to 20 in asthma patients could be used as an index of inflammatory response and as an important criterion to choose the individual treatment.

Key words: bronchial asthma, control, lung function, Asthma Control Test.

Введение

Бронхиальная астма (БА) в настоящее время остается актуальной проблемой не только национальной, но и мировой медицинской практики, занимает значительное место среди бронхолегочных заболеваний как по распространенности, так и по социально-экономической значимости [1, 5, 10]. В условиях ухудшающейся экологической ситуации отмечается рост заболеваемости БА, неблагоприятное течение болезни, поражаются все возрастные группы населения [2, 10]. У подавляющего большинства пациентов (около 70%) имеются трудности по осуществлению контроля над заболеванием [8, 11]. Врачи и пациенты по-разному понимают сам термин «контроль». Что такое контроль и что может служить инструментом контроля? Функция внешнего дыхания, качество жизни больного БА, динамика госпитализаций или наступление/предотвращение инвалидизации? Очевидно, каждый из данных показателей может выступать в роли самостоятельного критерия оценки эффективности проводимых лечебных и профилактических мероприятий, однако их использование в повседневной практике весьма затруднительно и, самое главное, ни один из них не ориентируется на мнение самого пациента [1, 4].

Широкое внедрение в практическую медицину Глобальной инициативы по лечению и профилактике

БА (Global Initiative for Asthma, GINA), применение современных методов лечения открыли широкие перспективы для достижения контроля над заболеванием [2, 7]. Образование врачей и пациентов, социальные программы, льготное лекарственное обеспечение больных позволили уменьшить число обращений больных БА на станцию скорой медицинской помощи, пациенты с обострениями реже госпитализируются в стационар, сокращается инвалидность. В то же время далеко не у всех больных достигнуто контролируемое течение астмы. Для оценки уровня контроля над астмой компанией «Quality Metric Incorporated» был разработан и предложен для широкого использования Asthma Control Test (тест по контролю над астмой, АСТ) [5]. АСТ для пациентов старше 12 лет одобрен и рекомендован к использованию Российским респираторным обществом, валидизирован в России, высокоинформативен и удобен в применении. Тест содержит 5 вопросов, касающихся симптомов заболевания и общей оценки пациентом своего самочувствия. Для каждого из вопросов существует перечень формализованных ответов, каждому из которых соответствует определенное количество баллов. В зависимости от общего количества баллов, набранных пациентом, выносится решение о контроле над астмой.

- Сумма 25 баллов означает полный контроль.
- Сумма 20–24 балла означает, что астма контролируется хорошо, но неполностью.
- Сумма 19 баллов и меньше указывает на неконтролируемую астму.
- Сумма 14 баллов и меньше свидетельствует о том, что астма у пациента серьезно вышла из-под контроля.

Значение 19 баллов – пороговое, обеспечивающее оптимальное сочетание специфичности и чувствительности при скрининге контроля астмы [2, 5].

Цель исследования – провести комплексную оценку уровней контроля БА у взрослых пациентов на основании критериев GINA 2006, АСТ и данных спирометрии в амбулаторной практике пульмонолога на базе МЛПУ «Поликлиника № 6» г. Смоленска. Исследование носило открытый характер.

Материалы и методы

В настоящем исследовании приняли участие 215 амбулаторных больных БА, 126 женщин и 89 мужчин, средний возраст – 54 ± 4 года. В соответствии с рекомендациями GINA 2006 все больные были разделены на 3 группы, различные по уровню контроля над заболеванием [7]. БА считалась контролируемой при соблюдении следующих критериев: количество дневных симптомов менее 2 эпизодов в неделю, отсутствие ночных симптомов и пробуждений, ограничений активности, обострений, потребности в препаратах неотложной помощи, наличие не более двух эпизодов БА в неделю, при этом показатели ОФВ1 или ПСВ находятся в пределах нормальных величин. Для частично контролируемого течения заболевания достаточно наличия любого из вышеперечисленных проявлений БА в течение недели при снижении значений ОФВ1 и ПСВ на 20% и более от должных для данного пациента. Наличие трех и более признаков частично контролируемой БА в течение недели характерно для неконтролируемой формы заболевания [7]. В нашем случае пациенты с диагнозом контролируемой, частично контролируемой и неконтролируемой БА составили 18, 22 и 60% соответственно. Среди них больных с легким течением было 18%, средней тяжести – 54%, тяжелое течение БА определено у 28% обследованных. 84% обратившихся получали базисную противовоспалительную терапию ИГК, из них 12% больных для достижения контроля над заболеванием применяли комбинацию 50 мкг сальметерола и 100 мкг флутиказона дважды в сутки, 46% – 50 мкг

сальметерола и 250 мкг флутиказона дважды в сутки, 21% – 50 мкг сальметерола и 500 мкг флутиказона дважды в сутки, на монотерапии флутиказоном находились 11% больных. 16% обследованных в лечении использовали только ингаляционный β_2 -агонист быстрого действия. Статистическая обработка материала проведена по стандартной методике. Все численные данные представлены как *mediana* (M) с 25–75% интерквартильным размахом. Достоверность различий между группами определялась при помощи непарного U-критерия Манна – Уитни с заданным уровнем достоверности 0,95.

