

УДК 616-092:612.017.1:616-002:616.15-07

© В.А. Белоглазов, Ю.О. Попенко, Л.К. Знаменская, Э.С. Какура, Е.В. Ионина, 2013.

## **АНАЛИЗ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**В. А. Белоглазов, Ю.О. Попенко, Л.К. Знаменская, Э.С. Какура, Е.В. Ионина**

*Кафедра внутренней медицины № 2 (зав. кафедрой - проф. В.А. Белоглазов), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь; КРУКТМО «Клиника Университета» ОСП кардиологический-клинический диспансер, г. Симферополь, А.Р. Крым, Украина.*

**THE LEVEL OF ASTHMA CONTROL IN PATIENTS WITH MODERATE AND SEVERE ASTHMA**  
**V. A. Beloglazov, Y. O. Popenko, L.K. Znameska, E. S. Kakura, E.V. Ionina**

### **SUMMARY**

The article analyzed the level of asthma control in patients with moderate and severe persistent asthma during treatment basic therapy. The level of asthma control was performed using the questionnaire ACQ Elizabeth Juniper (1999). The study was involved 59 patients, who were on the out-patient treatment. As a result it was found that all of the patients severe and 81.5% of moderate persistent bronchial asthma were not control, despite all patients had used basic therapy. All this encourages investigators to search the integrated mechanisms pathogenesis of asthma, which can complement the general strategy for the treatment of asthma.

### **АНАЛІЗ РІВНЯ КОНТРОЛЮ У ХВОРИХ СРЕДНЬОТЯЖКОЇ І ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУЮЧОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

**В. О. Білоглазов, Ю.О. Попенко, Л.К. Знаменська, Е.С. Какура, О.В. Іоніна**

### **РЕЗЮМЕ**

У роботі проведено аналіз рівня контролю у хворих середньотяжкої і тяжкої персистуючої бронхіальної астми на фоні застосування базисної терапії. Аналіз контролю здійснювався за допомогою анкетування ACQ Elizabeth Juniper (1999 г). У дослідженні приймало участь 59 хворих, які знаходились на амбулаторному лікуванні. Було встановлено, що всі пацієнти тяжкої і 81,5 % середньотяжкої персистуючої астми мали неконтрольований характер перебігу захворювання, на фоні прийняття базисної терапії. Все це спонукає дослідників до пошуку інтегральних механізмів патогенезу БА, цілеспрямований вплив на які, суттєво може в найближчі роки доповнити генеральну стратегію лікування БА.

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, комплексное лечение.

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний органов дыхания и характеризуется высоким уровнем инвалидности и смертности [1]. По данным Global Burden of Asthma Report, около 235 млн человек в мире страдает астмой, причем распространенность заболевания неуклонно растет, ежегодно регистрируется около 250 тыс. смертей от астмы [2,12]. По данным главного фтизиатра и пульмонолога МЗ Украины, академика Ю.И. Фещенко, в Украине отмечаются те же тенденции: БА страдает 7–15 % взрослого населения или 2 млн человек старше 15 лет [3]. Показатель смертности от астмы в Украине в последние годы колеблется между 2.5-2.9 на 100000 населения [4]. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении данного заболевания, контроль над его течением остается недостаточным. У 50% пациентов физическая активность ограничена, >30% - вынуждены отсутствовать на работе или пропускать занятия в школе. Более 40 % пациентов обращаются за неотложной помощью вследствие обострения заболевания [5].

Согласно определениям, данным в докладах рабочей группы GINA, БА — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в развитии которого принимают участие многие клетки и клеточные элементы: тучные клетки, эозинофильные гранулоциты, Т-лимфоциты и др. У предрасположенных лиц это воспаление приводит к повторяющимся эпизодам хрипов, одышки, тяжести в груди и кашля, особенно ночью и/или ранним утром. Эти симптомы обычно сопровождаются диффузной, но вариабельной обструкцией бронхиального дерева, которая, по крайней мере частично, обратима спонтанно или под влиянием лечения. Воспаление также приводит к гиперреактивности бронхов. То есть бронхообструктивные состояния, характеризующиеся хроническим воспалением дыхательных путей, гиперреактивностью бронхов и обратимым ограничением воздушного потока, стали объединять термином «бронхиальная астма» [6].

