

Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой

1 — ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава

2 — ММА им. И.М.Сеченова;

3 — ФГУ НЦ ЭСМП Росздрава

A.G.Chuchalin, A.N.Tsoy, V.V.Arkipov, E.A.Gavrilshina

Asthma in Russia: results of national trial of healthcare quality

Summary

The article presents results of pharmacoepidemiological trial of outpatient healthcare quality for asthma (BA) patients. The trial was performed at 20 regions of Russia and involved 120 doctors (general practitioners, pneumologists, allergists) and 1 362 BA patients older 14 yrs independently on BA variant and severity. The data were collected using questionnaires at all centres simultaneously from May 1 to August 31, 2005. The great deal of the doctors (51 %) worked in regional outpatient departments, 7 % in outpatient settings of industrial enterprises, 36 % in diagnostic centres and 6 % worked in commercial healthcare settings. Severe BA was found in 71.4 % of patients, mild to moderate BA was in 21.1 % and 4.8 % respectively, intermittent BA was in 2.7 % of the patients. The doctors failed to estimate the BA severity correctly in 55.2 % of the patients; mostly they underestimated it. The most often prescribed medications were fenoterol or its combination with other drugs, beclomethasone dipropionate and salbutamol, 20.7 % of the patients with persistent BA did not receive any inhaled steroids (ICS). The combined therapy (ICS plus long-acting beta-agonist) was prescribed to 8.73 % of the patients only. The treatment of BA was adequate only in 53.5 % of the patients. Thus, the most frequent mistakes related to estimation of BA severity and choice of adequate therapy.

Резюме

В статье представлены результаты фармакоэпидемиологического исследования амбулаторной помощи больным бронхиальной астмой (БА), проведенного в 20 регионах России. В исследовании участвовали 120 врачей (участковые терапевты, пульмонологи, аллергологи) и 1 362 больных БА старше 14 лет независимо от формы и тяжести астмы. Информация собиралась путем анкетирования одновременно во всех центрах с 1 мая по 31 августа 2005 г. Основная масса опрошенных нами врачей (51 %) работала в районных поликлиниках, 7 % — в поликлиниках при промышленных предприятиях, 36 % — в клиничко-диагностических центрах, 6 % — в коммерческих медицинских учреждениях. Тяжелая БА была у 71,4 %, умеренная и легкая персистирующая БА — у 21,1 % и 4,8 % соответственно, легкая интермиттирующая БА — у 2,7 % больных. В 55,2 % случаев врачи неправильно оценивали тяжесть течения БА, в основном недооценивая ее. Наиболее интенсивно больным БА назначались фенотерол и его комбинации с другими лекарственными средствами, беклометазона дипропионат и сальбутамол. 20,7 % больных БА легкого персистирующего тяжелого течения не получали ГКС. Только 8,73 % больных получали комбинированную (иГКС + LABA) терапию. Только 53,5 % больных получали адекватную фармакотерапию. Таким образом, самые частые ошибки врачей были связаны с определением тяжести БА и подборе адекватной терапии.

В конце 90-х годов в Западной Европе и США было выполнено несколько крупных эпидемиологических [1, 2] и фармакоэпидемиологических исследований [3-6] больных бронхиальной астмой (БА). Полученный в ходе таких исследований материал представляет большой интерес, так как позволяет ответить на вопросы о том, насколько успешно в реальной практике решаются вопросы диагностики и фармакотерапии БА. Подобные исследования позволяют проанализировать количественный и качественный характер реальных врачебных назначений, оценить их эффективность, дают представление о среднем уровне контроля над БА, позволяют определить отношение пациентов к лечению в целом. Таким образом, современные эпидемиологические исследования позволяют получать актуальную информацию, которая обычно отсутствует в “официальных” статистических сводках.

Отечественные специалисты давно ощутили необходимость подобных исследований. Так, еще в 2000 г. в 9 регионах нашей страны было проведено российское ретроспективное ФармакоЭпидемиологическое исследование Детской Астмы (ФЭДА) [7]. В 2002 г. и 2004 г. были опубликованы результаты еще 2 фармакоэпидемиологических исследований у больных в г. Москве и Московской области [8, 9]. Однако, учитывая существенные изменения в фармакотерапии БА, данные, полученные в прошлые годы и касающиеся, в основном, крупных городов нашей страны, все меньше удовлетворяют потребностям ученых и организаторов здравоохранения.

Поэтому в 2005 г. Московская медицинская академия совместно с НИИ пульмонологии Росздрава провела в 20 регионах нашей страны очередное крупное фармакоэпидемиологическое исследование амбулаторной помощи больным БА. Настоящая

статья ставит своей целью познакомить читателей с результатами этого исследования.

Методы исследования

В исследовании было предложено принять участие врачам (участковые терапевты, пульмонологи, аллергологи), которые постоянно оказывают амбулаторную помощь больным БА. Врачи, участвующие в исследовании, делали это добровольно и не были материально заинтересованы в выполнении исследования.

Каждый врач, согласившийся принять участие в исследовании, заполнял анонимную анкету, содержащую вопросы демографического характера (пол, возраст, тип лечебного учреждения, стаж работы); вопросы относительно источников знаний по фармакотерапии БА, взглядов врача на отдельные вопросы тактики терапии заболевания. В анкете также перечислялись наиболее эффективные (по мнению врача) препараты для терапии БА.

