

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Вафина А.Р.

Научные руководители: д.м.н. Визель И.Ю.,
д.м.н., проф. Шмелев Е.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань, Россия

DOI: 10.7868/S2587667820050507

Введение

Бронхиальная астма (БА) является проблемой общественного здравоохранения для всех стран, независимо от уровня развития. Распространенность БА растет во всем мире. По данным Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава Р. Татарстан, в 2017 г. в республике заболеваемость БА составляла 80,2 на 100 000 населения, в 2018 г. снизилась до 68,8 на 100 000 населения, а болезненность – 960,8 и 945,3 на 100 000 населения соответственно. В 2018 г. зарегистрировано 36 814 пациентов с БА. Несмотря на совершенствование подходов к терапии БА, достижение контроля над заболеванием остается проблемой в условиях реальной клинической практики. В Татарстане проводилось изучение патогенеза БА во взаимосвязи с хламидийной и микоплазменной инфекцией (Хамитов Р.Ф., 2003), оценивали качество оказания медицинской помощи больным БА в РТ (Гильманов А.А. и др., 2003), в последние годы были проведены глубокие исследования БА у лиц призывного возраста (Скорородкина О.В. и др., 2016), изучалась астма у детей и подростков, но активного анализа оказания помощи взрослым больным БА с оценкой уровня терапевтического сотрудничества за последние годы не проводилось. Все это делает актуальным изучение подходов к терапии БА, уровня приверженности к терапии пациентов, выявления существующих проблем и путей их устранения.

Цель исследования: выявить основные характеристики лечения больных, уровень контроля заболевания и терапевтического сотрудничества пациентов и факторы, влияющие на приверженность терапии больных бронхиальной астмой в условиях реальной клинической практики в лечебных учреждениях г. Казани.

Материалы и методы

Обследован 431 больной 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 сопутствующих тяжелых инвалидизирующих заболеваний, сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и БА (АСО). Всем больным проводился опрос по стандартизированным вопросам Asthma Control Questionnaire (ACQ5), объективное обследование, опрос по предпочтению препаратов, общего состояния в течение 1 года, записана спирограмма в режимах спокойного дыхания и форсированного выдоха на приборе «Спиробанк G» с расчетом форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ),

объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), проводилась спирометрия с помощью портативного пульсоксиметра. 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 ($M \pm m (SD)$) – средних значений, ошибки среднего и стандартного отклонения. Для оценки уровня терапевтического сотрудничества был использован опросник приверженности лечению Т.В. Фофановой и соавторов (2014). Лекарственные средства фиксировали по международным непатентованным наименованиям.

Результаты

Среди исследуемых больных БА было 298 женщин (69,1%) и 133 мужчины (30,9%) в возрасте от 18 до 87 лет, средний возраст составил $57,87 \pm 0,7$ лет. За последний год было зафиксиро-



ровано как минимум по 1 обострению в 15,8%, 2 и более обострений было у 65,4% больных. Пациентов без госпитализаций оказалось 136 (31,6%) или единичной в течении 1 года – 166 (38,5%). По градации опросника АСQ хороший контроль был только у 7,7% (33 пациента), «серая зона» – у 5,6% (24 пациента) и достаточно большое количество пациентов имели плохой контроль – 86,5% (373 больных).

На момент исследования пациенты принимали как монотерапию, так и в комбинациях бронходилататоры короткого действия (БКД), бронходилататоры длительного действия (ДДБА), ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), системные глюкокортикостероиды (СГКС), длительно действующие антихолинергические препараты (ДДАХ). Было составлено 14 комбинаций: монотерапия БКД – 11,3%, ИГКС – 1,6%, комбинация БКД+ИГКС – 3,7%, ДДБА+ИГКС – 18,8%, БКД+ИГКС+ДДБА получали 39,9%, БКД+ДДАХ – 0,2%,

ИГКС+ДДБА+ДДАХ – 0,5%, ИГКС+ДДБА+СГКС – 2,1%, БКД+ИГКС+ДДБА+СГКС – 5,4%, БКД+ИГКС+ДДБА+ДДАХ – 0,9%. Остальные 15,6% не получали терапию против БА, поскольку были обследованы при первичном направлении к специалисту. При оценке предпочтений пациентов наиболее удобным устройством были: дозирующие порошковые ингаляторы (ДПИ) – в 23,7%, дозирующие аэрозольные ингаляторы (ДАИ) – 26,0%, ДАИ+ДПИ – 30,3%, небулайзер – 0,7%, небулайзер+ДАИ – 2,8%, небулайзер+ДПИ – 0,2%, небулайзер+ДАИ+ДПИ – 0,7%. Вовсе не использовали устройства – 15,6%. Предпочтение оценивалось лично пациентами, эффективность устройств не оценивалась.

В соответствии с результатами обработки ответов на вопросник по приверженности к лечению только 52,0% больных БА полностью выполняли рекомендации. Анализ приверженности представлен в таблице.

