

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

¹ Д.Ю.Рузанов, ² Е.И. Давидовская, ² Т.В.Барановская, ³ Т.Т.Шебушева,
¹ И.В.Буйневич, ⁴ Л.В.Алешкевич, ⁴ Т.П.Новикова, ⁴ С.Л.Масько,
⁵ В.Э.Гавриленко, ⁶ Л.Н.Гавриленко, ⁷ М.М.Сачек

¹ Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

² Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь

³ Гомельская областная туберкулезная клиническая больница, г. Гомель, Республика Беларусь

⁴ Минская областная клиническая больница,
агрогородок Лесной, Минский р-н, Республика Беларусь

⁵ Брестская областная больница, г. Брест, Республика Беларусь

⁶ Белорусский государственный медицинский университет г. Минск, Республика Беларусь

⁷ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения,
г. Минск, Республика Беларусь

В настоящем исследовании у 91,1% пациентов с неконтролируемой астмой удалось выявить конкретные причины отсутствия контроля. Пациент-ориентированная коррекция терапии с учетом выявленных причин позволяет достичь контроля более чем в 75% случаев ранее неконтролируемой астмы. Показано, что фиксированная комбинация беклометазон дипропионат 100 мкг/ формотерол фумарат 6 мкг в одном дозированном ингаляторе с использованием технологии Модулит высокоэффективна в достижении контроля при всех вариантах течения бронхиальной астмы, в том числе при дистальной астме, и приводит к значимому повышению качества жизни в физической, социальной и эмоциональной сферах.

Соблюдение протоколов и стандартов лечения, которые воспринимаются как эталон, теоретически позволит добиться контроля у 75% пациентов с астмой. Однако, в реальной практике удельный вес пациентов с полным контролем бронхиальной астмы (БА) остается невысоким. Современные зарубежные исследования, в которых оценивался уровень контроля БА, достигаемый на практике, показывают разноречивые результаты. Достигнуть полного контроля астмы призван пациент-ориентированный подход к терапии. Поэтому в последние несколько лет определение «пациент-ориентированная медицина» получило широкое распространение в научной литературе, а сам подобный подход к организации терапевтического процесса вызывает высокую заинтересованность медицинского сообщества. По отношению к БА, успешно реализовать пациент-ориентированный подход к терапии – это значит добиться регрессии тяжести заболевания и частоты возникновения симптомов. Но пациент с БА – это не набор симптомов, и, соответственно, важно помнить о влиянии астмы на фи-

зическую, социальную и эмоциональную сферы жизни. Так, оценивая течение БА, врач ориентируется на показатели спирометрии (объем форсированного выдоха за первую секунду – ОФВ1), результаты теста по контролю астмы (АСТ), объем терапии и другие объективные показатели и, чаще всего, не обращает внимания на “health-related quality of life” – понятие, получившее в русскоязычной медицине более короткое название – качество жизни (КЖ) пациента.

Повышение КЖ в настоящее время является компонентом пациент-ориентированного лечения и должно стать приоритетным направлением современной медицины. КЖ – это индивидуальный интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. Сегодня существует достаточное количество инструментов для его изучения, среди которых одним из признанных и валидизированных является опросник SF-36. Опросник состоит из 8 шкал, отражающих различные аспекты КЖ,

включая физическую, социальную и эмоциональную сферы.

В настоящее время исследователи располагают данными о КЖ пациентов БА в зависимости от степени тяжести заболевания, от уровня социального статуса (образование и пр.). Тем не менее, в доступной литературе недостаточно сведений о влиянии фенотипа или индивидуальных особенностей течения астмы на КЖ пациентов. Является ли реальной возможность восстановления КЖ при использовании различных схем терапии? Кроме того, необходимо применительно для каждой страны (региона страны) проанализировать причины неконтролируемого течения заболевания. Ответы на поставленные вопросы помогут правильно выстроить стратегию ведения пациента с неконтролируемой БА.