Наряду с анкетой для врачей была предложена анонимная анкета для больных. Врачи выдавали эти анкеты для заполнения больным в том случае, если больные соглашались пройти анкетирование. Анкета для больного содержала вопросы о тяжести течения и частоте отдельных проявлений заболевания (выраженность отдельных симптомов заболевания,

частота обращения за амбулаторной и стационарной медицинской помощью). Наряду с этим больным было предложено перечислить те препараты, которые они получали по поводу БА на момент анкетирования, и высказаться по поводу эффективности отдельных препаратов и всего лечения в целом.

В исследование включались любые больные старше 14 лет, независимо от формы и тяжести БА, пришедшие на амбулаторный прием к врачу. Единственным требованием для включения в исследование являлись способность и желание больного заполнить анкету. Согласие больного на процедуру анкетирования рассматривалось как согласие на участие в исследовании и дальнейшее использование полученных данных при условии их анонимности. Больные проходили анкетирование добровольно и не были материально заинтересованы в участии в исследовании.

Анкетирование проводилось во всех центрах одновременно в период с 1 мая по 31 августа 2005 г.

Идентификация анкет. Все формы регистрации результатов, заполняемые врачами и пациентами, были полностью анонимными. Единственным пунктом идентификации служило название населенного пункта. Но кроме того, процедура исследования предусматривала, что анкета врача поступает для обработки вместе с анкетами пациентов. Благодаря этому исследователи получили возможность сопоставить данные, представленные врачом, с данными, полученными от пациентов.

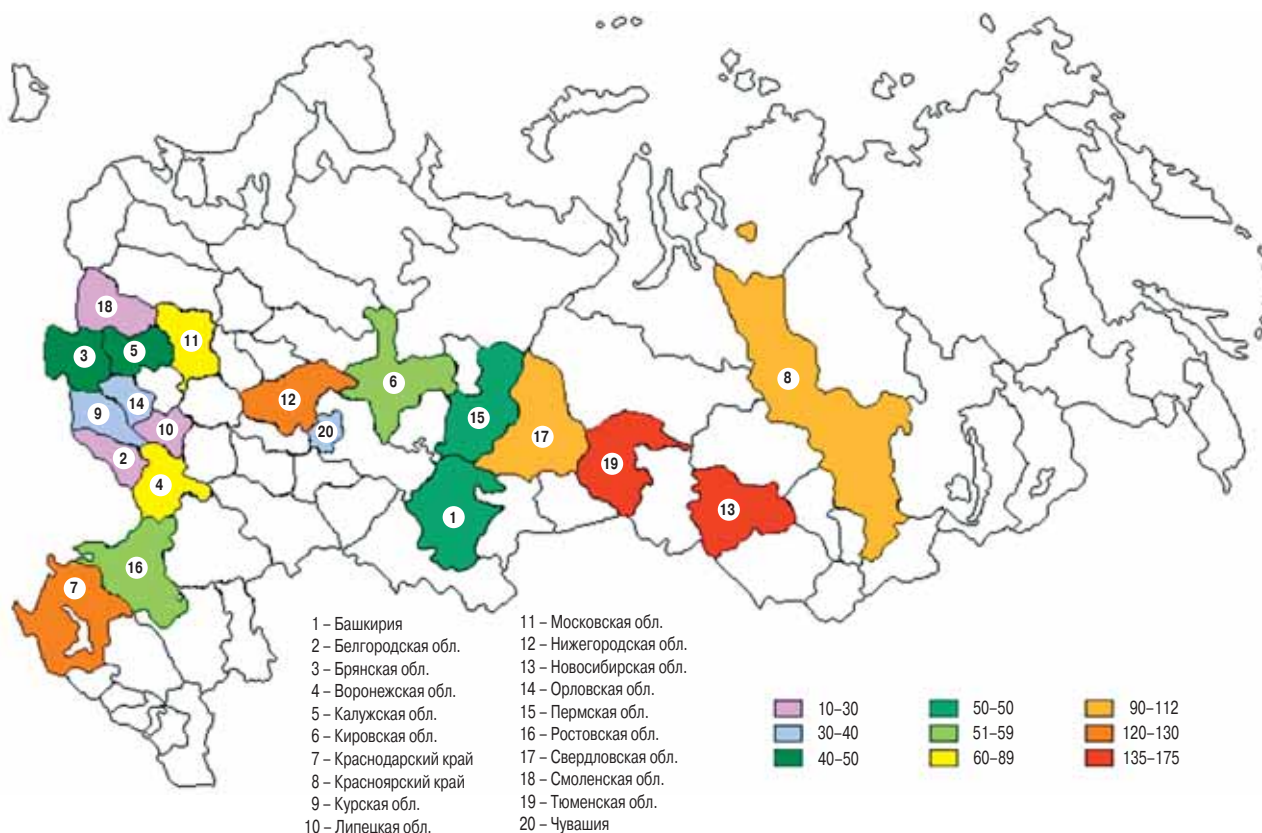


Рис. 1. Регионы РФ, в которых проводилось исследование

Число участников

Исследование проводилось в 20 регионах Российской Федерации. В него были включены больные из 34 населенных пунктов Башкирии, Чувашии, Краснодарского края, Красноярского края, Белгородской, Брянской, Воронежской, Калужской, Кировской, Курской, Липецкой, Московской, Нижегородской, Новосибирской, Орловской, Пермской, Ростовской, Свердловской, Смоленской и Тюменской областей (рис. 1) Всего в исследовании приняли участие 120 врачей и 1 362 больных (табл. 1).

