

13. Овчаренко СИ Противовоспалительная терапия хронического бронхита. *РМЖ*. 2001;5:201.

References

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016. [Internet] Available from: <http://goldcopd.org/>.

2. Aisanov ZR, Avdeev SN, Arkhipov VV, Belevsky AS, Leschenko IV, Ovcharenko SI, Shmelev EI, Chuchalin AG National clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease: an algorithm for making clinical decisions. *Pulmonology*. 2017;27(1):13-20. DOI:10.18093/0869-0189-2017-27-1-13-20 (In Russian)

3. Avdeev SN. Phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease: features of therapy. *Diseases of the respiratory system. Consilium (adj.)*. 2010;1:23-8. (In Russian)

4. Pistolesi M, Bigazzi F, Cestelli L, Paoletti M, Camiciottoli G. COPD: Complex disease: Phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease. [Internet]. Available at <https://medi.ru/info/4869> (reference 28.07.2017)

5. Kutsenko MA, Chuchalin AG The paradigm of comorbidity: the syndrome of COPD and IHD. *RMJ*. 2014;5:389. (In Russian)

6. Boev SS, Dotsenko N.Ya., Shehunova IA, Dedova V.O. Combination of chronic obstructive pulmonary disease and coronary heart disease. *Issues of rational therapy*. [Internet]. Available at <http://therapia.ua/therapia/2015-/2-95>. (reference July 28, 2017). (In Russian)

7. Correia LL, Lebedev TYu, Efremova OA. The problem of polymorbidity in a combination of chronic obstructive pulmonary disease and certain cardiovascular

diseases. *Scientific Bulletin of Belgorod State University*. 2013;4(147):12-17. (In Russian)

8. Sin DD, Wu L, Man SF. The relationship between reduced lung function and cardiovascular mortality. *Chest*. 2005;127:1952-9. DOI:<http://dx.doi.org/10.1378/chest.127.6.1952>

9. Sin DD, Man SF. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2005;2(1):8-11. DOI:<http://dx.doi.org/10.1513/pats.200404-032ms>.

10. Global strategy for diagnosis, treatment and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2011 revision). M: Russian Respiratory Society, 2012. 80 p. (In Russian)

11. National guidelines for the diagnosis and treatment of stable angina pectoris. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2008;7(6): 37. (In Russian)

12. Aisanov ZR, Kokosov AN, Ovcharenko SI, Khmelkova NG, Tsoi AN, Chuchalin AG, Shmelev EI Chronic obstructive pulmonary disease. The federal program. *RM1*. 2001;1:9 (In Russian)

13. Ovcharenko S.I. Anti-inflammatory therapy of chronic bronchitis. *RM2*. 2001;5:201. (In Russian)

Сведения об авторах

Антонов Владимир Николаевич, Южно-Уральский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского 64; тел.: +7 (351) 2327371; e-mail: ant-vn@yandex.ru

Information about the authors

Antonov Vladimir N., South Ural State Medical University; address: Russian Federation, 454092, Chelyabinsk, ul. Vorovsky 64; Phone: +7 (351) 2327371; e-mail: ant-vn@yandex.ru

Поступила 04.09.2017 г.

Принята к печати 13.09.2017 г.

© ВИЗЕЛЬ А. А., ВАФИНА А. Р., ВИЗЕЛЬ И. Ю., САЛАХОВА И. Н., ДЬЯКОВА Е. В., КУДРЯВЦЕВА Э. З.

УДК 616.248-085.2/.3

DOI: 10.20333/2500136-2017-5-40-47.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСТУПИВШИХ В СТАЦИОНАРЫ ГОРОДА КАЗАНИ

А. А. Визель¹, А. Р. Вафина¹, И. Ю. Визель¹, И. Н. Салахова¹, Е. В. Дьякова², Э. З. Кудрявцева³

¹Казанский государственный медицинский университет, Казань 420012, Российская Федерация

²Республиканская клиническая больница, Казань 420064, Российская Федерация

³16-я городская клиническая больница, Казань 420039, Российская Федерация

Цель исследования. Изучение клинических проявлений, особенностей лечения, предпочтений больных бронхиальной астмой (БА) и соответствия оказания помощи этим больным клиническим рекомендациям.

Материал и методы. Проведён опрос, клиническое, лабораторное и функциональное обследование 100 больных БА, поступивших в стационары города Казани до июля 2017 года. База данных создана и обработана программой SPSS-18.

Результаты. В соответствии с GINA 2017 у 96 % больных БА была неконтролируемой и у 4 % — частично контролируемой; по результатам применения вопросника ACQ у 94% больных была плохо контролируемая БА. Пациенты назвали худшим временем суток вечер и ночь, а также сообщили, что утренние симптомы негативно влияли на дневную активность. Наиболее эффективными и удобными устройствами больные назвали дозирующие порошковые ингаляторы. Наиболее эффективной комбинацией пациенты назвали будесонид с формотеролом. Лечение, проводимое на амбулаторном этапе и в стационаре, соответствовало отечественным и зарубежным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению БА. Однако только 43 % больных имели адекватное терапевтическое сотрудничество, а 20 % — не были достаточно обучены применению

средств доставки аэрозолей. Модификация и усиление терапии при госпитализации также соответствовали отечественным и международным рекомендациям.