Огромную роль в развитии патогенетического лечения БА сыграла теория хронического воспаления в трахеобронхиальном дереве [7].

На фундаменте этого знания оправданным стало топическое применение глюкокортикостероидов (ГКС). Даже симптоматическое лечение (адреномиметиками, теофилином, холинолитиками) стало оцениваться с точки зрения возможных влияний на динамику хронического воспаления [8]. Относительная стабилизация в тактике лечения БА наступила после создания и внедрения согласительных консенсусов по лечению [9]. Несмотря, на успехи, достигнутые в лечении данного заболевания, контроль над его лечением остается недостаточным. По данным эпидемиологических исследований, БА полностью контролируется <5% пациентов [12].

Однако результаты контролируемых исследований последних лет вновь вносят дополнительные уточнения и изменения подходов к уже существующим схемам терапии БА. Ежегодно в мире от астмы умирают 180 тыс. человек, и как резюмирует “Европейская белая книга легких”, исцеление от бронхиальной астмы невозможно. В связи с этим возрастает значение адекватных методов фармакотерапии, обеспечивающих пожизненную безопасную и наиболее эффективную терапию [10].

Целью нашего исследования было проанализировать уровень контроля больных средне тяжелой и тяжелой персистирующей бронхиальной астмы на фоне применения базисной терапии.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 59 больных в возрасте от 18 до 55 лет (мужчин- 26/44,1%, женщин -33/ 55,9%), находящихся на амбулаторном лечении основного заболевания в соответствии с Приказом МОЗ Украины от 19.03.2007 №128, получающие флутиказон пропионат 1000 мкг и сальметерол 100 мкг в сутки. Все обследованные были разделены на две группы:

1 группа- больные с средне тяжелой бронхиальной астмой( 38 чел/64,4%), 2 группа- больные с тяжелой бронхиальной астмой (21 чел/ 35,6%). Одним из наиболее доступных считается опросник ACQ. Этот опросник проверен в ряде стран с точки зрения информативности, валидности и рекомендован к внедрению во врачебную практику [11].

Поэтому анализ уровня контроля у больных бронхиальной астмой осуществляли с помощью опросников ACQ Elizabeth Juniper (1999 г). Разрешение на использование опросников ACQ Elizabeth Juniper, инструкции по использованию и анкеты ACQ были получены по почте от персонального ассистента Elizabeth Juniper – Lilly Styles. ACQ состоит из 7 вопросов, которые больной заполняет, 5 из которых касаются выраженности наиболее важных симптомов (ночные симптомы/пробуждения, дневные симптомы астмы, ограничение ежедневной активности, одышки, хрипов), использования препаратов неотложной помощи и ОФВ1. Оценка выраженности симптомов происходит по визуально-аналоговой бальной шкале от 0 баллов (симптом отсутствует) до 6 баллов (максимально выраженный симптом). Верхней границей контролируемой астмы считали средний балл – 0,75, что согласно рекомендациям Elizabeth Juniper означает, что 85% вероятности того, что астма хорошо контролируется. Средний балл 1,50 – 88% вероятности того, что БА частично или неконтролируемая.

Все полученные результаты подвергнуты статистической обработке для непараметрических критериев с использованием программы «MedStat» (серийный №MS0011) ДНПП ТОВ «Альфа», г.Донецк. Определяли медиану, ошибку медианы, критерий Данна, W- критерий Вилконсона, проводили ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса.

Таблица 1

Оценка уровня контроля БА по ACQ (Elizabeth F. Juniper, 1999).  
(баллов)

Группа	К-во исследований	Статистический показатель $Me \pm m$ (баллы)	Первый квартиль, $Q_I$ (баллы)	Третий квартиль, $Q_{III}$ (баллы)
1 группа БА	38	2,97± 0,19	2,14	4,14
2 группа БА	21	3,94± 0,19	3,14	4,57

Примечание: достоверность различий  $p=0,002$  между группами 1 и 2 больных БА.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 1 представлены данные опросника по контролю астмы (Elizabeth F. Juniper, 1999) у больных бронхиальной астмы.