Результаты исследования

Характеристика врачей, принявших участие в исследовании

Всего в исследовании приняли участие 120 врачей. Средний возраст врачей — участников исследования составил 41 ± 8 лет. Средняя продолжительность работы по специальности у опрошенных нами врачей составляла 16 ± 8 лет. Основная масса опрошенных нами врачей (51 %) работала в районных поликлиниках, еще 7 % — в поликлиниках при промышленных предприятиях. 36 % опрошенных работали в различных клиничко-диагностических центрах, наконец, 6 % в качестве места работы назвали различные лечеб-

Таблица 1
Число участников исследования, доля больных, получающих иГКС и LABA по отдельным регионам РФ

Регион	Число больных, включенных в исследование	Доля получающих иГКС, %	Доля больных LABA, %
Башкирия	50	50,00	10,00
Чувашия	40	67,57	10,81
Краснодарский край	120	57,63	7,63
Красноярский край	113	48,65	11,71
Белгородская обл.	10	90,00	70,00
Брянская обл.	40	82,50	40,00
Воронежская обл.	60	84,75	33,90
Калужская обл.	50	60,00	14,00
Кировская обл.	51	66,00	1,96
Курская обл.	30	50,00	3,33
Липецкая обл.	30	82,14	21,43
Московская обл.	89	53,49	23,26
Нижегородская обл.	130	66,67	4,65
Новосибирская обл.	175	56,98	15,12
Орловская обл.	30	77,78	44,44
Пермская обл.	50	72,92	10,42
Ростовская обл.	59	56,60	7,55
Свердловская обл.	90	71,59	32,95
Смоленская обл.	10	100,00	0,00
Тюменская обл.	135	54,55	19,70



Рис. 2. Руководства по клинической практике и стандарты, на требования которых ориентируются опрошенные в ходе исследования врачи

ные учреждения, осуществляющие медицинскую помощь на коммерческой основе. Таким образом, в нашем исследовании были представлены практически все виды лечебных учреждений, осуществлявших амбулаторную помощь больным БА.

Нас интересовал вопрос о том, какие руководства по клинической практике и стандарты используют врачи в своей деятельности. Оказалось, что большинство (88 %) врачей применяют сразу несколько руководств или стандартов различных лет, в том числе документы, содержащие разные критерии оценки тяжести состояния и разные рекомендации по лечению больных БА. В целом преобладающее число врачей (95 %) заявило о том, что в своей практике они ориентируются на требования Глобальной инициативы по БА (GINA) от 2002 г. [10]. Среди других, часто называемых руководств, фигурировали “Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких” [11], 1-е издание GINA 1996 г. [12] и требования Формулярной системы (рис. 2).

Оценка тяжести течения БА

Исходя из сказанного выше, можно было бы предполагать, что большинство врачей должны оценивать тяжесть течения БА у своих пациентов исходя из критериев, данных в пересмотре GINA 2002 г. В отличие от издания 1996 г. GINA 2002 г. предполагает, что наряду с симптомами заболевания при оценке тяжести течения БА, решающее значение принадлежит характеру базисной терапии, которую получают больные. Для каждого больного, включенного в исследование, мы провели оценку тяжести течения согласно критериям GINA 2002 г. и сравнили полученные результаты с оценкой тяжести, проведенной лечащими врачами.

Оказалось, что среди пациентов, включенных в исследование, преобладали лица с тяжелым течением БА (71,4 %). На долю больных с умеренной и легкой персистирующей БА пришлось соответственно 21,1 % и 4,8 % от общего числа больных. Больные с легкой интермиттирующей БА составляли меньшинство среди посетителей амбулаторных лечебных учреждений — 2,7 % от общего числа больных. Полученные данные показывают, что за медицинской помощью чаще всего обращаются больные с более

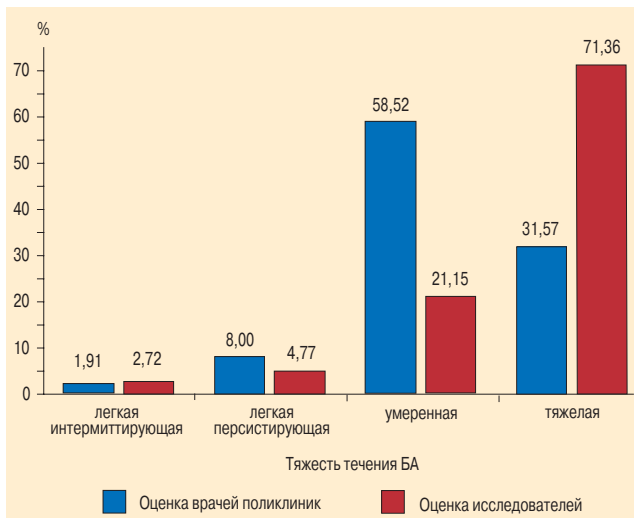


Рис. 3. Тяжесть течения БА: оценка врачей, принявших участие в исследовании, и результаты оценки анкет пациентов

тяжелым течением БА, хотя в популяции больных БА основная масса больных имеет легкое течение заболевания. В 8 из 20 обследованных нами регионов (Краснодарский край, Брянская, Калужская, Кировская, Курская, Московская, Орловская, Ростовская области) на долю больных с тяжелым течением БА пришлось более $\frac{3}{4}$ всех случаев, попавших в исследование.

При сравнении данных, полученных нами при анализе анкет, с данными о тяжести БА, предоставленными врачами, оказалось, что в 55,2 % случаев врачи неправильно оценивали тяжесть течения БА. Причем в 84 % от всех случаев ошибочной диагностики тяжести течения БА речь идет о недооценке тяжести БА. На рис. 3 показано количество больных с БА различной тяжести при оценке врачами поликлиник и исследователями.

Высокая доля ошибок при интерпретации тяжести течения БА, вероятно, связана с тем, что при проведении подобной оценки врачи учитывают лишь частоту отдельных симптомов и не учитывают характер проводимой базисной терапии.