Заключение. Проведённая работа показала, что уровень оказания помощи больным БА в Казани соответствует современным требованиям. Среди назначаемых препаратов значительную часть стали занимать генерики. Работа показала, что имеются возможности дальнейшего совершенствования лечения БА путем повышения комплаентности больных, более полного обучения и регулярного контроля техники применения различных ингаляционных препаратов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, контроль, вопросники, лечение, ингаляторы, бронхолитики, ингаляционные кортикостероиды, терапевтическое сотрудничество.

Для цитирования: Визель АА, Вафина АР, Визель ИЮ, Салахова ИН, Дьякова ЕВ, Кудрявцева ЭЗ. Характеристика больных бронхиальной астмой, поступивших в стационары города Казани. *Сибирское медицинское обозрение.* 2017;(5): 40-47. DOI: 10.20333/2500136-2017-5-40-47.

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA HAVE ADMITTED TO THE STATIONARES OF THE CITY OF KAZAN

A. A. Vazel¹, A. R. Vafina¹, I. Yu. Vazel¹, I. N. Salakhova¹, E. V. Dyakova², E. Z. Kudryavtseva³

¹Kazan State Medical University, Kazan 420012, Russian Federation

²Republican Clinical Hospital, Kazan 420064, Russian Federation

³16-city Clinical Hospital, Kazan 420039, Russian Federation

The aim of the research. To study the clinical manifestations, peculiarities of treatment, preferences of patients with bronchial asthma (BA) and compliance of care for these patients with clinical recommendations.

Material and methods. It was conducted the survey, clinical, laboratory and functional examination of 100 patients with asthma, that have admitted to the hospitals in Kazan until July 2017. The database was created and processed by the SPSS-18 program.

Results. According to GINA 2017, 96% of patients had uncontrolled asthma and 4% had partially controlled; according to the results of the ACQ questionnaire, 94% of patients had poorly controlled BA. Patients said the worst time of the day evening and night, and also reported that morning symptoms had a negative effect on daytime activity.

The most effective and convenient devices were called metered dose powder inhalers. The most effective combination the patients named budesonide with formoterol. Treatment, conducted at the outpatient and inpatient, corresponded to domestic and foreign clinical recommendations for diagnosis and treatment of asthma.

However, only 43% of patients had adequate therapeutic cooperation, and 20% - were not sufficiently trained in the use of aerosol delivery. Modification and strengthening of therapy during hospitalization also corresponded to domestic and international recommendations.

The conclusion. The work showed that the level of care for patients with BA in Kazan is up-to-date. Among the prescribed drugs, a significant proportion began to occupy the generics. The work showed that there are opportunities to further development the treatment of asthma by improving patient compliance, more complete training and regular monitoring of the technique of using various inhalation drugs.

Key words: bronchial asthma, control, questionnaires, treatment, inhalers, bronchodilators, inhaled corticosteroids, therapeutic cooperation.

Citation: Vazel AA, Vafina AR, Vazel IYu, Salakhova IN, Dyakova EV, Kudryavtseva EZ. Characteristics of patients with bronchial asthma have admitted to the stationares of the city of Kazan. *Siberian Medical Review.* 2017; (5): 40-47. DOI: 10.20333/2500136-2017-5-40-47.

Введение

Бронхиальная астма (БА) – это гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. Гетерогенность БА проявляется различными фенотипами заболевания, многие из которых возможно выделить в обычной клинической практике [1, 2, 3], а рост заболеваемости БА отмечается во многих регионах России [4, 5]. Это увеличивает расходы системы здравоохранения [6]. В Республике Татарстан заболеваемость БА увеличилась за последние 20 лет до 895,4 (+184,4 %), тогда как смертность снизилась с 11,8 до 2,19 (-81,4 %), а летальность с 0,59 % до 0,18 % (-69,4 %) [7]. В то

же время существующие методы лечения позволяют достичь контроля над БА, продолжается совершенствование её терапии [8, 9]. Примерном успешной оптимизации терапии БА служит анализ ситуации в г. Омске, где было отмечено сокращение потребления симптоматических препаратов и увеличение комбинаций ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) и бета-2 адреномиметиков длительного действия (ДДБА) [10]. Серьёзные аналитические исследования оказания помощи больным БА проводятся в Оренбурге и Красноярске [11, 12]. Неоднородность заболевания и динамика эпидемиологических показателей делают актуальным изучение клинических проявлений, структуры заболевших по тяжести течения и контролю над БА, фармакоэпидемиологии в разных регионах России в разные периоды времени. В связи с этим целью данной работы было изучение клиниче-

ских проявлений, особенностей лечения больных БА, поступивших в стационары города Казани.

