

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАЛЬНАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В ПЕДИАТРИИ

И.В.Василевский, Е.Н.Скепьян, Н.О.Бабич

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

В статье представлены результаты клинико-фармакологической экспертной оценки проводимой базисной терапии бронхиальной астмы у детей и подростков в условиях городской детской поликлиники. Анализируется корректность проводимого лечения в соответствии с национальным стандартом. Обсуждаются пути повышения эффективности и оптимизации диспансерного наблюдения за детьми и подростками, страдающими бронхиальной астмой.

Ключевые слова: стандарты лечения; реальная врачебная практика; дети; подростки; бронхиальная астма; противорецидивное лечение.

Введение. Высокая распространенность бронхиальной астмы (БА) с тенденцией к ежегодному увеличению числа больных, утяжелению течения заболевания, неблагоприятно влияющего на рост и развитие ребенка, а также на качество его жизни, определяет актуальность и социальную значимость проблемы эффективного лечения данной патологии у детей и подростков.

Цель работы – проанализировать результаты фармакотерапии у детей с бронхиальной астмой в условиях городской детской поликлиники в соответствии со стандартами лечения детей с аллергическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических условиях для экспертной клинико-фармакологической оценки корректности проводимого лечения детей с указанной патологией и оптимизации этого процесса. В рамках поставленной цели решались следующие основные задачи:

1. Изучить факторы риска, способствующие возникновению БА у детей, обратив внимание на лекарственную нагрузку у пациентов в предшествующий манифестации заболевания период.

2. Дать клинико-фармакологическую оценку конкретных назначений детям, больным БА, в соответствии с клиническими протоколами по диагностике и лечению аллергических заболеваний у детей, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.08.2014 г. №829 [1].

Методы. Для реализации поставленных цели и задач нами проведено ретроспективное, обсервационное, рандомизированное исследование, использованы данные из амбулаторных карт развития ребенка у 83 детей, страдающих бронхиальной астмой и находящихся на диспансерном на-

блюдении в 3-й городской детской поликлинике г.Минска на октябрь 2018 г.

Результаты и обсуждение. Среди включенных в исследование пациентов мальчиков было 63 чел. (75,9% общего числа), девочек – 20 (24,1%). Средний возраст детей изучаемой выборки – 10,4 лет, средняя длительность заболевания пациентов с БА на момент анализа составила 4,8 года, средний возраст детей при возникновении БА – 5 лет. Преимущественной формой заболевания (у 72 пациентов, 86,7%) была IgE-зависимая форма, IgE-независимая форма астмы выявлена у 11 детей (13,3%). По степени тяжести заболевания пациенты на момент установления диагноза бронхиальной астмы распределились следующим образом: у 4 детей БА была легкой интермиттирующей, 63 ребенка переносили легкую персистирующую астму и 16 пациентов страдали персистирующей бронхиальной астмой средней степени тяжести.

Уровень контроля является общепринятым динамическим критерием и определяется текущими нарушениями (симптомами, потребностью в дополнительной терапии и препаратах скорой помощи, ограничениями активности, легочной функцией у детей старше 5 лет) и будущим риском (развития обострений либо нежелательными эффектами лечения). Полный контроль – состояние без проявлений активности болезни на фоне назначенной базисной терапии. В настоящее время уровень контроля является предпочтительным в качестве критерия, по которому оценивается эффективность лечения астмы [2]. В связи с этим, мы выделили 2 группы пациентов с использованием общепринятых критериев контроля. В частности, у 64 па-

циентов (77,1% общего числа детей) бронхиальная астма была контролируемой, у 19 (22,9%) детей – не полностью контролируемой (во вторую группу вошли пациенты как с частично контролируемой БА, так и 4 человека с неконтролируемой БА). Таким образом, у каждого пятого пациента мы констатировали определенные трудности достижения оптимальной эффективности проводимой фармакотерапии БА.

Нами проведен анализ фармакотерапии у включенных в исследование детей с бронхиальной астмой в соответствии с утвержденными Минздравом Республики Беларусь клиническими протоколами диагностики и лечения детей с аллергическими заболеваниями [1]. Анализируя результаты длительного мониторинга изучаемой выборки детей с астмой, необходимо указать, что в целом по группе на момент анализа получены положительные сдвиги в состоянии здоровья у преобладающего числа пациентов. Это отражает динамика степени тяжести болезни при взятии на учет и в процессе лечения (табл. 1).

Как свидетельствуют данные, приведенные в табл. 1, в результате длительного мониторинга состояния здоровья пациентов анализируемой выборки и проведения базисной противовоспалительной терапии отмечаются явные сдвиги по степени тяжести заболевания в сторону уменьшения численности детей со среднетяжелой персистирующей бронхиальной астмой на фоне увеличения числа пациентов с легкой интермиттирующей и легкой персистирующей астмой. Тем не менее, следует констатировать тот факт, что по анализи-

руемой группе пациентов контроль над бронхиальной астмой был установлен лишь у 64 детей (77,1% пациентов из общего числа выборки); не полностью контролируемая астма отмечена у 19 человек (22,9% детей из общего числа обследованных пациентов).