Таблица. Сопоставление различных признаков и частоты лекарственных назначений у пациентов с БА, приверженных и не приверженных рекомендациям врача

Параметры	Приверженные к назначениям n = 224	Не приверженные к назначениям n = 207	Достоверность
До 60 лет 60 лет и старше	47,8% 52,2%	52,2% 47,8%	p > 0,1
Мужчины Женщины	27,2% 72,8%	34,8% 65,2%	p < 0,1
ИМТ более 25	72,8%	69,6%	p > 0,1
Поликлиника Стационар	66,5% 33,5%	61,8% 38,2%	ХИ-квадрат = 1,027; d.f. = 1; p = 0,311
Курение более 10 пачка-лет	13,8%	21,2%	ХИ-квадрат = 4,18; d.f. = 1; p = 0,128
1 и более госпитализаций	63,8%	73,4%	ХИ-квадрат = 11,97; d.f. = 1; p = 0,101
0–1 обострения за год 2 и более обострений	42% 58%	26,6% 73,4%	ХИ-квадрат = 29,16; d.f. = 1; p < 0,015
ОФV ₁ % д.в.	72,76 ± 1,7 (25,44) Z-KC = 0,213	66,53 ± 1,68 (24,30) Z-KC = 0,818	p < 0,05
Уровень контроля по GINA Контролируемая Частично контролируемая Не контролируемая	10,7% 11,2% 78,1%	6,8% 6,8% 86,0%	ХИ-квадрат = 6,09; d.f.=2; p=0,107
Вопросник АСQ 0–0,75 хороший контроль 0,75–1,5 «серая зона» > 1,5 плохой контроль	8,5% 6,3% 85,3%	6,8% 4,8% 87,9%	ХИ-квадрат = 1,97 d.f. = 2; p > 0,1

Таблица (окончание)

Параметры	Приверженные к назначениям n = 224	Не приверженные к назначениям n = 207	Достоверность
Предпочли бы препарат один раз в день	40,2%	34,7%	ХИ-квадрат = 15,80; d.f. = 2; p = 0,05
Предпочли бы препарат два раза в день	43,3%	33,9%	ХИ-квадрат = 20,73 d.f. = 1; p < 0,001
Предпочли бы препарат по требованию	15,2%	23,6%	ХИ-квадрат = 14,45 d.f. = 1; p = 0,013
Ингалятор не использовали	17,4%	9,2%	ХИ-квадрат = 15,03 d.f. = 2; p = 0,036
Один тип ингаляторов	44,2%	55,6%	
Два типа и больше	37,9%	34,4%	
Обучены медработником	72,3%	75,8%	p > 0,1
Последующий контроль техники ингаляций	60,7%	50,2%	ХИ-квадрат = 9,36 d.f. = 1; p = 0,025
Бронхолитики короткого действия	65,2%	71,5%	ХИ-квадрат = 4,81 d.f. = 1; p = 0,43
Ингаляционные глюкокортикостероиды (все)	6,7%	7,2%	p > 0,1
ИГКС/ДДБА	66,5%	68,1%	ХИ-квадрат = 10,53 d.f. = 1; p = 0,39
Будесонид/формотерол	52,2%	52,2%	p > 0,1
Флутиказон/сальметерол	13,8%	15,5%	
Беклометазон/формотерол	0%	0,5%	
Системные ГКС всего	4,0%	4,3%	p > 0,1

Не было достоверных различий в уровне приверженности среди мужчин и женщин, не отличался уровень приверженности по возрасту, индексу массы тела, по частоте применения ИГКС. Пациенты с контролируемым и частично контролируемым течением заболевания достоверно чаще были привержены к терапии, в отличие от пациентов с плохим контролем. Пациенты, имеющие большее количество обострений и госпитализаций в течение года, достоверно меньше были привержены к терапии. При сборе анамнеза было установлено, что корректному использованию ингалятора было обучено 74,0% пациентов из всех, кто получал терапию. Достоверных различий в уровне приверженности не было обнаружено. Контроль техники ингаляции регулярно проверялся лишь у 12,1% больных, тогда как

у 44,3% больных техника ни разу не проверялась в течение всего заболевания.

Заключение

Терапия пациентов с БА назначалась в соответствии с существующими руководствами, однако уровень контроля заболевания остается низким. Исследование терапевтического сотрудничества показало, что уровень приверженности больных лечению остается низким. Пациенты с легкой формой бронхиальной астмы, лучшим контролем над симптомами, меньшим количеством обострений и госпитализаций в течение года оказались более приверженными к терапии, в отличие от пациентов с обратными значениями. Этот факт наглядно демонстрирует значимость высокого уровня приверженности пациентов лечению для эффективности терапии заболевания.

Вафина Аделя Рустемовна, аспирант 2-го года, ассистент кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, Р. Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49
Тел.: +7 (960) 054-03-64
E-mail: adelyavafina@gmail.com