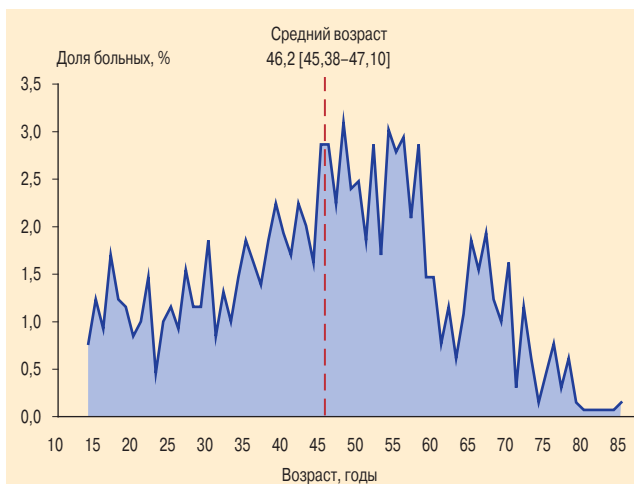


Рис. 4. Возраст участников исследования



Рис. 5. Продолжительность заболевания

Характеристика больных

Среди больных, включенных в исследование, преобладали женщины (68 %). Средний возраст больных составил 46,2 года (45,38–47,10), однако в исследовании оказались лица всех возрастных групп от 15 до 85 лет включительно. В среднем среди посетителей амбулаторных лечебных учреждений, включенных в исследование, преобладали лица в возрасте от 40 до 60 лет (рис. 4). Таким образом, 77,3 % больных, обратившихся в поликлинику, относятся к лицам трудоспособного возраста. 35,5 % опрошенных больных имели высшее, а 27 % — среднее специальное образование. Около 2 % больных БА имеют медицинское образование.

Средняя продолжительность заболевания у опрошенных больных составляет 12,1 года (10,3–14,2; рис. 5). Как показал опрос, дебют БА может относиться практически к любому возрасту, однако в большинстве случаев (по мнению больных) заболевание дебютировало у них в зрелом возрасте — 31–50 лет (рис. 6).

Основным поводом для посещения поликлиники (56 % случаев) является очередное плановое посещение поликлиники. Еще в 20 % случаев больные обращались в поликлинику только для выписки очередного рецепта. Но у 24 % опрошенных поводом для посещения врача явилось обострение БА или

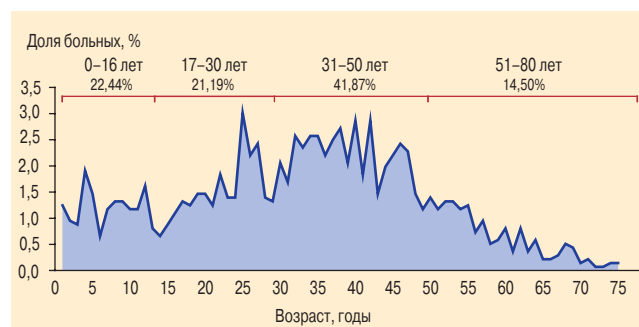


Рис. 6. Дебют заболевания БА

ухудшение течения заболевания. Наконец, у 0,4 % больных в ходе посещения врача диагноз БА был установлен впервые в жизни.

Характеристика фармакотерапии БА

Все больные, включенные в исследование, получали какие-либо медикаментозные назначения по поводу БА. В целом для терапии БА врачи использовали 64 различных препарата, интенсивность применения

которых указана в табл. 2. Интенсивность потребления отдельных препаратов оценивалась с использованием ATC-DDD методологии [13] по числу установленных суточных доз каждого препарата (*Defined Daily Dose* – DDD) на 100 больных в сутки (DDDs / 100 больных).

Как следует из табл. 2, наиболее интенсивно назначаемыми у больных БА были ингаляционные бронхолитики (беротек, беродуал и сальбутамол или

Таблица 2
Интенсивность назначения отдельных препаратов у больных БА

Коммерческое название препарата	Международное непатентованное наименование	Компания производитель	Интенсивность назначения DDDs / 100 больных
Азитромицин	азитромицин	нет данных	0,07
Аколат	зафирлукаст	ASTRAZENECA	0,15
Альдецин	БДП	SCHERING-PLOUGH	10,06
Амбросан	амброксола гидрохлорид	PRO.MED.CS Praha	0,07
Аскорил	комбинированный препарат	GLENMARK PHARMACEUTICALS	0,29
Аскорил	комбинированный препарат	GLENMARK PHARMACEUTICALS	0,07
Астмопент	орципреналина сульфат	GSK	0,37
Атровент	ипратропия бромид	BOEHRINGER INGELHEIM	1,91
АЦЦ	ацетилцистеин	HEXAL AG	2,94
Беклазон	БДП	NORTON HEALTHCARE	23,27
Беклоджет	БДП	CHIESI S.A.	9,69
Беклометазон	БДП	нет данных	1,76
Беклофорте	БДП	GSK	0,44
Бекотид	БДП	GSK	6,02
Бенакорт	будезонид	ПУЛЬМОМЕД	6,75
Беродуал	фенотерола гидробромид / ипратропия бромид	BOEHRINGER INGELHEIM	24,16
Беротек	фенотерола гидробромид	BOEHRINGER INGELHEIM	34,51
Бромгексин	бромгексина гидрохлорид	различные	1,62
Будезонид	будезонид	GSK	2,06
Вентолин	сальбутамол	GSK	13,95
Дексаметазон	дексаметазон	различные	0,66
Диазолин	мебгидролин	АКРИХИН	0,07
Дипроспан	БДП	SCHERING-PLOUGH	0,07
Дитек	фенотерола гидробромид / кромоглициевая кислота	BOEHRINGER INGELHEIM	4,99
Ингакорт	флунизолид	BOEHRINGER INGELHEIM	0,37
Интал	кромоглициевая кислота	AVENTIS PHARMA	7,12
Кестин	эбастин	AVENTIS PHARMA	0,15
Кетотифен	кетотифена фумарат	различные	1,40
Кларитин	лоратадин	SCHERING-PLOUGH	0,44
КЛАРОТАДИН	лоратадин	АКРИХИН	0,07
Кналог	триамцинолон	различные	0,07
Кромогн	кромоглициевая кислота	NORTON HEALTHCARE	0,07
Кропоз	кромоглициевая кислота	GSK	0,66
Лазолван	амброксол гидрохлорид	BOEHRINGER INGELHEIM	0,51
Лоратадин	лоратадин	нет данных	0,07
Метипред	метилпреднизолон	ORION CORPORATION	0,15
Оксис	формотерола фумарат	ASTRAZENECA	3,82
Полькортолон	триамцинолона ацетонид	различные	6,46

