

Проблемы контроля бронхиальной астмы у больных, получающих регулярную базисную терапию

А.С. Белевский, Н.А. Вознесенский

Бронхиальной астмой (БА) страдает около 300 млн. человек во всем мире. Несмотря на существование международных руководств и современных эффективных лекарственных средств, уровень контроля БА остается недостаточным у подавляющего большинства пациентов с любой тяжестью заболевания. Почему же это происходит? В одном из крупнейших международных исследований **INSPIRE** (International Asthma Patient Insight Research study) поставили задачу изучить состояние контроля БА у больных, получающих регулярную базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС), и определить, что необходимо сделать с точки зрения пациентов для улучшения контроля. Результаты исследования INSPIRE были доложены на конгрессе Европейского респираторного общества в сентябре 2005 г. (Partridge M.R. et al.).

Дизайн исследования

В исследовании INSPIRE участвовало по 50 врачей (терапевтов или специалистов по БА) из каждой страны (Бельгия, Великобритания, Германия, Испания, Италия, Нидерланды, Франция, Швеция). Ими было отобрано 10 пациентов с БА не моложе 16 лет, постоянно принимающих ИГКС – в монотерапии или в сочетании с длительнодействующими β_2 -агонистами. Критерием исключения было наличие хро-

нической обструктивной болезни легких. В дальнейшем исследовательская группа проводила с этими пациентами телефонные интервью (длительностью 30–40 мин). **Задачей исследования** была оценка восприятия пациентами своего заболевания, а именно:

- степени контроля БА;
- вариабельности течения БА и ее влияния на лечение;
- влияния БА на их жизнь;
- вопросов терапии и самоведения.

Изучали также **контроль БА по вопроснику ACQ** – Asthma Control Questionnaire (Juniper E. et al., 1999). Этот вопросник оценивает контроль БА по 6 клиническим параметрам (ночные симптомы, утренние симптомы, ограничение активности, проявление затруднения дыхания, появление хрипов, применение бронхолитиков) за последнюю неделю и подразделяет его на 3 степени: хороший (0–0,74 балла), недостаточный (0,75–1,5), отсутствие контроля (>1,5).

Результаты

В исследование было включено 2406 пациентов (женщин – 64%). Сред-

ний возраст составил 44 года, продолжительность заболевания – 16 лет, курильщиков было 23%.

В качестве базисной терапии 33% больных использовали только ИГКС, остальные – ИГКС в сочетании с длительнодействующими β_2 -агонистами (56% – в виде комбинированного ингалятора, 11% – в виде отдельных ингаляторов).

Контроль БА и бремя болезни

Несмотря на регулярную базисную терапию, хороший **контроль БА** по вопроснику ACQ наблюдался только у 30% больных, недостаточный контроль – у 20%, а у половины БА была неконтролируемой. Эту картину подтверждает и **потребность в короткодействующих β_2 -агонистах** для снятия симптомов, которые ежедневно применяли 74% больных (причем 39% – 3 вдоха в сутки и более).

Однако **оценка своего состояния** у большинства пациентов была завышенной по сравнению с данными ACQ: считали свое состояние в последнюю неделю “относительно хорошим” 89% больных с недостаточным контролем

Андрей Станиславович Белевский – профессор, кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ.
Николай Арнольдович Вознесенский – канд. мед. наук, зав. лабораторией неинвазивных методов диагностики НИИ пульмонологии Минздравоохранения России.

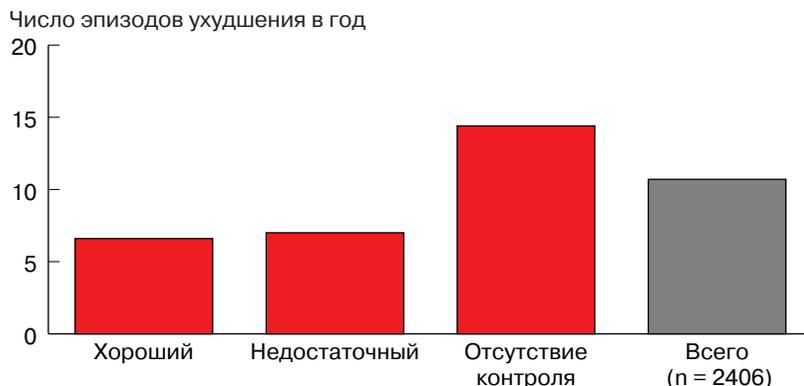


Рис. 1. Частота эпизодов ухудшения в зависимости от уровня контроля БА.