Материал и методы

В проспективное инициативное, не интервенционное, наблюдательное исследование было включено 100 больных бронхиальной астмой (67 женщин и 33 мужчины) в возрасте от 19 до 87 лет ($59,2 \pm 1,4$ (14,1) года), находившихся в стационарах г. Казани с 17.02.2016 по 13.07.2017 года (83 – в Республиканской клинической больнице, 12 – в 16-й городской клинической больнице, 4 – в ОАО «12-я городская клиническая больница» и 1 – в госпитале Медико-санитарной части МВД РФ по РТ). Наряду с традиционным сбором анамнеза был использован классический вопросник ACQ из 5 вопросов, рекомендованный к применению глобальной инициативой GINA [1] и национальными клиническими рекомендациями по БА [2]. Функция внешнего дыхания была исследована на спирометре открытого типа Spirobank (MIR, Италия, одобрен ATS, сертифицирован для применения в России) с первичной обработкой данных программой WinspiroPRO. Результаты лабораторных исследований были заимствованы из медицинских карт стационарных больных. Все данные были собраны и обработаны в базах данных прикладной статистической программы SPSS-18. При представлении средних величин результаты выражались как $M \pm SE$ (SD) – среднее значение, ошибка средней, стандартное отклонение. Во всех случаях пациентов курировал врач-пульмонолог. 51% больных были в возрасте 60 лет и моложе. Среди обследованных было 20 мужчин трудоспособного возраста (60 лет и моложе – 66,7% мужчин) и 24 женщины трудоспособного возраста (55 лет и моложе – 35,8% женщин). Все больные были опрошены и обследованы исследователями в период пребывания в стационаре. Только у 2 пациентов данная госпитализация была первой за последние 12 месяцев. Среднее число госпитализаций в течение последнего года составило $1,64 \pm 0,12$ (1,20) (61 % – 1 обострение, 23 % – 2 обострения, 7 % – 3 обострения и 7 % – 4 и более обострений) госпитализации (от 0 до 7), среднее число обострений, потребовавших изменения терапии, за последний год было $5,14 \pm 0,45$ (4,54). У 12 пациентов данное обострение было первым за последние 12 месяцев.

Результаты и обсуждение

Согласно критериям GINA 2017, у 96 % больных БА была неконтролируемой и у 4 % – частично контролируемой. Средний балл вопросника ACQ составил $3,72 \pm 0,12$ (1,18), от 0 до 5,8. В соответствии с градациями, указанными в GINA, в интервале 0-0,75 балла (хороший контроль БА) результаты опроса были только у 2 больных (2 %), в интервале 0,75-1,50 («серая зона») – у 4 пациентов (4 %), а у остальных 94 % – более 1,5 баллов (плохо контролируемая БА).

Среди обследованных больных БА 82,0 % больных никогда не курили, 13,0 % – курили в прошлом и только 5 больных (5 %) – курили на момент обследования. Все 18 бывших и настоящих курильщиков курили сигареты. Медиана стажа курения была равна нулю, поскольку 82 % пациентов не курили никогда. 1 больной курил первый год, а еще 17 курили 5 и более лет. 62% пациентов не употребляли алкоголь, 35 % – редко, 3 % – периодически. У 41 % больных наряду с БА были клинические проявления ринита, 56 % больных имели отягощенный аллергологический анамнез. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были гипертоническая болезнь (64 %), ишемическая болезнь сердца (41 %), хроническая сердечная недостаточность (32 %), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (32 %), сахарный диабет (15 %).

При опросе пациентов было установлено, что главной жалобой пациенты назвали одышку (88 %), хотя 75 % подтвердили у них наличие кашля, но значимость его для них была не высокой (только 2 % больных отметили кашель, как основную жалобу). 95 % больных сообщили о ночных пробуждениях, 73 % пользовались ингаляторами в ночное время. Среди всех нарушений сна чаще всего встречалось преждевременное утреннее пробуждение (82 %). Хуже всего пациенты себя чувствовали вечером (23 %), ночью (19 %) или утром (17 %), а 33 % не смогли определить это время суток. Наилучшим для состояния временем суток эти больные назвали день (46 %), тогда как 30 % не смогли определить это время суток. Тем не менее, нарушение своей привычной дневной активности отметили 82 % больных, при этом 76 % пациентов связывали это с утренними симптомами, которые снижали качество жизни в течение дня.

Результаты спирометрии больных БА широко варьировались. Среднее значение ФЖЕЛ составило $2,43 \pm 0,11$ (1,08) л ($77,7 \pm 2,4$ (24,2) % от должных значений), ФЖЕЛ была ниже 80 % от должной у 10 % пациентов. Среднее значение ОФВ₁ было $1,58 \pm 0,08$ (0,83) л ($61,0 \pm 2,4$ (23,7) % от должных величин), ОФВ₁ был ниже 80 % от должного у 32 % больных. Отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ варьировало от 27,2 % до 96 % и составило в среднем $64,9 \pm 1,6$ (16,4) %. У 61 % пациентов это отношение было ниже 70 %. Ёмкость вдоха была в среднем $2,82 \pm 0,62$ (6,24) л или $97,5 \pm 2,7$ (21,1) % от должных величин). 69 больным в стационаре была проведена проба с сальбутамолом. Прирост ОФВ₁ составил в среднем $18,38 \pm 1,68$ (14,0) % или 326 ± 29 (245) мл. Средние значения сатурации (SaO₂) были $96,2 \pm 0,24$ (2,4) % (от 84 % до 99 %). Согласно данным пульсоксиметрии дыхательная недостаточность (ДН) 1-й степени наблюдалась у 7 %, ДН2 – у 4 %. Частота сердечных сокращений была $83,3 \pm 1,1$ (10,8) в 1 минуту (от 64 до 116 в минуту).