Преднизолон	преднизолон	различные	11,53
Пульмикорт	будезонид	ASTRAZENECA	7,34
Саламол	сальбутамол	NORTON HEALTHCARE	0,59
Сальбен	сальбутамол	ПУЛЬМОМЕД	0,07
Сальбутамол	сальбутамол	различные	23,49
Сальтос	сальбутамола гемисукцинат	ПУЛЬМОМЕД	0,44
Серевент	салметерол	GSK	5,29
Серетид	сальметерол / флутиказона пропионат	GSK	4,85
Симбикорт	будезонид / формотерола фумарат дигидрат	ASTRAZENECA	1,03
Сингуляр	монтелукаст	MSD	0,15
Спирива	тиотропия бромид	BOEHRINGER INGELHEIM	0,07
Супрастин	хлоропирамина гидрохлорид	EGIS PHARMACEUTICALS	0,44
Тавегил	клемастин	нет данных	0,15
Тайлед	недокромил натрия	AVENTIS PHARMA	3,74
Телфаст	фексофенадина гидрохлорид	AVENTIS PHARMA	0,07
Теопек	теофиллин	нет данных	12,92
Теофедрин	комбинированный препарат	нет данных	1,54
Тоетард	теофиллин	KRKA	4,04
Фликсоназе	флутиказона пропионат	GSK	0,07
Фликсотид	флутиказона пропионат	GSK	13,58
Форадил	формотерола фумарат	NOVARTIS PHARMA	6,75
Халиксол	амброксола гидрохлорид	EGIS PHARMACEUTICALS	0,15
Цефазолин	цефазолин	нет данных	0,07
Эреспал	фенспирида гидрохлорид	Лаборатории Сервье	0,22
Эриус	дезлоратадин	SCHERING-PLOUGH	0,07
Эуфиллин	аминофиллин	нет данных	8,66

вентолин). Из числа препаратов для базисной терапии наиболее интенсивно (DDD_s / 100 больных, ≥ 10) назначались беклазон, фликсотид, теопек, преднизолон и альдецин.

Интенсивность назначения препаратов по фармакологическим группам и международным непатентованным наименованиям приводится в табл. 3. Как видно из табл. 4, наиболее интенсивно назначаемыми у больных БА средствами оказались фенотерол и его комбинации с другими лекарственными средствами, беклометазона дипропионат (БДП) и сальбутамол.

В целом при терапии БА врачи наиболее активно применяли β_2 -адреностимуляторы короткого действия (SABA) — 37,2 % от общей интенсивности назначений и ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС) — 29,5 % всех назначений, что в целом соответствует требованиям GINA. Но наряду с этим исследование показало, что 20,7 % больных БА легкого персистирующего тяжелого течения вообще не получали ГКС. Доля больных, применявших иГКС по отдельным регионам, представлена в табл. 1. Например, в Краснодарском крае иГКС получали только 57,63 %, в Калужской обл. — 60 %, в Кировской обл. — 66 %, в Курской обл. — 50 %, в Московской обл. — 53,49 %, а в Ростовской обл. — 56,6 % больных. Между тем доля больных с тяжелым течением БА в этих

Таблица 3
Интенсивность назначения препаратов по фармакологическим группам и международным непатентованным наименованиям

Группа препаратов	DDD _s /100 больных
Антибиотики	0,15
Муколитики	5,29
Аминофиллин	8,66
Беклометазон	51,32
Будезонид	16,15
иГКС + LABA	5,87
Антигистаминные	2,94
Теофедрин	1,54
Кромоны	11,60
МХЛ	1,98
Ингибиторы лейкотриенов	0,29
Системные ГКС	18,87
Сальбутамол	38,55
Теофиллин	16,96
Фенотерол и его комбинации	63,66
Флутиказон	13,58
LABA	15,86
Другие	1,40

Таблица 4
Доля продуктов различных фармацевтических компаний в общей интенсивности назначений больным БА

Компания	Доля продуктов компании в общей интенсивности назначений больным БА, %
ASTRAZENECA	4,5
AVENTIS PHARMA	4,0
BOEHRINGER INGELHEIM	24,2
CHIESI S.A.	3,5
EGIS PHARMACEUTICALS	0,2
GLENMARK PHARMACEUTICALS	0,1
GSK	17,2
NORTON HEALTHCARE	8,7
NOVARTIS PHARMA	2,5
SCHERING-PLOUGH	3,9
ПУЛЬМОМЕД	2,6
Другие	28,5

областях превышает $\frac{3}{4}$ от общего числа прошедших анкетирование.