Дизайн исследования

Во время первого визита к пульмонологу, плановому или незапланированному, оценивали текущее состояние пациента по критериям GINA 2006, уровень контроля астмы, согласно вопроснику АСТ, анализировали спирограмму. Тест по контролю над астмой заполнялся пациентом во время визита самостоятельно, без помощи врача. Во внимание принимали максимально зарегистрированное значение ОФВ1 из осуществленных трех маневров. Обратимость бронхиальной обструкции оценивали по существующим стандартам функциональных легочных тестов [3].

Результаты и обсуждение

При первом обращении к пульмонологу уровень контроля АСТ для всех участников исследования составил 12 (6, 23) баллов. Менее 14 баллов набрали 49% больных, среднее значение от 14 до 20 оказалось у 31% обследованных, сумма баллов более 20 определена у 20% обратившихся. Сумма в 25 баллов, означающая полный контроль над БА, оказалась у двух пациентов. Среднее значение показателя ОФВ1 составило 2,4 (1,54, 3,31) литра и 82% (64, 99) от должных величин. ОФВ1 до 60% выявлен у 24% больных, интервал от 60 до 80% занимают 28% участников исследования, значение ОФВ1 более 80% определено у 48% обратившихся.

Как видно из таблицы 1, уровень контроля АСТ имеет наибольшее значение при контролируемом течении БА. По мере потери контроля по критериям GINA 2006 параллельно наблюдаем снижение суммы баллов, набранной при заполнении теста ($p < 0,001$). Данные спирометрии демонстрируют, что наименьшие функциональные показатели имеют пациенты с неконтролируемым течением болезни, с тенденцией к увеличению при достижении контроля ($p < 0,05$).

Таблица 1. Сравнительная характеристика уровня контроля БА по показателям спирометрии и АСТ тесту.

Форма заболевания по GINA 2006		Исследуемый показатель		
		ОФВ1 (литры)	ОФВ1 (% от должного)	АСТ
1	БА контролируемая (n = 38)	3,37 (2,5, 4,44)	113,5* (93, 124)	22* (21, 23)
2	БА частично контролируемая (n = 47)	2,5** (1,65 3,5)	84** (71, 95)	18** (14, 21)

Форма заболевания по GINA 2006		Исследуемый показатель		
		ОФВ1 (литры)	ОФВ1 (% от должного)	АСТ
3	БА неконтролируемая n = 130	2,17 (1,47, 2,98)	69,5 (55, 84)	13,5*** (10, 16)

Примечания. * – статистическая достоверность различий между группами 1 и 3; ** – статистическая достоверность различий между группами 1 и 2; *** – статистическая достоверность различий между группами 2 и 3.

Данные, представленные в таблице 2, демонстрируют, что при легком течении БА уровень контроля АСТ, как и функциональные показатели, имеют

наибольшее значение. Отмечается тенденция к падению вышеуказанных показателей по мере утяжеления течения БА ($p < 0,001$).

Таблица 2. Сравнительная характеристика степени тяжести БА по показателям спирометрии и АСТ-тесту.

Степень тяжести заболевания		Исследуемый показатель		
		ОФВ1 (литры)	ОФВ1 (% от должного)	АСТ
1	Легкое течение БА n = 38	3,64 (2,6, 4,21)	100,5* (83, 118)	20,5* (16, 23)
2	Среднетяжелое течение БА n = 116	2,9** (2,2, 3,6)	90** (73, 108)	17** (9, 23)
3	Тяжелое течение БА n = 61	1,53 (1, 2,45)	60 (45, 70)	13*** (10, 16)

Примечания. * – статистическая достоверность различий между группами 1 и 3; ** – статистическая достоверность различий между группами 1 и 2; *** – статистическая достоверность различий между группами 2 и 3.

Результаты данного исследования показали, что у 60% пациентов, находящихся под наблюдением пульмонолога, имеет место неконтролируемое течение БА по критериям GINA 2006. При классификации по степени тяжести заболевания преобладают больные среднетяжелой формой. Уровень контроля АСТ менее 20 баллов выявлен у 80% участвовавших в исследовании. Особенно удручает тот факт, что у 49% обследованных сумма баллов при заполнении вопросника АСТ оказалась менее 14, в основном это пациенты с тяжелым и среднетяжелым неконтролируемым течением БА. Необходимо отметить, что чем выше сумма баллов, набранных пациентом при заполнении вопросника, тем выше контроль над заболеванием по GINA 2006. Пациенты с легкой и среднетяжелой персистирующей астмой достигают контроля над заболеванием по критериям АСТ в половине случаев, тогда как при тяжелом течении болезни лишь 10% больных смогли набрать 20 и более баллов. Оценивая показатели, полученные при проведении спирометрии, оказалось, что среднее значение ОФВ1 находится в пределах условной нормы. Лишь у пациентов с неконтролируемым тяжелым течением БА вышеобозначенный показатель оказался ниже 80%. По нашему мнению, это дает право в меньшей мере ориентироваться на показатели спирометрии