Лейкоцитарная формула характеризовалась следующими показателями: палочкоядерные нейтрофилы – 2,74±0,76 (7,61) %, сегментоядерные нейтрофилы – 64,12±1,23 (12,34) %, лимфоциты – 23,60±0,95 (9,51) %, моноциты – 5,94±0,27 (2,72) %, эозинофилы – 2,71±0,34 (2,78) % или 206 ± 36 (302) в 1 мкл. Эозинофилия 5 % и более была у 11,6 % больных БА.

Пациенты были опрошены относительно проводимой им повседневной терапии. В ответ на вопрос: «Какое лекарство Вы считаете для себя наиболее эффективным?» 67 % больных назвали сочетание ИГКС/ДДБА. Из них 49 % пациентов лучшей назвали комбинацию будесонид/формотерол (при этом только в 19 % это была фиксированная комбинация), а 18 % – флутиказон/салметерол. 20 % больных наилучший эффект отметили при применении бронхолитиков короткого действия (12 % – фенотерол/ипратропий).

На вопрос о кратности применения препаратов в течение суток 49 % хотели бы пользоваться 1 раз в сутки, 24 % – 2 раза в сутки, 25 % – ситуационно, по потребности, и только 2 % сказали, что им безразлично.

Рисунок 1 отражает влияние типа устройств на удобство и оценку эффективности, а также реальную частоту применения этих устройств в данной группе больных БА. Больные БА предпочитали дозирующие порошковые ингаляторы (ДПИ), они им чаще помо-

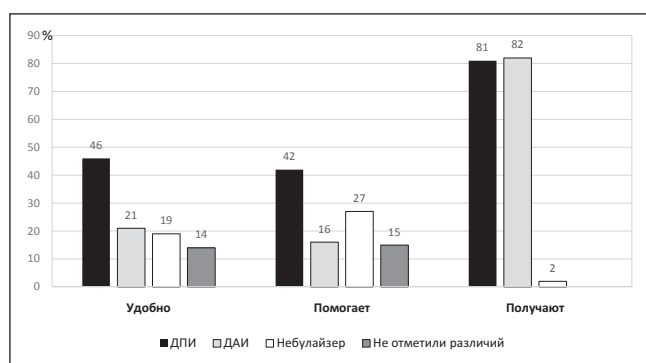


Рисунок 1. Частота удобства средств доставки для больных, восприятия эффекта препаратов и фактической частоты их применения (n=100).

гали (различия достоверны, $p < 0,05$), вероятно по той причине, что именно ДПИ применялись для доставки ИГКС/ДДБА. Однако на практике ДПИ были назначены столь же часто, как и дозирующие аэрозольные ингаляторы (ДАИ), посредством которых доставляли бронхолитики короткого действия (различий в частоте не было).

80 % больных сообщили, что уже на первом визите медработник хорошо обучил их пользованию ингалятором, но только у 40 % техника была проверена на повторном визите, и только у 9 % технику ингаляций врач проверял регулярно.

Распределение препаратов, которые получали пациенты перед поступлением в стационары, представлено на рисунке 2.

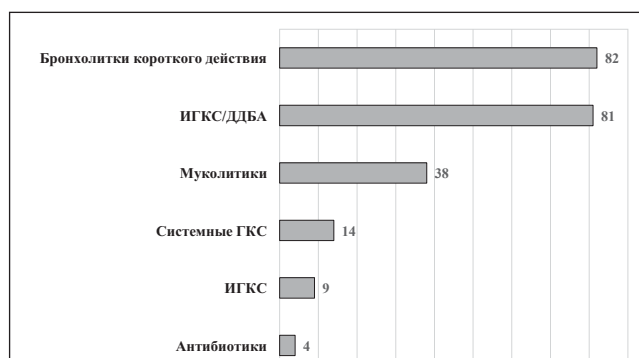


Рисунок 2. Частота назначения препаратов разных классов больным БА (n=100).

Среди бронходилататоров короткого действия чаще всего (64 %) была назначена фиксированная комбинация коротко действующего бета-2 адrenomиметика (КДБА) и коротко действующего антихолинергика (КДАХ) – фенотерол/ипратропий – посредством ДАИ (61 % – оригинальный препарат и 3 % – генерик). Сальбутамол получали 11 % больных (1 % – оригинальный препарат и 10 % – генерик). 7 % пациентов ингалировали оригинальный фенотерол. Среди них 78 % получали эти препараты по льготному лекарственному обеспечению.

Только 9 % больных получали ИГКС без ДДБА (7 % – беклометазона дипропионат генерического ДАИ, 2 % – оригинальный будесонид ДПИ). 88,9 % имели льготное лекарственное обеспечение.

Все комбинации ИГКС/ДДБА были оригинальными. Среди них в 88,9 % случаев препарат был получен по льготе. 58 % больных БА получали будесонид/формотерол (33 % – раздельно, 25 % – фиксированная комбинация) и 23 % – фиксированную комбинацию флутиказона пропионат/салметерол. 6 % больных в качестве третьего ингалятора получали длительно действующий антихолинергический бронхолитик (ДДАХ) – тиотропия бромид (оригинальный), в 3 случаях с помощью ДПИ Хандихалер и в 2 – через устройство Респимат; в одном случае тиотропий был в комбинации с ДДБА – олодатеолом через устройство Респимат.