Недостаточное применение иГКС компенсируется неоправданно интенсивным использованием ГКС внутрь или в виде инъекций. Из числа включенных в исследование 17,9 % больных регулярно принимают ГКС внутрь. В Московской и Курской областях, а также в Краснодарском крае доля больных, получавших ГКС внутрь, превышает 30 % от общего числа больных, а в Башкирии и Орловской области аналогичный показатель составляет 20–30 % от общего числа больных.

Только 8,73 % больных получали комбинированную (иГКС + LABA) терапию. В Смоленской, Кировской и Курской областях β_2 -адреностимуляторы длительного действия (LABA) — практически не назначались (табл. 1). Комбинированные препараты, содержащие в своем составе иГКС и LABA (симбикорт, серетид), получали только 5,5 % больных БА. Лишь в Московской, Брянской, Орловской областях и в Башкирии эти средства получали более чем 5 % больных.

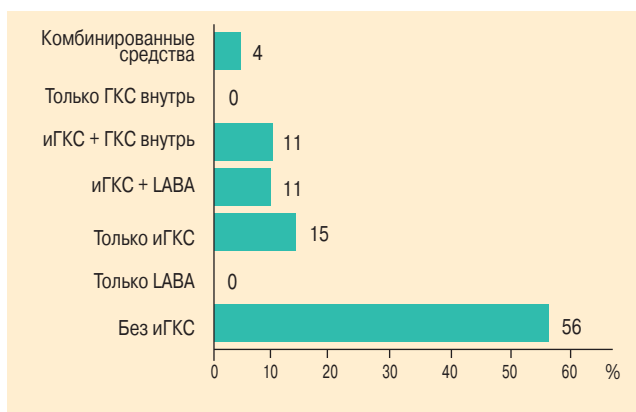


Рис. 7. Терапия БА легкого интермиттирующего течения

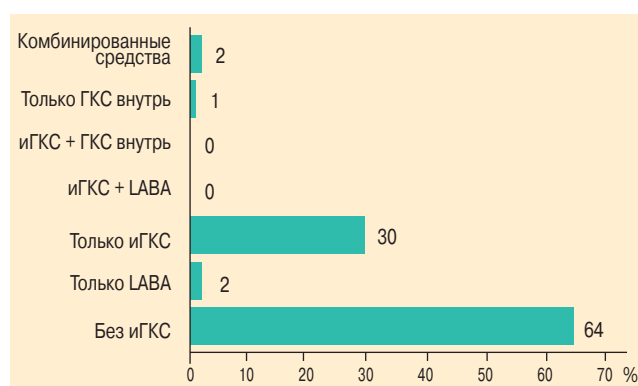


Рис. 8. Терапия БА легкого персистирующего течения

Среди назначений врачей наиболее часто фигурировали препараты компаний *BOEHRINGER INGELHEIM*, *GSK*, *NORTON HEALTHCARE*, *ASTRAZENECA*, *AVENTIS PHARMA* и *SCHERING-PLOUGH*. На долю препаратов этих компаний приходится 62,6 % от общей интенсивности назначений больным БА (табл. 4).

Данные исследования позволяют сделать вывод о том, что основной проблемой, приводящей к нерациональным назначениям, являются ошибки врачей при интерпретации тяжести состояния больного.

На рис. 7 показан характер назначений тем больным, кому был поставлен диагноз легкой интермиттирующей БА. С точки зрения рекомендаций *GINA*, таким больным показаны только SABA, однако врачи, оценившие состояние больного как БА наиболее легкого течения, в 15 % случаев назначали таким больным иГКС, в 15 % — иГКС в сочетании с LABA, а 11 % таких больных ежедневно применяли ГКС внутрь.

Среди больных с легкой персистирующей БА (рис. 8), вопреки рекомендациям *GINA*, 64 % опрошенных не получали иГКС, но вместе с тем у 2 % были назначены LABA без иГКС, а 1 % больных получал ГКС внутрь.

При БА умеренного течения 21 % пациентов не получали иГКС, только 11 % больных получали комбинированную (иГКС и LABA) терапию, но наряду с этим 9 % пациентов принимали иГКС внутрь (рис. 9). Наконец, среди больных с тяжелой БА (рис. 10) 6 %

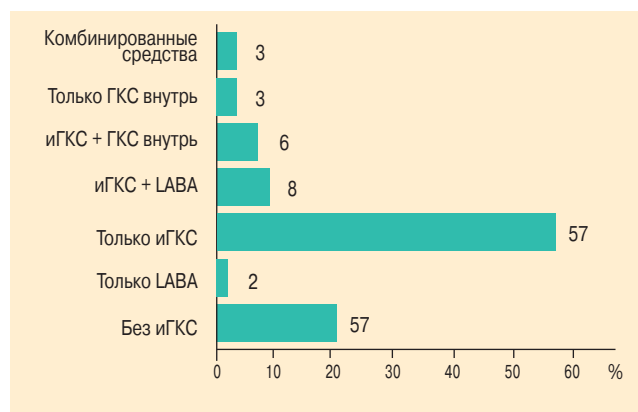


Рис. 9. Терапия БА умеренного течения

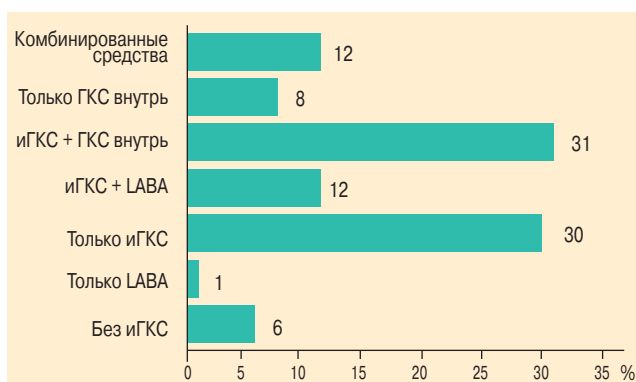


Рис. 10. Терапия БА тяжелого течения

пациентов не получали иГКС, на долю комбинированной терапии приходилось только 24 % случаев и неоправданно большое число больных (39 %) получали ГКС внутрь.