В Республике Беларусь в рамках проекта «Разработать научно обоснованные рекомендации по совершенствованию системы медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой на основе информационных технологий» в 2011–2014 гг. проведено клинико-фармакологическое исследование оценки эффективности и безопасности базисной терапии бронхиальной астмы (БА) с использованием фиксированной комбинации беклометазон/формотерол (БДП 100 мкг + формотерол 6 мкг в разовой дозе) «фостер – клАссика и high-tech в тераПии БРонхиальной Астмы – РАПИРА». Исследование проводилось на базе Брестской областной больницы, Минской областной клинической больницы (клиническая база кафедры клинической пульмонологии и фармакотерапии БелМАПО), Гомельской областной туберкулезной клинической больницы (клиническая база кафедры фтизиопульмонологии ГГМУ), 10-й городской клинической больницы г. Минска (клиническая база кафедры геронтологии и гериатрии с курсом аллергологии и профпатологии БелМАПО).

В ходе исследования наблюдались и дополнительно обследованы 762 пациента с БА. У 78,5% пациентов была сделана коррекция лечения с учетом комплаентности и с последующей оценкой эффективности. Большинство пациентов составили женщины – 510 (66,9%), средний возраст на момент окончания наблюдения – 47,7±9,8 лет. У 318 пациентов с установленным диагнозом БА кроме клинических параметров и функциональных тестов в течение 24 месяцев оценивалось КЖ по опроснику SF-36 (русскоязычная версия). В ходе исследования были выявлены основные причины отсутствия контроля, и проведена коррекция ле-

чения с последующим динамическим наблюдением.

У 563 (73,9%) наблюдаемых пациентов астма была неконтролируема. Данная цифра не отражает реальную ситуацию по уровню контроля астмы в Беларуси, поскольку пациенты с БА преимущественно наблюдаются терапевтами амбулаторно, а в поле зрения пульмонологов чаще всего попадают пациенты именно с неконтролируемой астмой. Наиболее частой причиной отсутствия контроля являлся недостаточный комплаенс – 24,5% пациентов не выполняли назначения врача (использовали препараты выборочно, принимали иные препараты или в недостаточных дозировках). В 15,8% случаев у пациентов с неконтролируемой астмой назначенное лечение не соответствовало национальным протоколам лечения и рекомендациям GINA. У 31,3% пациентов зафиксировано существенное преимущественное снижение МОС75, и при дальнейшем дополнительном обследовании была выявлена «дистальная» астма у 12,9%. У 7,6% зафиксированы побочные эффекты при использовании высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) – более 1000 мкг/сут в эквиваленте к беклометазону, ограничивающие базисную терапию. Проведенный анализ и дополнительное обследование в 2014 г. позволили в 6,1% наблюдений зафиксировать asthma-COPD overlap syndrome – синдром перекреста Астма-ХОБЛ. 4,4% пациентов совершали критические ошибки при использовании ингаляционных устройств, 4,0% с аллергической астмой продолжали контактировать с триггером. В 3% случаев имел место адренергический дисбаланс, и в 7,8% не была скомпенсирована тяжелая хроническая сопутствующая патология. В 4,2% наблюдений отмечалась персистирующая инфекция респираторного тракта, 3,7% пациентов имели невротические расстройства. В 5,6% случаев наблюдалось две и более причины отсутствия контроля. В 1,5% случаев отмечена гипердиагностика астмы, и диагноз был снят. Иные причины отсутствия контроля составили 5,2%. Следует отметить, что в 8,9% случаев не было обнаружено видимых причин неконтролируемого течения заболевания.

У 197 пациентов лечение было скорректировано, и назначена экстра-мелкодисперсная фиксированная комбинация беклометазона дипропионата 100 мкг/формотерола фумарата 6 мкг «Фостер» (Foster®) в одном дозированном ингаляторе с использованием технологии Модулит

(Modulite®), в том числе у пациентов с фенотипом «дистальная астма» с отсутствием контроля при предшествующем использовании других форм фиксированных комбинаций. Суточная дозировка по беклометазону назначалась в соответствии с установленной степенью тяжести и была в 1,4–2,9 раза ниже, чем эквивалентная доза ИГКС в используемых ранее комбинированных препаратах. У 7 пациентов удалось отказаться от системных глюкокортикостероидов.