14 % пациентов получали системные оральные глюкокортикостероиды (ГКС) – 13 % преднизолон и 1 % – метилпреднизолон. В 78,6 % получали их по льготному лекарственному обеспечению.

38 % больных самостоятельно приобретали муколитические препараты (22% — N-ацетилцистеин, 15 % – амброксола гидрохлорид и 1 % – бромгексин/ гвайфенезин/сальбутамол). 4 % перед госпитализацией принимали антибиотики (3 больных азитромицин и 1 – левофлоксацин).

Частота назначения различных препаратов представлена в таблице 1, а распределение лекарственных средств по группам отражает рисунок 3.

Таблица 1

Характеристика терапии, которую получали пациенты до госпитализации (n=100)

| Схемы лечения | Частоты % |
|---|-----------|
| Ипратропий+Фенотерол+Будесонид+Формотерол | 8,0 |
| Будесонид+Формотерол | 7,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Будесонид+Формотерол+N-ацетилцистеин | 5,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Будесонид+Формотерол+Амброксол | 4,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Будесонид+Формотерол+Преднизолон | 4,0 |
| Ипратропий+Фенотерол | 3,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Беклометазон | 3,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Флутиказон+Салметерол | 3,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Флутиказон+Салметерол+Амброксол | 3,0 |
| Сальбутамол+N-ацетилцистеин | 2,0 |
| Будесонид+Формотерол+Преднизолон | 2,0 |
| Фенотерол+Флутиказон+Салметерол | 2,0 |
| Сальбутамол+Флутиказон+Салметерол | 2,0 |
| Фенотерол+Будесонид+Формотерол+N-ацетилцистеин | 2,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Будесонид+Формотерол+Преднизолон+N-ацетилцистеин | 2,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Флутиказон+Салметерол+Преднизолон | 2,0 |
| Сальбутамол | 1,0 |
| Беклометазон | 1,0 |
| Сальбутамол+Беклометазон | 1,0 |
| Сальбутамол+Будесонид | 1,0 |
| Флутиказон+Салметерол | 1,0 |
| Будесонид+Формотерол+N-ацетилцистеин | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+N-ацетилцистеин | 1,0 |
| Сальбутамол+Будесонид+Формотерол | 1,0 |
| Тиотропий+Флутиказон+Салметерол | 1,0 |
| Фенотерол+Будесонид+Формотерол | 1,0 |
| Фенотерол+Будесонид+Формотерол+Амброксол | 1,0 |
| Фенотерол+Флутиказон+Салметерол+Амброксол | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Беклометазон+Преднизолон | 1,0 |
| Сальбутамол+Флутиказон+Салметерол+Амброксол | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Беклометазон+Будесонид+Формотерол | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Будесонид+Формотерол+Метилпреднизолон | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Будесонид+Формотерол+Преднизолон+Амброксол | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Тиотропий+Будесонид+Флутиказон+Салметерол+Амброксол | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Тиотропий+Будесонид+Формотерол+Амброксол | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Тиотропий+Флуимуцил | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Тиотропий+Флутиказон+Салметерол+N-ацетилцистеин | 1,0 |
| Ипратропий+Фенотерол+Флутиказон+Салметерол+N-ацетилцистеин +Левифлоксацин | 1,0 |
| Сальбутамол+Будесонид+Формотерол+Преднизолон+Гвайфенезин+Бромгексин | 1,0 |
| Сальбутамол+Тиотропий+Олодатерол+Будесонид+Формотерол+Амброксол | 1,0 |
| Не получали перед госпитализацией | 4,0 |

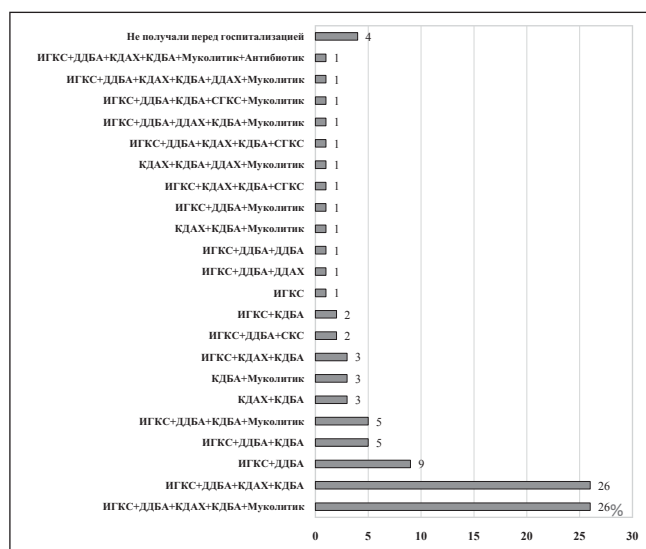


Рисунок 3. Распределение лекарственных средств, которые получали больные БА до госпитализации, по фармакологическим группам (n=100). Сокращения в тексте.

Большинство пациентов получали вполне адекватную терапию, тем не менее были госпитализированы с обострением. Возможным объяснением этого факта стал результат проведения теста комплаентности Мориски-Грина, согласно которому только 42 % имели адекватное терапевтическое сотрудничество (таблица 2). Чаще всего (45 %) пациенты просто забывали вдохнуть препарат.