Как следует из данных представленных в таблице 1, у всех больных БА контроль астмы трактовался так: 1 – группа-2,97, 2- группа 3,94 ( $>1,75$ ), что согласно данным интерпретации данных опросни-

ков означает, что практически во всех случаях астма являлась неконтролируемой. Статистически значимых различий между клиническими группами 1 и 2 выявлено на уровне различий  $p=0,002$ . Распределение больных БА, по уровню контроля, в клинических группах, представлено в таблице 2. Из таблицы 2 видно, что во 2 группе не контролируемая БА составляет -100%, а в 1 группе контролируемая

БА- 2,63%, частично контролируемая- 15,79, не контролируемая- 81,5%.

Таблица 2

Уровень контроля БА в обследуемых группах

Группа	К-во исследований	Контролируемая до 0,75 (баллы)	Частично контролируемая 0,75-1,5 (баллы)	Неконтролируемая >1,5 (баллы)
1 группа БА	38	2,63%	15,79%	81,5%
2 группа БА	21	-	-	100%

В заключение следует подчеркнуть, что при анализе опросников ACQ установлено, что все больные с IV степенью БА и 81,5 % с III степенью имеют неконтролируемый характер течения БА на фоне применения базисной терапии (флютиказон пропионат, сальметерол). Способ излечения бронхиальной астмы еще не найден, но разрабатываются множественные концепции по контролю процесса хронического воспаления при бронхиальной астме. Которые дают возможность улучшить качество жизни больного. Все это побуждает исследователей к поиску интегральных механизмов патогенеза БА, целенаправленное воздействие на которые, существенно может в ближайшие годы дополнить генеральную стратегию лечения БА.

#### ВЫВОДЫ

1. Установлено, что у больных средне тяжелой персистирующей бронхиальной астмой контролируемый характер течения достигается у 2,63%, при использовании высоких доз комбинированных препаратов (флютиказон пропионат 1000 мкг/сут, сальметерол 100 мкг/сут).

2. У больных тяжелой персистирующей БА контролируемый характер течения не зарегистрировано ни у одного больного, при использовании высоких доз глюкокортикостероидов и  $\beta_2$ -агонистов длительного действия.

3. Целесообразно, с нашей точки зрения, применение разных комбинаций контролируемых препаратов, которые влияют на различные звенья патогенеза, для достижения контролируемого характера течения бронхиальной астмы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Veigi G., Annesi I., Matteeli G. Epidemiology of asthma // Eur.Resp. Monograrh. - 2003. – Vol.8. – P. 1-26.
2. Masoli M., Fabian D., Holt S., Beasley R., The

global burden of asthma: executive summary of the GINA. Dissemination com.report // Allergy. – 2004. – Vol. 596. -№ 5. - P. 469-478

3. Фещенко Ю. И. Сравнительные данные про распространенность болезней органов дыхания и медицинская помощь больным с болезнями пульмонологического и аллергологического профиля в Украине за 2011 год [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulm>.

4. Пухлик Б.М. Стан алергології в Україні // Астма та алергія. – 2006. - №1-2. – С. 5-12.

5. Уровень контроля у больных бронхиальной астмой в клинической практике/ И.В. Демко, Е.А. Собко, А.Ю. Крапошина, О.И. Ищенко, Л.И. Каптюк// Пульмонология- 2011.-№ 4- С. 76-79.

6. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Полянская М.А., Туманов А.Н. Обструктивные заболевания легких. Образовательная программа для врачей. – К., 2004. – 287 с

7. Gronke L., Kannies F., Holz O. et al. The relationship between airway hyper-responsiveness, markers of inflammation and lung function depends on the duration of the asthma disease// Clin. Exp. Allergy. –2002. – V.32. – P.57–63

8. Ноников В.Е. Пролонгированные  $\beta_2$ -агонисты при лечении бронхиальной астмы// Рус. мед. журн. – 2005. – Т.13, №21 (245). – С.1410–1412.

9. British Guideline on Management of Asthma// Thorax. – 2003 – V.58 (Suppl.1). P.1–92.

10. Здоровье легких в Европе – факты и цифры. – Европейское респираторное общество, Европейский легочный фонд, 2004.

11. Schatz M., Sorkness Ch.A., Li J.T. et al. Asthma Control Test: Reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists / J. Allergy Clin. Immunol. – 2006. – V.117, №3. – P.549–556.