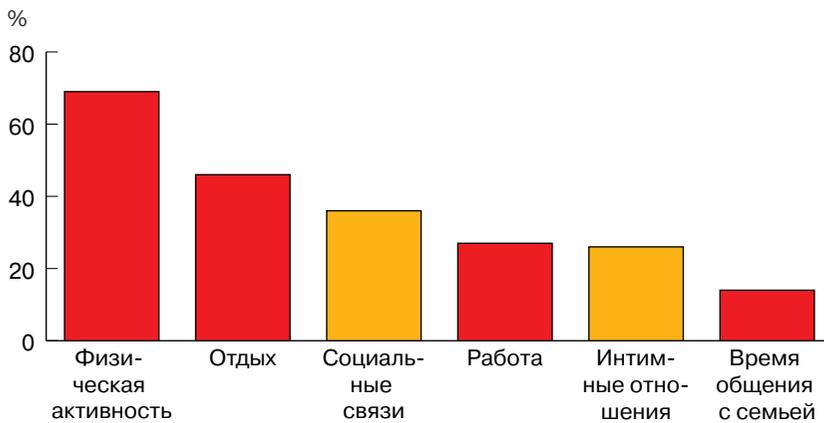


Рис. 2. Доля пациентов (%), отмечающих ограничения активности из-за БА.

БА и 57% (!) с неконтролируемой болезнью.

У всех больных при любом уровне контроля наблюдались **периоды ухудшения** состояния, когда симптомы начинали мешать обычной активности (рис. 1). В среднем периоды ухудшения наблюдались 11 раз в год, и даже у пациентов с хорошо контролируемой БА по ACQ – 7 раз в год. У половины больных (47%) хотя бы одно ухудшение в течение года было настолько выраженным, что потребовало медицинского вмешательства: внепланового визита к врачу, вызова “скорой помощи”, госпитализации или приема пероральных глюкокортикостероидов.

Такая ситуация отражается в серьезном **нарушении большинства аспектов повседневной жизни** больных под влиянием БА (рис. 2).

Вариабельность течения БА и самоведение

Считали свою болезнь **вариабельной** (от недели к неделе, месяца к месяцу, в разные сезоны) 84% больных. При этом 60% полагали, что способны распознавать ранние признаки приближающегося ухудшения (простуда, кашель, стеснение в груди, хрипы, одышка). По мнению пациентов, от появления этих первых признаков до развития максимальных

симптомов обострения проходит в среднем 5,7 сут.

При опросе выявлен определенный **стереотип самостоятельных действий больных** при ухудшении (рис. 3). Пациенты раньше и в большей степени увеличивают дозы короткодействующих β_2 -агонистов, а дозы ИГКС – позднее и в меньшей мере. Парадокс заключается в том, что β_2 -агонисты не оказывают противовоспалительного эффекта, а увеличение дозы ИГКС, которое могло бы предотвратить обострение (и к которому все равно приходится прибегать), существенно запаздывает и является недостаточным.

Так или иначе, но при ухудшении каждый второй больной БА самостоятельно увеличивает дозу своего поддерживающего препарата. При этом даже происходит увеличение комплайенса к терапии: если в стабильном состоянии используют дозы меньше рекомендованных 37% пациентов, то при ухудшении – только 21%, а дозы выше рекомендованных – 13 и 36% соответственно.

При изучении вопросов, связанных с **самоведением**, выяснилось, что почти 90% больных соглашались с необходимостью самоведения. И на практике большинство пациентов ис-