Таблица 2

Тест комплаентности Мориски-Грина (n=100)

| | |
|---|------|
| Были комплаентными больными | 42 % |
| Забывали принять препараты | 45 % |
| Не использовали препарат в назначенное время | 37 % |
| Пропускает приём препарата, если хорошо себя чувствует | 33 % |
| Если чувствует себя плохо, после приёма лекарства, пропускает следующий приём | 16 % |

В стационаре лечение больных было модифицировано и усилено. 70 % получали бронхолитики короткого действия через небулайзер (14 % – оригинальный сальбутамол, 53 % – ипратропий/фенотерол (30 % – оригинальный и 23 % – генерический) и 3 % – генерический ипратропий/сальбутамол. Одному больному 69 лет со стажем курения 60 пачка-лет была назначена оригинальная фиксированная комбинация индакатерола и гликопиррония через ДПИ. В 68 % случаев больным внутривенно вводили раствор эуфиллина отечественного производства. Системные ГКС были назначены 83 % пациентов (70 % – преднизолон, 12 % – дексаметазон и 1 % – метилпреднизолон). Ингаля-

ционные ГКС получали 76 % больных (53 % – будесонид (45 % оригинальный, 8 % – генерический), 13 % – генерический беклометазона дипропионат), 43 % – через небулайзер, 13 % – через ДАИ, 20 % – через ДПИ. 23 % больным при госпитализации были назначены антибиотики: цефалоспорины III генерации – 10 %, макролиды – 8 %, фторхинолоны II генерации – 3 %, тетрациклины – 2 %. Все препараты были не оригинальными.

Полученные данные согласуются с работами других отечественных авторов. Так, ранее было показано, что ДН при БА определяется не сатурацией, а состоянием вентиляционной способности лёгких [13]. В нашем исследовании $ОФВ_1$ была снижена у 32 % пациентов, тогда как снижение насыщения крови кислородом было только у 11 % больных. В большинстве случаев проводимая терапия соответствовала современным представлениям о лечении БА [14, 15].

Заключение

Представленный анализ 100 больных БА, последовательно поступавших в стационары г. Казани, показал, что во всех случаях госпитализация была обоснованной, поскольку была связана с обострением. Состояние больных оставалось неоднородным в течение суток. Назначенная до госпитализации терапия была в большинстве случаев адекватна состоянию больных, значительная часть пациентов получали льготное лекарственное обеспечение, однако только 42 % из них имели хорошее терапевтическое сотрудничество перед поступлением. Кроме того, 20 % больных не были в достаточной степени обучены технике применения ингаляционных лекарственных средств, и только 9 % отметили, что контроль техники ингаляций медработники регулярно проверяли и корректировали. Модификация и усиление терапии при госпитализации также соответствовали отечественным и международным рекомендациям. Проведённая работа показала, с одной стороны, что амбулаторная и стационарная помощь больным БА, поступающим в стационары г. Казани, адекватна современным положениям медицины. Значительную часть препаратов стали составлять генерические лекарственные средства, без снижения эффективности терапии. В то же время выявлены возможные пути улучшения контроля над БА, которые состоят в повышении образования больных в вопросах терапии, необходимости регулярной базисной терапии (повышения комплаентности), а также в обучении и регулярном контроле техники ингаляции из различных устройств.

Литература

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA). Updated 2017 [Internet]. Available: <http://ginasthma.org>.

2. Чучалин АГ, Айсанов ЗР, Белевский АС, Бушманов АЮ, Васильева ОС, Волков ИК, Геппе НА, Княжеская НП, Кондюрина ЕГ, Колосова НГ, Мазитова НН, Малахов АБ, Мещерякова НН, Ненашева НМ, Ревякина ВА, Шубин ИВ Российское респираторное общество. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы, 2016 [Интернет]. Доступно: <http://www.spulmo.ru>.

3. Федосеев ГБ, Трофимов ВИ, Шайлиева ВГ, Елисева МВ, Крякунов КН Многоликая бронхиальная астма — фенотипы и клиничко-патогенетические варианты. *Российский аллергологический журнал*. 2012;1:50-7.

4. Овсянникова ЛВ, Петров ДВ Бронхиальная астма в Омской области: динамика показателей заболеваемости и распространённости. *Омский научный вестник*. 2015;1(138):18-20.

5. Титова ОН, Куликов ВД Динамика показателей заболеваемости бронхиальной астмой взрослого населения Санкт-Петербурга. *Медицинский альянс*. 2017;1:59-67.

6. Хабриев РУ, Аринина ЕЕ, Рашид МА. Эпидемиологическое бремя хронической обструктивной болезни лёгких и бронхиальной астмы в РФ. *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2015;4:19-31.

7. Вафин АЮ, Визель АА, Шерпутовский ВГ, Лысенко ГВ, Колгин РА, Визель ИЮ, Шаймуратов РИ, Амиров НБ. Заболевания органов дыхания в Республике Татарстан: многолетний эпидемиологический анализ. *Вестник современной клинической медицины*. 2016;9(1):24-31.

