

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Вафина А.Р.¹, Салахова И.Н.²

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Казань, Россия

² ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»
г. Москва, Россия

DOI: 10.7868/S2587667819050601

Цель исследования: на основании оценки выборки пациентов выявить основные характеристики лечения больных, факторы, влияющие на приверженность терапии больных бронхиальной астмой (БА) в условиях реальной клинической практики в лечебных учреждениях г. Казани.



Материалы и методы

Было обследовано 229 больных бронхиальной астмой. Дизайн исследования: проспективное, не интервенционное наблюдательное исследование. Критерии включения в исследование: возраст не менее 18 лет, установленный диагноз бронхиальной астмы, наличие характерной клинической симптоматики в анамнезе. Критериями исключения являлись: возраст менее 18 лет, беременность и период лактации, наличие тяжелых инвалидизирующих заболеваний, сочетание хронической obstructивной болезни легких (ХОБЛ) и БА (АСО). Всем больным проводилось физикальное обследование, опрос по стандартизированному вопросу Asthma Control Questionnaire (ACQ5), записана спирограмма в режимах спокойного дыхания и форсированного выдоха на приборе «Спиро-банк» с расчетом форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). Оценено насыщение крови кислородом с помощью пульсоксиметра. Лабораторные исследования, такие как данные лейкоцитарной формулы, были предоставлены из первичной документации пациентов. Для данной работы была разработана и заполнена база данных в среде программы SPSS-18, с помощью которой была проведена статистическая обработка материала с параметрическими данными в виде стандартного отклонения ($M \pm m(SD)$), ошибки средней величины.

Результаты

Средний возраст пациентов БА составил $55,4 \pm 0,9$ лет. Среди пациентов больше преобладали женщины 66,4% против 33,6% мужчин. В среднем за последний год у пациентов наблюдалось минимум по одному обострению

в 72,9% случаев, 2 и более обострений было в 53% случаев. Госпитализация 1 и более раз была у 60% больных.

Средний балл вопросника ACQ5 составил $2,85 \pm 0,09$ баллов. Результаты спирометрии у пациентов с бронхиальной астмой были следующие: ФЖЕЛ – $88,9 \pm 1,60\%$ от должных величин, ОФВ1 – $72,4 \pm 1,68\%$, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ – $66,6 \pm 0,88\%$. Кашель был у 69,4% больных, у 51,1% с мокротой и у 24,5% больных мокрота имела гнойный характер. У 77,3% пациентов основной жалобой была одышка, нарушение сна присутствовало у 49,3% больных и 47,2% пациентов пользовались бронхолитиком короткого действия (БКД) в ночное время.

Основными сопутствующими заболеваниями были: отягощенный аллергологический анамнез – 53%, гипертоническая болезнь – 53%, ринит – 42% и ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 25%.

При выборе ингалятора самым удобным устройством пациенты с бронхиальной астмой выбрали дозирующие порошковые ингаляторы (ДПИ) – в 39,7% случаев, дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ) выбрали 20,1% пациентов, небулайзер предпочли 17% больных. Оставшиеся пациенты затруднились ответить на вопрос. Аналогичная ситуация была и при выборе ингаляторов по эффективности.

Характеристика лейкоцитарной формулы была следующая: эозинофилия выше 5% наблюдалась у 6,98% пациентов, значение палочкоядерных нейтрофилов – $3,88 \pm 0,50\%$, сегментоядерных нейтрофилов – $59,44 \pm 0,85\%$, лимфоцитов – $26,29 \pm 0,67\%$, моноцитов – $6,67 \pm 0,27\%$.

Исследование приверженности терапии показало, что полностью комплаентными были только 57,2% больных. При фиксированной комбинации терапии комплаентными оказались 53,0% больных, при раздельной комбинации – 47,2% больных. Особой разницы в комплаентности при выборе типа устройства между многодозными ДПИ и капсульными ДПИ не было – 53,8% и 47,4% соответственно, тогда как при использовании ДАИ комплаентность была ниже – 33,3%. Чаще всего приверженными к лечению были пациенты с 0–1 обострением за год – 72,9%.

Исследование оценки корректного использования ингалятора показало, что медработниками были обучены 73,4% пациента, только у 7% регулярно проверялась техника, а у 43% больных вовсе не проверялась ни разу.

Выявление комбинаций проводимой терапии показало, что на момент исследования постоянно получали длительно действующие бета2-агонисты (ДДБА) – 66,8% пациентов, в количестве двух ДДБА – 3,9% больных, ДДБА в сочетании ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) – 66,8% пациентов, тройную терапию

в виде двух бронхолитиков и ИГКС получали 3,5% больных.

Заключение

Отмечен наиболее низкий уровень терапевтического сотрудничества среди пациентов. Выявлено отсутствие постоянного контроля техники ингаляций со стороны медицинского персонала. Практически у половины больных с бронхиальной астмой не проводился контроль техники. Только 7% отметили, что технику регулярно проверяют и корректируют. Наиболее эффективным лекарством и удобным способом доставки являются препараты, доставляемые посредством ДПИ. Среди больных бронхиальной астмой сотрудничество было выше у пациентов с редкими обострениями. Это говорит о том, что больные с БА предпочитали базисную терапию в противовес лечению по требованию. На основании полученных данных следует выработать рекомендации по оптимизации оказания помощи, обучению применения ингаляционных устройств и контролю за техникой ингаляции больным бронхиальной астмой в условиях реальной клинической практики.