

Разработанная учебная программа по «Лекарствоведению» и её реализация в системе постдипломного образования на всех циклах повышения квалификации и переподготовки специалистов согласуется и полностью отвечает целям и задачам «Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года».

Список литературы:

1. Бабанов С.А. Доказательная медицина. Стратегия будущего или новый метод маркетинга? // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 1. – С. 12-17.
2. Бабанов С.А. Оценка эффективности и безопасности фармакотерапии с точки зрения доказательной медицины // Ж. Провизор. – 2011. – № 10.
3. Косарев В.В., Бабанов С.А., Астахова А.В. Фармакология и лекарственная терапия. Справочник / Под.ред. чл-корр. РАМН В.К. Лепахина. – М.: «Эксмо», 2009. – 482 с.
4. Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах. – М.: «Гэотармедиа», 2009. – 142 с.
5. Приказ МЗ РФ от 13 февраля 2013 года № 66. «Об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ЧИСЛО ОБОСТРЕНИЙ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ) У ПАЦИЕНТОВ, ПРЕКРАТИВШИХ ПРИЕМ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

© Харбедия Е.Н.*

Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск

На сегодняшний день в арсенале врача имеется ряд фармакологических средств (базисные препараты) способных улучшить клиническое течение заболевания, уменьшить число обострений и повысить качество жизни больных [1, 3, 4]. Однако, существует определенный контингент больных БА, которые по различным причинам не принимают необходимые лекарственные препараты или прекратили их прием [2]. Учитывая этот факт, представляет интерес изучение особенностей динамики течения БА у пациентов, не принимающих базисной терапии. В доступной для нас литературе, отсутствуют данные о сравнении клинических особенностей течения БА у пациентов, не принимающих базисных препаратов с пациентами регулярно получающими адекватное медикаментозное лечение.

* Заведующий отделом ОАО «Самарский диагностический центр».

Критерии включения в исследование, общие для всех групп наблюдения: верифицированный диагноз БА; средняя степень тяжести заболевания; контролируемая или частично контролируемая БА; заболевание вне обострения на момент вхождения в исследование; возраст не менее 18 лет; пребронходилатационное ОФВ1 вне обострения не менее 50 %.

Критерии исключения из исследования: ХОБЛ; неконтролируемая БА; ОФВ1 вне обострения < 50 %; обострение БА на момент первичного осмотра; острые инфекционные заболевания; хронические инфекционные заболевания в стадии обострения; декомпенсированные заболевания сердца, легких и других внутренних органов.

Каждый из пациентов находился под наблюдением 12 месяцев и прошел обследование 5 раз. Обследование пациентов (контрольные точки (КТ)) проводили в момент начала исследования (КТ0), через 3 месяца (КТ1), через 6 месяцев (КТ2), через 9 месяцев (КТ3) и через 12 месяцев (КТ12). Двенадцатимесячное наблюдение было запланировано с целью оценки состояния пациентов во все времена года.

Протокол каждой КТ включал в себя: анализ показателей ФВД (ОФВ1, ФЖЕЛ, индекс Тиффно), подсчет доз короткодействующих бронходилататоров использованных пациентом, регистрация обострений и госпитализаций.

Группы оказались сопоставимы по полу, возрасту (табл. 1) и по ведущему клинико-патогенетическому варианту БА. Средний возраст пациентов составил: $50,3 \pm 7,9$ лет (группа С), $53,2 \pm 8,2$ лет (группа О1), $52,5 \pm 8,1$ лет (группа О2), $57,2 \pm 8,5$ лет (группа О3). Группы оказались сопоставимы по полу, возрасту (табл. 1) и по ведущему клинико-патогенетическому варианту БА, продолжительности и контролируемости заболевания (табл. 2). Средний возраст пациентов составил: $50,3 \pm 7,9$ лет (группа С), $53,2 \pm 8,2$ лет (группа О1), $52,5 \pm 8,1$ лет (группа О2), $57,2 \pm 8,5$ лет (группа О3).

Таблица 1

**Половая и анамнестическая характеристика пациентов,
находившихся под наблюдением**

Показатель	Группа С	Группа О1	Группа О2	Группа О3
Мужчины, абс. (%)	14 (46,7)	13 (43,3)	16 (53,3)	15 (50,0)
Женщины, абс. (%)	16 (53,3)	17 (56,7)	14 (46,7)	15 (50,0)
Продолжительность заболевания (с момента постановки диагноза), лет	$7,1 \pm 4,5$	$6,6 \pm 4,6$	$6,3 \pm 4,7$	$6,8 \pm 4,8$
Патогенетические варианты БА				
Атопический вариант	20	18	19	21
Эндогенный вариант	3	4	5	3
Смешанный вариант	7	8	6	6
Уровни контролируемости БА				
Контролируемая БА	7	1	3	4
Частично контролируемая БА	13	19	17	16