8. Чучалин АГ. Бронхиальная астма: новые перспективы в терапии. *Казанский медицинский журнал*. 2011;92(5):676-84.

9. Невзорова ВА, Майстровская ЮВ, Коновалова ЕН, Лукьянов ПА, Чикаловец ИВ. Современные технологии в лечении и реабилитации больных бронхиальной астмой. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2001;1:25-37.

10. Овсянников НВ, Антонов НС, Ляпин ВА, Шукиль ЛВ. Бронхиальная астма в промышленном регионе: фармакоэпидемиологические аспекты. *Фармация*. 2012;6:31-4.

11. Кулбаисов АМ, Полумордвинцев ТВ, Жестков АВ. Фармакотерпия больных бронхиальной астмой: проблемы и возможные пути их решения. *Вестник современной клинической медицины*. 2017;10(3):18-23. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(3).18-23.

12. Демко ИВ, Гордеева НВ, Бочанова ЕН, Крапошина АЮ, Соловьева ИА, Гайгольник ТВ. Анализ лекарственного обеспечения больных бронхиальной астмой в Красноярском крае. *Современные проблемы науки и образования*. 2016;5:167-72.

13. Анисимов ДА, Гончарова ЛН, Дьячкова АА. Ана-

лиз диагностических параметров дыхательной недостаточности у больных бронхиальной астмой. *Самарский научный вестник*. 2015;2(11):10-12.

14. Лещенко ИВ, Эсаулова НА. Бронхиальная астма: современные вопросы базисной терапии (в помощь практическому врачу). *РМЖ*. 2015;18:1074-79.

15. Лещенко ИВ, Баранова ИИ. Выбор базисной терапии бронхиальной астмы в реальной клинической практике. *Терапевтический архив*. 2015;3:92-97.

References

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA). Updated 2017 [Internet]. Available: <http://www.ginasthma.org>

2. Chuchalin AG, Aisanov ZR, Belevskiy AS, Bushmanov AYU, Vasil'eva OS, Volkov IK, Geppe NA, Knyazheskaya NP, Kondyurina EG, Kolosova NG, Mazitova NN, Malakhov AB, Meshcheryakova NN, Nenasheva NM, Revyakina VA, Shubin IV Russian respiratory society. Federal clinical recommendations for diagnosis and treatment of bronchial asthma, 2016 [Internet]. Available: <http://spulmo.ru>. (In Russian).

3. Fedoseev GB, Trofimov VI, Shaylieva VG, Eliseeva MV, Kryakunov KN The many faces of asthma-phenotypes and clinical pathogenetic variants. *Rossijskij allergologicheskij zhurnal*. 2012;1:50-5. (In Russian)

4. Ovsyannikova LV, Petrov DV Bronchial asthma in the Omsk region: Dynamics of morbidity and prevalence. *Omskij nauchnyj vestnik*. 2015;1(138):18-20. (In Russian).

5. Titova ON, Kulikov VD Trends of incidence of bronchial asthma in the adult population of St. Petersburg. *Medicinskij al'jans*. 2017;1:59-67. (In Russian)

6. Habriev RU, Arinina EE, Rashid MA. Epidemiological burden of chronic obstructive pulmonary diseases and bronchial asthma in RF. *Sovremennaja organizacija lekarstvennogo obespechenija*. 2015;4:19-31. (In Russian)

7. Vafin AJU, Vizel' AA, Sherputovskiy VG, Lysenko GV, Kolgin RA, Vizel' IYu, Shaymuratov RI, Amirov NB Respiratory diseases in the Republic of Tatarstan: long-term epidemiological analysis. *Vestnik Sovremennoi Klinicheskoi Mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]*. 2016;9(1):24-31. (In Russian)

8. Chuchalin AG Bronchial asthma: new perspectives in therapy. *Kazan Medical Journal*. 2011;92(5):676-684. (In Russian)

9. Nevzorova VA, Maystrovskaya YuV, Konovalova EN, Lukyanov PA, Chikalovets IV. Modern technologies in the treatment and rehabilitation of patients with bronchial asthma. *Tihookeanskij medicinskij zhurnal*. 2001;1:25-37. (In Russian)

10. Ovsyannikov NV, Antonov NS, Lyapin VA, Shukil' LV. *Bronchial asthma in the industrial region: pharmacoepidemiological aspects*. 2012;6:31-4. (In Russian)

11. Kulbaisov AM, Polumordvintsev TV, Zhestkov AV.

Pharmacotherapy of the patients with bronchial asthma: problems and possible solutions. *Vestnik Sovremennoi Klinicheskoi Mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]*. 2017;10(3):18-23. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(3).18-23. (In Russian)

12. Demko IV, Gordeeva NV, Bochanova EN, Kraposhina AYU, Solovieva IA, Gaygol'nik TV. Analysis of drug supply patients with bronchial asthma in Krasnoyarsk region. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016; 5:167-72. (In Russian)

13. Anisimov DA, Goncharova LN, D'yachkova AA. Analysis of diagnostic parameters of respiratory failure in patients with bronchial asthma. *Samarskij nauchnyj vestnik*. 2015;2(11):10-12. (In Russian)

14. Leshchenko IV, Esaulova NA. Bronchial asthma: current issues of basic therapy (to help the practical doctor). *RMJ*. 2015;18:1074-1079. (In Russian)