Общая характеристика фармакотерапии

Проведенный нами анализ позволил заключить, что среди больных, включенных в исследование, только в 53,5 % случаев проводилась фармакотерапия, соответствующая тяжести состояния и требованиям GINA (рис. 11).

Выраженность клинических проявлений БА и частота обращения за медицинской помощью

Недостаточное по интенсивности или неправильное лечение приводит к преобладанию тяжелых клинических вариантов течения БА. Опрос больных показал, что в течение недели 83,84 % больных отмечали одышку или удушье в дневные часы, а 73,57 % — пробуждались в ночные часы. 75,4 % пациентов постоянно беспокоит кашель. Только 4 % опрошенных не отмечали у себя никаких проявлений заболевания.

Из числа опрошенных больных 64,2 % применяют средства скорой помощи для купирования симптомов БА более 1 раза в день, и еще 9,5 % по крайней мере 1 раз в день используют препараты скорой помощи. 18,4 % больных заявили, что используют такие препараты чаще, чем 1 раз в неделю, и лишь 8 % опрошенных применяют ингаляторы скорой помощи реже, чем 1 раз в неделю.

Опрошенные больные в среднем только 13,85 ночей в месяц не отмечают пробуждений из-за симпто-

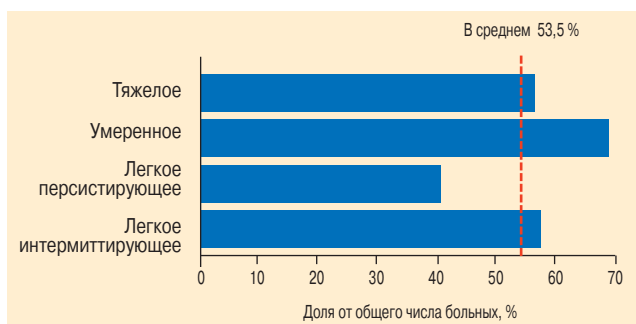


Рис. 11. Доля адекватных назначений

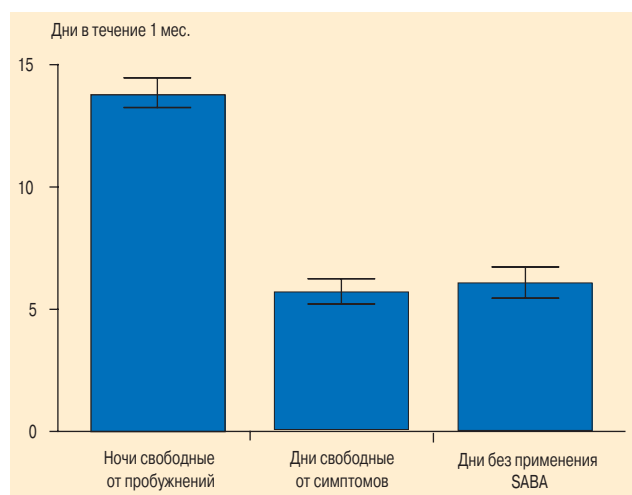


Рис. 12. Среднее число дней в течение месяца, свободных от симптомов астмы, и среднее число дней без использования средств для купирования симптомов БА

мов БА. Число дней, свободных от симптомов БА и использования средств скорой помощи составило в среднем 5,73 и 6,09 соответственно (рис. 12).

В среднем за год опрошенные нами больные 12,85 раз обращались в поликлинику, вызывали скорую медицинскую помощь 5,59 раз и 2,55 раза госпитализировались по поводу БА (не имели госпитализаций в течение года менее 40 % больных, в то же время у 18 % опрошенных было более двух госпитализаций в стационар). А среднее число обострений БА любой тяжести составляет 9,5 случаев в год (рис. 13).

Мнение врачей и больных об эффективности фармакотерапии

Сказанное выше объясняет, почему и врачи, и больные в целом крайне низко оценивали эффективность терапии, при этом мнения врачей и их пациентов практически полностью совпадали (рис. 14).

При опросе врачей о том, какие препараты для базисной терапии БА они считают наиболее эффективными, большинство опрошенных назвали:

- симбикорт (78,3 % опрошенных);
- серетид (46,7 % опрошенных);

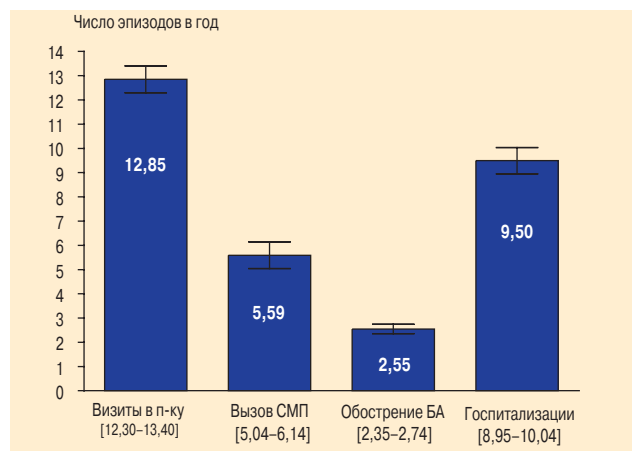


Рис. 13. Среднее число обострений БА и обращений за медицинской помощью в течение 1 года