для оценки контроля над течением болезни, но никак не уменьшает значимости исследования функции внешнего дыхания при ведении пациентов с БА.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы. Валидизированная русскоязычная версия вопросника АСТ является удобным и эффективным инструментом изучения уровня контроля БА на амбулаторном этапе здравоохранения [2, 6]. Результаты АСТ достаточно точно отражают уровень контроля над заболеванием и чувствительны к изменению состояния пациента, коррелируют с критериями контроля, изложенными в GINA 2006 [4]. Уровень контроля АСТ соответствует результатам тщательного клинического обследования, отражает динамику состояния пациентов, тесно связан с функциональными маркерами БА, прежде всего с ОФВ1 [5]. Тест простой, понятный для больных, может использоваться самим пациентом, не требует затрат времени. Ни один из существующих и валидизированных вопросников не выполняет всех вышеуказанных задач. Русскоязычная версия вопросника АСТ является удобным и эффективным инструментом изучения уровня контроля БА, позволяющим оценивать степень контроля астмы, то есть эффективность проводимого лечения в реальной клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов В.В., Цой А. Н. GINA 2006: новые рекомендации по фармакотерапии бронхиальной астмы. Рус. мед. журн. 2007; 15 (4): 255-259.
2. Белевский А.С. Правильная оценка контроля заболевания – обязательное условие адекватной терапии бронхиальной астмы. Пульмонология и аллергология. Атмосфера. 2007; 1.
3. Белов А.А., Лакшина Н.А. Оценка функции внешнего дыхания. М.: Издательский дом «Русский врач». 2006; 68.
4. Вахрушев Я.М., Жукова И.В. Современные рекомендации по ведению больных бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях. Пульмонология. 2009; 2: 74-76.
5. Огородова Л. М., Кобякова О.С. «АСТ» – Новый инструмент для оценки контроля над бронхиальной астмой. Аллергология. 2005; 2: 48-53.
6. Овсянников Н.В., Багишева Н.В., Сердюк Л.В., Суворова С.Г., Сабакарь Т.М. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы в практике участкового терапевта. Пульмонология. 2007; 1: 100-105.
7. Чучалин А.Г. (ред.). Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М.: Атмосфера; 2006.
8. Bateman E, Boushey H, Bousquet J et al. Achieving and maintaining guideline defined asthma control with salmeterol/fluticasone propionate versus fluticasone propionate alone: the results of the GOAL study. Am. J. Respir. Crit Care Med 2004; 169: 1879-1902.
9. Bousquet J., Jeffery P.K, Busse W.W. et al. Asthma: from bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2000; 161: 1720-1745.
10. Partridge M.R., van der Molen T., Myrseth S-E. and Busse W.W. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. BMC Pulmonary Medicine 2006, 6:13
11. FitzGerald J.M., Boulet L.P., Follows R.M.A. The CONCEPT Trial: A 1-year, multicenter, randomized, double-blind, double-dummy comparison of a stable dosing regimen of salmeterol / fluticasone propionate with an adjustable maintenance dosing regimen of formoterol / budesonid in adults with persistent asthma. Clin. Ther. 2005; 27 (4): 393-406.

УДК: 616.24-002:613.81

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ГРИППА А(H1N1)

Е.В. Королева, О.В. Костенко, О.Ю. Асафьева, О.Ю. Сосина
ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра госпитальной терапии

Грипп является инфекцией, периодически вызывающей пандемии, иногда с охватом за 9-10 месяцев 30% населения земного шара. H1N1 – подтип вируса гриппа А (наиболее распространенный тип гриппа, который вызывает наиболее масштабные эпидемии) – может вызвать заболевание как у людей, так и у многих животных, этот вирус назвали «Калифорния 04/2009». Штамм А(H1N1) общеизвестен под названием «свиной грипп». Впервые был открыт в 1931 году американским ученым Ричардом Шоупом. 11 июня 2009 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально сообщила о начавшейся пандемии гриппа А(H1N1).

По данным региональных бюро ВОЗ на 17.10.2009 года, общее количество лабораторно подтвержденных случаев заболеваний людей, вызванных пандемическим вирусом А(H1N1), в мире составило более 414 тыс., включая 4820 случаев с летальным исходом. Поскольку во многих странах подсчет заболевших

прекращен из-за невозможности провести полноценный мониторинг всех случаев заражения, цифра подтвержденных случаев заболевания значительно ниже реальной. В Российской Федерации количество лабораторно подтвержденных случаев заболеваний, вызванных высокопатогенным вирусом гриппа А(H1N1), и число летальных исходов продолжает увеличиваться. В России грипп А(H1N1) доминирует над сезонным гриппом, россияне стали чаще болеть именно новым вирусом, на долю которого приходится до 75–80% случаев заболеваний, выявляемых по всей стране.

Характерная особенность гриппа H1N1 – раннее появление осложнений. Если при сезонном гриппе осложнения возникают, как правило, на 5–7-й день и позже, то при гриппе H1N1 осложнения могут развиваться уже на 2–3-й день болезни. Среди осложнений лидирует первичная вирусная пневмония, сопровождающаяся тяжелой интоксикацией, часто имеют