Нас интересовал также вопрос о динамике степени тяжести БА за анализируемый период диспансерного наблюдения у пациентов с различной степенью контроля (контролируемой и не полностью контролируемой астмой). В табл. 2 представлены результаты указанного анализа.

Важным, на наш взгляд, оказался выявленный факт, свидетельствующий о том, что уровень контроля астмы тесно связан с длительностью наличия заболевания. С одной стороны, от длительности болезни зависят развитие осложнений и утяжеление степени тяжести. С другой стороны, длительность заболевания способствует большей приверженности пациентов к проводимой противоречивой терапии, что, в итоге, влияет на эффективность лечения. Так, в группе детей с длительностью болезни до 3-х лет контролируемая астма отмечена у 59,4% пациентов, в то время как у детей с астмой при длительности заболевания свыше 3-х лет уровень контроля астмы составил 91,3%. В целом, у детей с контролируемой астмой длительность заболевания составила в среднем 5 лет и 3 месяца, а у пациентов с недостаточным контролем – 3 года 2 месяца. Это обстоятельство подчеркивает важное положение о том, что бронхиальная астма, как классическое иммунное заболевание, требует длительного периода

Таблица 1

Распределение пациентов с бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести заболевания (данные мониторинга)

Степень тяжести бронхиальной астмы	Учитываемый период заболевания	
	При установлении диагноза	Данные на период анализа
Легкая интермиттирующая	4 (4,8%)	9 (10,9%)↑
Легкая персистирующая	63 (75,9%)	68 (81,9%)↑
Среднетяжелая персистирующая	16 (19,3%)	6 (7,2%)↓↓

Таблица 2

Динамика тяжести БА за период диспансерного наблюдения у пациентов с различной степенью контроля заболевания

Степень тяжести бронхиальной астмы	Контролируемая БА		Частично контролируемая	
	При установлении диагноза	Данные на период анализа	При установлении диагноза	Данные на период анализа
Легкая интермиттирующая	3	9	1	0
Легкая персистирующая	51	53	12	15
Среднетяжелая персистирующая	10	2	6	4

базисной терапии с целью получения стойкой ремиссии и уменьшения развития возможных осложнений [3]. Достижению контроля за заболеванием, несомненно, способствовало более активное использование АСИТ (аллерген-специфической иммунотерапии) (в группе пациентов с контролируемой БА данный вид терапии был проведен у каждого пятого, в альтернативной группе – только у каждого десятого пациента).

В целях повышения эффективности диспансерного наблюдения и успешности противовоспалительной терапии бронхиальной астмы у детей, по данным проведенной нами клинико-фармакологической экспертной оценки, необходимо выделить следующие негативные моменты.

Практически у всех детей до установления диагноза БА заболевание начиналось с повторных обструктивных бронхитов, преимущественно вирусной этиологии (от 1 до 13 эпизодов), по поводу которых дети получали порой массивную необоснованную антибактериальную терапию, включая защищенные аминопенициллины, цефалоспорины 3-го поколения амбулаторно, ко-тримоксазол – у 3 пациентов, бета-лактамы+макролиды.

На наш взгляд, это определенным образом способствовало усилению сенсibilизации организма ребенка и возникновению астмы, тем более, что 80,2% обследованных лиц имели сопутствующую аллергическую патологию, чаще множественную, и у преобладающего числа пациентов (68,8%) отмечено наследственное отягощение по аллергии. Следует признать, что неадекватная антибиотикотерапия способствовала и росту резистентности микрофлоры у пациентов.

У ряда пациентов со средней степенью тяжести заболевания (3–4 ступень) стартовая терапия включала монотерапию кромогликатом натрия (инталом) или кетотифеном, а в динамике, при сохранении признаков 3 ступени, пациенты продолжали получать монотерапию в виде ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). При этом, не была назначена как предпочтительная терапия в данном случае (согласно утвержденному национальному стандарту лечения) фиксированная смесь ингаляционных кортикостероидов и длительно действующих бета-2-агонистов, тем более, что у пациентов сохранялись признаки бронхиальной обструкции по данным компьютерной флоуметрии.

Из 72 обследуемых пациентов, у которых по возрасту было возможным проведение исследования функции внешнего дыхания, только у 60 (83,3%) имелись данные компьютерной флоуметрии, которые являются объективным маркером состояния функции внешнего дыхания и критери-

ем контроля за астмой, включая необходимость фармакологической коррекции проводимого лечения. Уровень общих IgE в сыворотке крови определен у 47 человек (56,6%), специфических IgE – у 62 пациентов (74,7% общего числа анализируемой выборки).