Для проведения спирографии применяли спирограф СпироС-100 (Россия). Для анализа были выбраны следующие показатели спирографии: объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), форсированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ) и индекс Тиффно. В ходе исследования не производили замены базисных препаратов, применявшихся пациентами и лишь проводили коррекцию доз в соответствии с данными объективного обследования [4]. Пациенту для заполнения выдавался дневник, в который он вносил количество доз применяемых им короткодействующих бронходилататоров за сутки. На каждом визите производился сбор анамнеза, с обязательным выяснением у пациента количества и причин госпитализаций, а также вызовов «скорой помощи». Статистическую обработку данных производили средствами Microsoft Access. Анализ осуществляли системой Statistica 6.0. Данные в таблицах представлены в виде $M \pm SD$. Достоверность различий рассчитывали с применением t-критерия Стьюдента (t-тест для связанных и несвязанных случаев), непараметрического Cochran Q-test. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Наибольшее общее число госпитализаций зарегистрировано в группе О1 – 18, наименьшее в группе С – 10 (табл. 4). По числу случаев стационарного лечения по поводу обострений БА также лидирует группа О1 (14 случаев), превышая это значения значение группы О3 в два раза, а группы С почти в 3 раза. Количество госпитализаций по поводу других заболеваний по группам наблюдения практически не отличалось, составляя от 4 до 6 случаев за год. Сравнительно небольшое количество вызовов «скорой помощи» по любым причинам в группе С (16 случаев) относительно других групп, связано с более низкой долей случаев вызовов по поводу БА. Наибольшее количество вызовов по поводу обострений БА зарегистрировано в группе О1 (22), что превышает количество вызовов в группе С более чем в 2 раза. Наиболее часто пациенты всех наблюдаемых групп вызывали бригады «скорой помощи» по поводу БА, ОРВИ, ангин и гипертонических кризов.

Таблица 2

**Количество госпитализаций и вызовов бригад «скорой помощи»,
находившимися под наблюдением (абс.)**

Показатель	Группа С	Группа О1	Группа О2	Группа О3
Общее количество госпитализаций	10	18	14	13
Количество госпитализаций по поводу БА	5	14	10	7
Число госпитализаций по другим причинам	5	4	4	6
Общее количество вызовов бригад «скорой помощи»	16	28	24	22
Общее количество вызовов бригад «скорой помощи», по поводу БА	9	22	18	14
Общее количество вызовов бригад «скорой помощи» по другим причинам	7	6	6	8

В ходе исследования нами было отмечено, что у некоторых пациентов прекращение приема препаратов базисной терапии не привело к ухудшению

течения заболевания. Таких пациентов в группе О1 было 3 человека, в группе О2 5 и в группе О3 8 человек. Нами проанализирована динамика всех исследуемых показателей у этих больных. Оказалось, что в группе больных с контролируемым течением БА, прекративших прием базисных средств (группа А), в отличие от группы больных не достигших контроля над заболеванием (группа Б) статистически достоверно ниже прирост расхода короткодействующих бронходилататоров за 3 месяца наблюдения – $3,4 \pm 2,3$ и $8,2 \pm 2,3$ % соответственно (табл. 3). Абсолютные значения частоты приема салбутамола / фенотерола пациентов представлены в табл. 4.

Таблица 3

Приросты (изменения) частоты приема доз короткодействующих бронходилататоров больных БА прекративших прием базисных препаратов (% от исходного значения соответствующего периода)

Период для расчета прироста	Группа А	Группа Б
I (между КТ1 и КТ2)	$3,4 \pm 2,3$	$8,2 \pm 2,3$
II (между КТ2и КТ3)	$1,1 \pm 2,3$	$2,0 \pm 2,3$
III (между КТ3 и КТ4)	$-1,1 \pm 2,3$	$2,8 \pm 2,3$

Таблица 4

Частота приема доз короткодействующих бронходилататоров больных БА прекративших прием базисных препаратов (абс. в месяц)

КТ	Группа А	Группа Б
1	$88,8 \pm 25,5$	$90,8 \pm 26,1$
2	$91,8 \pm 25,1$	$98,3 \pm 26,3$
3	$92,9 \pm 24,7$	$100,5 \pm 25,9$
4	$91,7 \pm 25,4$	$103,3 \pm 25,3$

Таким образом, отказ от базисной терапии, приводит к снижению показателей ФВД у больных БА снижаются, что сопровождается повышением потребности в препаратах неотложной терапии на 10-20 %, учащением госпитализаций и вызовов бригад «скорой помощи» по поводу обострений БА.

Список литературы:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA, пересмотр 2011 г.) / А.С. Белевский (ред.). – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 108 с.
2. Горячкина Л.А. Исследование GOAL: достижимы ли цели лечения, сформулированные в GINA? // Аллергология. – 2005. – № 1. – С. 40-46.
3. Реддел Х.К. Лечение бронхиальной астмы и ее обострений: стандартизованные конечные показатели для клинических исследований по астме и клинической практики. Официальный документ АТО / ЕРО. Часть 2. От имени Рабочей группы Американского торакального общества (АТО) / Евро-

пейского респираторного общества (ЕРО) по контролю над бронхиальной астмой и ее обострениями / Х.К. Реддел, Д.Р. Тейлор, Э.В. Бейтман и др. // Пульмонология. – 2011. – № 2. – С. 9-40.

4. Чучалин А.Г. Новые перспективы в терапии бронхиальной астмы / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2011. – № 4. – С. 5-12.