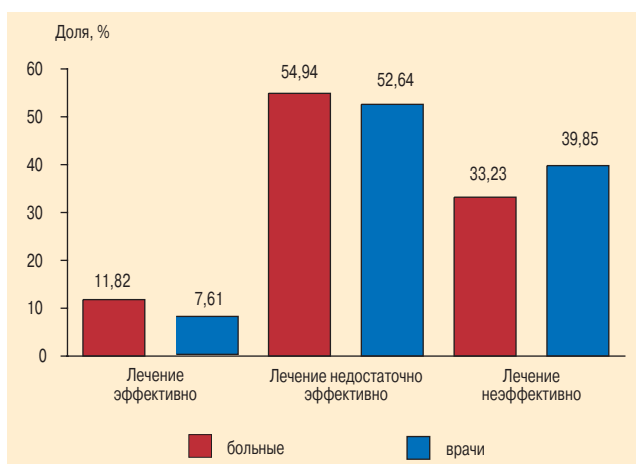


Рис. 14. Мнение врачей и их пациентов об эффективности фармакотерапии БА

- фликсотид (16,7 % опрошенных);
- пульмикорт (15,8 % опрошенных);
- БДП (6,6% опрошенных).

В качестве препаратов скорой помощи наиболее эффективными, по мнению врачей, являются беротек, сальбутамол, форадил, беродуал, оксис и симбикорт.

Сравнивая результаты опроса с данными об интенсивности назначений, следует отметить, что препараты, названные в числе наиболее эффективных, получали не более 5 % больных, в то время как на долю БДП (который лишь 6,6 % отнесли к числу наиболее эффективных средств) приходится 51,32 % назначений.

В целом, на долю наиболее эффективных, по мнению врачей, препаратов приходится лишь 54 % реальных назначений. Только беротек, сальбутамол, БДП и беродуал одинаково часто называли среди эффективных препаратов и действительно часто назначали.

Выводы

Проведенное исследование позволило определить основные параметры качества фармакотерапии в нашей стране и выявить основные проблемы и ошибки в оказании амбулаторной помощи больным БА.

Из числа больных БА, регулярно обращающихся за амбулаторной помощью, 77,3 % составляют лица трудоспособного возраста, причем у 71,4 % больных тяжелое течение БА, что делает амбулаторное лечение таких больных очень актуальной социально-медицинской проблемой.

Одной из самых важных проблем являются частые ошибки в определении тяжести БА и подборе препаратов, соответствующих тяжести заболевания.

Приходится также констатировать наличие несоответствия между представлениями врачей о наиболее эффективных средствах терапии БА и реальными

ми назначениями. Наиболее эффективные, по мнению врачей и с точки зрения доказательной медицины, препараты назначались относительно редко. В первую очередь это относится к комбинированным препаратам (иГКС + LABA) и современным порошковым ингаляторам.

Существенной проблемой по-прежнему является недостаточно интенсивное применение иГКС, LABA и большой удельный вес системных ГКС.

Литература

1. Asthma in America web site: www.asthmainamerica.com
2. Rabe K.F., Vermeire P.A., Soriano J.B., Maier W.C.. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur. Respir. J. 2000; 16: 802–807.
3. Janson C., Chinn S., Jarvis D., Burney P. Individual use of antiasthmatic drugs in the European Community Respiratory Health Survey. Eur. Respir. J. 1998;12 (3): 557–563.
4. Janson C., Chinn S., Jarvis D., Burney P. Physician-diagnosed asthma and drug utilization in the European Community Respiratory Health Survey. Eur. Respir. J. 1997;10 (8): 1795–1802.
5. Castellsague J., Garcia-Rodriguez L.A., Perez-Gutthann S. et al. Characteristics of users of inhaled long-acting beta 2-agonists in a southern European population. Respir Med. 1999;93 (10): 709–714.
6. Чучалин А.Г., Смоленов И.В., Огородова Л.М. и др. Фармакоэпидемиология детской астмы: результаты многоцентрового российского ретроспективного исследования (ФЭДА-2000). Пульмонология 2001; прил. Полный текст доступен на сайте www.antibiotic.ru
7. Архипов В.В., Демидова Г.В., Лазарева Н.Б., Цой А.Н. Фармакоэпидемиологическая и клиническая оценка эффективности образовательных программ и внедрения индивидуальных планов лечения больных бронхиальной астмой. Пульмонология 2002; 1: 105–109.
8. Цой А.Н., Архипов В.В. Фармакоэпидемиологический анализ амбулаторной терапии бронхиальной астмы у взрослых и подростков в г. Москве в 2003 г. Consilium Medicum 2004; 6 (4): 248–254.
9. NHLBI/WHO Workshop Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NIH Publication No. 02–3659. February 2002. 1–177.
10. А.Г.Чучалин (ред.) Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких. М.: Изд-во «Грантъ»; 1999.
11. Бронхиальная астма, глобальная стратегия. Основные направления лечения профилактики астмы: Всемирная организация здравоохранения, Национальный институт сердца, легкие и кровь. Март 1993. Пульмонология 1996; прил. 1: 1–165.
12. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) index with Defined Daily Doses (DDDs). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Oslo, Norway January 2002. (www.whocc.no/atcddd)

Поступила 17.04.06
© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.24-082(470)