15. Leshchenko IV, Baranova II. The choice of the basic therapy of bronchial asthma in real clinical practice. *Tera-pevticheskij arhiv*. 2015;3:92-7. (In Russian)

Сведения об авторах

Визель Александр Андреевич, Казанский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; тел.: +7(843)2360652; e-mail: lordara@inbox.ru

Вафина Аделя Рустемовна, Казанский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; тел.: +7(843)2360652; e-mail: adelyavafina@gmail.com

Визель Ирина Юрьевна, Казанский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; тел.: +7(843)2360652; e-mail: tatpulmo@mail.ru

Салахова Ирина Николаевна, Казанский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; тел.: +7(843)2360652; e-mail: iboroznova@gmail.com

Дьякова Екатерина Валерьевна, Республиканская клиническая больница; адрес: Российская Федерация, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, 138; тел.: +7(843)2312158; e-mail: vrkaty.dyakowa@yandex.ru

Кудрявцева Эльвира Зуферовна, 16-я городская клиническая больница; адрес: Российская Федерация, 420039, г. Казань, ул. Гагарина, 121; тел.: +7(843)5426612; e-mail: elk-a@inbox.ru

Information about the authors

Vizel Alexander A., Kazan State Medical University; Address: 49, Butlerov str., Kazan, Russian Federation, 420012; Phone: +7(843)2360652; e-mail: lordara@inbox.ru

Vafina Adelia R., Kazan State Medical University; Address: 49, Butlerov str., Kazan, Russian Federation, 420012; Phone: +7(843)2360652; e-mail: adelyavafina@gmail.com

Vizel Irina Yu., Kazan State Medical University; Address: 49, Butlerov str., Kazan, Russian Federation, 420012; Phone: +7(843)2360652; e-mail: tatpulmo@mail.ru

Salakhova Irina N., Kazan State Medical University; Address: 49, Butlerov str., Kazan, Russian Federation, 420012; Phone: +7(843)2360652; e-mail: iboroznova@gmail.com

Dyakova Ekaterina V., Republican Clinical Hospital; Address: 138, Orenburgskiy trakt, Kazan, Russian Federation, 420064; Phone: +7(843)2312158; e-mail: vrkaty.dyakowa@yandex.ru

Kudryavtseva Elvira Z., 16-city Clinical Hospital; Address: 121, Gagarin str., Kazan, Russian Federation, 420039; Phone: +7(843)5426612; e-mail: elk-a@inbox.ru

Поступила 22.08.2017 г.

Принята к печати 13.09.2017 г.

© СЕРГЕЕВА И. В., ДЕМКО И. В., КОРЧАГИН Е. Е.

DOI: 10.20333/2500136-2017-5-47-53.

УДК 616.24-002.14

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ НА ФОНЕ ГРИППА А(H1N1)PDM09

И. В. Сергеева¹, И. В. Демко^{1,2}, Е. Е. Корчагин^{1,2}

¹Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

² Краевая клиническая больница, Красноярск 660022, Российская Федерация

Цель исследования. Изучить клиничко-лабораторные особенности течения внебольничной пневмонии на фоне гриппа А(H1N1)pdm09.

Материал и методы. В статье приведены особенности течения внебольничных пневмоний на фоне гриппа А(H1N1)pdm09 у 169 больных в период с 2009 по 2016 гг., в возрасте от 18 до 85 лет. Диагноз внебольничной пневмонии верифицировался на основании клиничко-эпидемиологических данных в момент поступления в стационар; рентгенологических и лабораторных методов диагностики. Критериями тяжести течения являлись: степень дыхательной недостаточности, выраженность интоксикационного синдрома, объем воспалительной инфильтрации, наличие осложнений, декомпенсация сопутствующих заболеваний.

Результаты. У 96 (56,8 %) больных регистрировалась тяжелая внебольничная пневмония, у 73 больных (43,2%) – нетяжелая внебольничная пневмония. Течение внебольничных пневмоний на фоне гриппа А(H1N1)pdm09 у обследованных нами больных характеризовалось острым началом, проявлялось выраженным интоксикационным синдромом и поражением дыхательных путей, степень проявления которого зависела от тяжести заболевания. В 56,8 % случаях пневмонии протекали с тяжелым течением, преимущественно у молодых людей 18-29 лет, имеющих отягощенный преморбидный фон с преобладанием метаболического синдрома, что и определило ведущую роль в развитии тяжелого течения пневмонии на фоне гриппа А(H1N1)pdm09. По данным рентгенологического обследования у больных с тяжелыми пневмониями чаще диагностировались двусторонние пневмонии (64,6 %) с тотальным и долевым поражением, в группе больных с нетяжелым течением пневмонии преобладали односторонние пневмонии (83,5 %), с преимущественной локализацией в правом легком (68,5 %). Особенностью гематологических параметров при тяжелом течении пневмонии был незначительный лейкоцитоз с тромбоцитопенией, которые нарастали в зависимости от дня поступления в стационар. В биохимических параметрах при тяжелой пневмонии отмечалось повышение СРБ, креатинина, АСТ, КФК, снижение общего белка, что расценивалось как проявление полиорганной недостаточности на фоне эндогенной интоксикации.