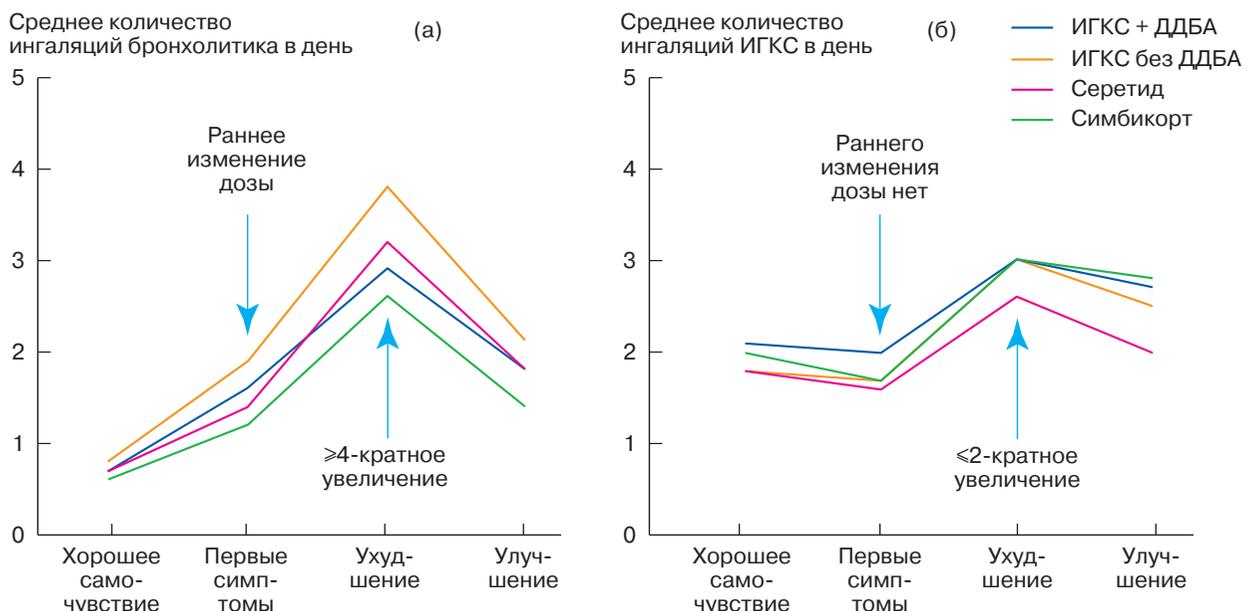


Рис. 3. Самостоятельное изменение режима терапии при ухудшении: а – использование короткодействующих β_2 -агонистов; б – использование ИГКС. ДДБА – длительнодействующие β_2 -агонисты.



Рис. 4. Мнения пациентов о вопросах, связанных с терапией и самоведением (% пациентов, согласных с утверждениями).

пользуют (или хотят использовать) различные элементы самоведения (рис. 4): более 70% “сами управляют своей астмой”, приспосабливают дозу ИГКС к изменениям своего состояния и применяют лекарства в зависимости от необходимости. При этом весьма важным аспектом в ожиданиях больных является быстрота наступления эффекта: более 80% согласны, что при первых признаках ухудшения надо вовремя изменять терапию, а подавляющее большинство (89%) ждут от лечения немедленного облегчения симптомов.

Выводы

Исследование INSPIRE позволяет сделать следующие выводы. Несмотря на регулярную базисную терапию ИГКС (в том числе в сочетании с длительнодействующими β_2 -агонистами), у большинства больных имеется недостаточный или плохой контроль заболевания, и БА по-прежнему нарушает все аспекты качества жизни.

На фоне лечения наблюдается несколько эпизодов ухудшения в год. Пациенты обычно способны распознать его ранние признаки, и поэтому имеется время для коррекции лечения

и предотвращения развития выраженного обострения; при этом важнейшим аспектом служит быстрота наступления эффекта от терапии. Однако самостоятельное изменение терапии сопряжено с ошибками: пациенты увеличивают дозы ИГКС слишком поздно и в недостаточной мере. Большинство пациентов готовы и хотят использовать элементы самоведения, поэтому врач для улучшения контроля заболевания должен взять инициативу в свои руки и научить пациентов самостоятельно и правильно регулировать терапию такого переменного заболевания, как БА.

АТМОСФЕРА
Atmosphere
 Посетите наш сайт!

На сайте www.atmosphere-ph.ru вы найдете электронную версию нашего журнала, а также журналов “Астма и Аллергия”, “Лечебное дело”, “Атмосфера. Кардиология”, “Легкое сердце”, “Атмосфера. Нервные болезни”, “Нервы”, переводов на русский язык руководств и популярных брошюр GINA (Глобальная инициатива по бронхиальной астме) и GOLD (Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких), ARIA (Лечение аллергического ринита и его влияние на бронхиальную астму), ИКАР (Качество жизни у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ), Стандарты (ATS/ERS) по диагностике и лечению больных ХОБЛ.