При значительном преобладании IgE-зависимой формы астмы современная лечебно-профилактическая технология в виде аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) проведена только у 15 человек из 83 обследуемых, что составило всего 18,1% общего числа выборки включенных в исследование пациентов. На эффективность проводимой противорецидивной терапии оказывает влияние коморбидность, в частности, наличие у ряда пациентов гастроэзофагеального рефлюкса, который на фоне бронхолитической (спазмолитической) фармакотерапии может усиливать клинические проявления БА. Это требует более тщательного соблюдения пищевого режима, а нередко коррекции проводимой базисной терапии. Диетические ограничения продиктованы также довольно частым наличием пищевой аллергии, являющейся базисом для сопутствующего атопического дерматита и круглогодичного аллергического ринита, усугубляющих течение основного заболевания (бронхиальной астмы) и влияющих в итоге на контроль астмы.

Заключение. Результаты проведенной клинико-фармакологической экспертной оценки показывают необходимость улучшения диспансеризации отдельных пациентов с астмой. На практике далеко не у всех пациентов, больных БА, корректно выполняются предписания клинических протоколов. Требуется более широкое применение АСИТ у пациентов с выявленной IgE-зависимой формой астмы, которая в детской популяции является преобладающей. Необходимо значительно расширить использование функциональной диагностики (компьютерной флоуметрии) в соответствии со стандартами лечения и обследования при БА на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений. Улучшению приверженности к лечению у детей и подростков с БА несомненно может способствовать использование спейсеров для введения ингаляционных лекарственных средств (в большинстве случаев у обследованных пациентов они отсутствуют). Как альтернатива применению ингаляционных глюкокортикостероидов, согласно международным рекомендациям GINA [3], следует шире назначать на 2-й, 3-й, 4-й ступенях терапии БА перорально антилейкотриеновый препарат (монтелукаст), позволяющий уменьшить дозы ИГКС и улучшающий приверженность к ле-

чению, так как он назначается пациентам 1 раз в сутки и, что практически важно для детей, – в возрасте с двух лет [4]. При проведении базисной терапии БА целесообразно пользоваться симбикортом (комбинированный препарат, состоящий из ИГКС будесонида и ДДБА формотерола), так как средство доставки данного ЛС (симбикорт турбухалер) обеспечивает более эффективную доставку ЛС в легкие в сравнении с наиболее часто применяемым серетидом (серетид дискус дает в 2 раза большую величину диаметра распыляемых частиц ЛС) [5].

Использование результатов проведенного исследования в реальной врачебной практике при широком обсуждении представленных материалов с организаторами здравоохранения, врачами-педиатрами, аллергологами, пульмонологами несомненно повысит эффективность противорецидивной базисной терапии у детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, что будет способствовать оптимизации диспансерного наблюдения за указанным контингентом и их оздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения аллергических заболеваний у детей: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 8 авг. 2014 г., №829.
2. Современные подходы к терапии бронхиальной астмы у детей / Е.А.Вишнева [и др.] // Медицинский совет. – 2014. – №1. – С.45–50.
3. Global Strategy for Asthma. Management and Prevention (2018 update). – 160 p.
4. Василевский, И.В. Использование монтелукаста (Синглон) – новая стратегия лечения аллергических заболеваний / И.В.Василевский // Международные обзоры (клиническая практика и здоровье). – 2016. – №4. – С.77–78.
5. Василевский, И.В. Особенности применения лекарственных средств в детском возрасте / И.В.Васи-

левский // Клиническая фармакология: учебное пособие / М.К.Кевра [и др.]; под ред. проф. М.К.Кевра. – Минск: Высшая школа, 2015. – С.78–89.

STANDARDS OF TREATMENT AND REAL MEDICAL PRACTICE IN PEDIATRICS

I.V.Vasilevski, E.N.Skepyan, N.O.Babich

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave. 83, 220116, Minsk, Republic of Belarus

The article presents the results of clinical and pharmacological expert assessment of the basic therapy of asthma in children and adolescents in the conditions of an urban children's polyclinic. The correctness of the treatment in accordance with the national standard is analyzed. Ways to improve the efficiency and optimization of follow-up observation of children and adolescents suffering from bronchial asthma are discussed.

Keywords: treatment standards; real medical practice; children; adolescents; bronchial asthma, anti-relapse treatment.

Сведения об авторах:

Василевский Игорь Вениаминович, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», профессор кафедры клинической фармакологии; тел.: (+37529) 6890910; e-mail: igor.vasilevski@mail.ru.

Скепьян Елена Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», доцент кафедры клинической фармакологии.

Бабич Наталья Олеговна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра клинической фармакологии, клинический ординатор.