После изменения схемы лечения у пациентов с ранее неконтролируемой БА удалось добиться контроля (частично или полностью), в целом, в 75,2% случаев. Однако, наблюдались существенные различия в зависимости от системы доставки дозированного ингалятора. Так, при использовании комбинации беклометазон/формотерол с системой Модулит удалось добиться контроля у 82,2%, без таковой – только у 68,4%.

При аудите объема терапии пациентов с контролируемой астмой отмечено отсутствие маневра *step-down* (не снижались дозы ИГКС, избыточно использовались комбинированные препараты после достижения полного контроля астмы). При коррекции дозы и терапии с использованием мелкодисперсного беклометазона как монотерапии у всех пациентов сохранился контроль астмы.

Уровень КЖ, в целом, и составляющие его разделы (шкалы) отличались у пациентов в зависимости от уровня контроля и степени тяжести астмы, длительности течения заболевания, коррелируя с фенотипом и динамически меняясь с изменением уровня контроля и объема терапии. При одинаково низком уровне КЖ у пациентов с тяжелой неконтролируемой БА выявлены отличия по 4 шкалам у пациентов с различными клиническими вариантами течения. Наиболее низкое КЖ выявлено у пациентов с дистальной астмой. Уровень жизнеспособности (ЖС – 24,94%) при дистальной астме был ниже показателей, зафиксированных в группе пациентов с другими фенотипами БА (ЖС – 46,5 %).

Однако, показатель КЖ более пациент-ориентирован. Так в 16,0% случаев уровень КЖ не коррелировал с результатами АСТ и в 19,5% – с уровнем ОФВ1, а также в 22,3% случаев этот показатель более чем на 6 недель быстрее реагировал на изменение состояния пациента. При использовании фиксированной комбинации беклометазон/формотерол (Фостер) удалось добиться наиболее высокого уровня КЖ. Наиболее значимыми были отличия по таким показателям, как социальная активность, роль эмоцио-

нальных проблем в ограничении жизнедеятельности и психическое здоровье, что, естественно, напрямую связано с исчезновением или ослаблением симптомов астмы, вызывающих выраженную социальную дезадаптацию. В ходе исследования мы столкнулись со странным феноменом. После достижения контроля у пациентов со среднетяжелой астмой у 18,3% пациентов показатель КЖ стал превышать среднепопуляционные значения по 5 и более шкалам, что требует дальнейшего изучения с привлечением смежных специалистов.

Таким образом, в настоящем исследовании у 91,1% пациентов с неконтролируемой астмой удалось выявить конкретные причины отсутствия контроля. Пациент-ориентированная коррекция терапии с учетом выявленных причин позволяет достичь контроля более чем в 75% случаев ранее неконтролируемой астмы. Показатель КЖ является более личностно-ориентированным и не всегда коррелирует с функциональными показателями. Фиксированная комбинация беклометазон дипропионат 100 мкг/формотерол фумарат 6 мкг в одном дозированном ингаляторе с использованием технологии Модулит высокоэффективна в достижении контроля при всех вариантах течения БА, в том числе при дистальной астме, и приводит к значимому повышению КЖ в физической, социальной и эмоциональной сферах.

Литература

1. Global Initiative for Asthma. Updated May 2014. <http://www.ginasthma.com>.
2. Ware, J.E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection / J.E.Ware, C.A.Sherbourne, J.E.Ware // *Med. Care*, 1992, 30: 473–483.
3. Moy, M.L. Clinical predictors of health-related quality of life depend on asthma severity / M.L.Moy, S.T.Weiss, E.F.Juniper [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2001, 163: 924–929.
4. Рузанов, Д.Ю. Комплексная динамическая оценка качества жизни пациентов с бронхиальной астмой / Д.Ю.Рузанов, Е.И.Давидовская, И.М.Лаптева, Т.В.Барановская, Т.Т.Шебушева, И.В.Буйневич, Т.П.Новикова, В.Э.Гавриленко // *Медицинская панорама*. – 2014. – №7 (151) октябрь. – С.84–86.
5. Bousquet, J. Modulite technology in the development: clinical evidence and future opportunities / J.Bousquet, C.Anna // *Expert Rev Resp Med.*, 2008; 2(1): 27–36.
6. Papi, A. Beclomethasone/formoterol versus budesonide/formoterol combination therapy in asthma / A.Papi, P.L.Paggiaro, G.Nicolini [et al.] // *Eur Respir J.*, 2007; 29: 682–689.

PATIENT-ORIENTED SUPPORT OF BRONCHIAL ASTHMA: INDIVIDUALIZATION OF THERAPY AND QUALITY OF LIFE

¹D.Yu.Ruzanov, ²E.I.Davidovskaya,
²T.V.Baranovskaya, ³T.T.Shebusheva,
¹I.V.Buynovich, ⁴L.V.Aleshkevich,
⁴T.P.Novikova, ⁴S.L.Masko,
⁵V.E.Gavrilenko, ⁶L.N.Gavrilenko,
⁷M.M.Sachek

¹ Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

² Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Republic of Belarus

³ Gomel Regional Tuberculosis Hospital, Gomel, Republic of Belarus

⁴ Minsk Regional Hospital, Settl. Lesnoy, Minsk District, Republic of Belarus

⁵ Brest Regional Hospital, Brest, Republic of

Belarus

⁶ Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

⁷ Republican Scientific and Practical Center of Medical Technology, Information, Management and Health Economics, Minsk, Republic of Belarus

In this study, specific reasons for the lack of control have been revealed in 91.1% of patients with uncontrolled asthma. The patient-oriented correction of the therapy, based on the identified causes, allows achieving control in more than 75% of the previously uncontrolled asthma cases. It has been shown that the fixed combination of beclomethasone dipropionate 100 mcg/formoterol fumarate 6 mcg in a single dose inhaler using Modulite technology is very effective in achieving control for all variants of bronchial asthma, including the distal asthma, and leads to a significant increase in the quality of life in the physical, social and emotional spheres.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТОВ У ДЕТЕЙ

Е.Н.Скепьян, П.Д.Топтун

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

В статье представлен обзор современных данных, касающихся результатов применения пробиотиков при инфекционных гастроэнтеритах у детей.

Инфекционная патология занимает ведущее место в структуре болезней детского возраста, составляя до 70% всех случаев заболеваемости [1]. В структуре летальности в детском возрасте в России инфекционные причины выявляются в 80% случаев [2]. Респираторные вирусные инфекции и кишечные инфекции главенствуют в структуре детских инфекционных болезней, составляя порядка 97% среди всех инфекционных заболеваний, представляя актуальную, одну из серьезнейших проблем здравоохранения. Экономический ущерб от инфекционных болезней достигает 90–95 млрд руб. в год. К сожалению, острые кишечные инфекции (ОКИ) и респираторные вирусные инфекции на сегодняшний день относятся к не управляемым вакцинопрофилактикой инфекционным заболеваниям [2]. 60–65% всех случаев ОКИ регистрируются среди детей, при этом особенно высока заболеваемость детей раннего возраста [3]. Перенесенные ОКИ на первом году

жизни могут сказываться на последующем развитии ребенка [4].

Основными возбудителями бактериальных ОКИ являются микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae. Вместе с тем, в настоящее время, в большинстве стран мира доказана доминирующая роль вирусных диарей среди установленных ОКИ у детей, в этиологии которых наибольшее значение имеют ротавирусы [5].

По данным экспертов ВОЗ, практически каждый ребенок до 5 лет переносит ротавирусную инфекцию (РВИ). Ежегодно в мире регистрируется до 25 миллионов случаев ротавирусной диареи, из них 3% заканчиваются летальным исходом [6]. В эпидемический период до 80% ОКИ приходится на РВИ, которая регистрируется в виде спорадических заболеваний или вспышек в семье и детских коллективах. По данным А.А.Ключаревой с соавт., количество больных с ротавирусной инфекцией имеет умеренную тенденцию к