

**Ю.И. Феценко**, академик НАМН Украины, главный специалист МЗ Украины по фтизиатрии и пульмонологии, д.м.н., профессор, директор ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

# Организационные вопросы помощи больным бронхиальной астмой

**Бронхиальная астма (БА) – это тяжелое хроническое заболевание респираторной системы, которое значительно ухудшает качество жизни пациентов и может являться причиной их смерти. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 300 млн больных БА, при этом более чем в 20% случаев отмечается тяжелое течение заболевания. Истинная же распространенность БА на сегодняшний день неизвестна, необходимы исследования, которые позволили бы приблизить данные официальной статистики к реалиям.**



Ю.И. Феценко

Под эгидой ВОЗ было проведено крупномасштабное международное исследование для выявления взаимосвязи уровня национального дохода страны, распространенности свистящего дыхания по данным специально разработанных опросников и установленного диагноза БА. В исследовании приняли участие 308 218 человек из 64 стран мира, средний возраст которых составил 43 года.

Было показано, что распространенность свистящего дыхания и наличие установленного диагноза БА выше в странах с низким и высоким уровнем дохода, частота установленного диагноза БА варьировала от 1,8 до 32,8%. Наименьшая их распространенность была отмечена в странах со средним уровнем дохода, к которым относятся и Украина.

Более высокие показатели выявляемости БА в странах с низким уровнем дохода связаны с плохой организацией медицинской помощи, значительным загрязнением окружающей среды, вредными условиями производства, низкой грамотностью населения. В странах с высоким уровнем дохода такая ситуация объясняется тенденцией к урбанизации, высоким уровнем медицинской помощи и, как следствие, лучшими диагностическими возможностями, более высокой осведомленностью населения, лучшей образованностью врачей, в первую очередь первичного звена, которые выявляют и наблюдают больных БА, а также более низким контактом с бытовыми загрязнителями в детстве, что приводит к росту заболеваемости патологией легких в старшем возрасте (гигиеническая теория).

Низкие показатели выявляемости БА в странах со средним уровнем национального дохода связаны с гиподиагностикой этого заболевания из-за слабо развитой структуры медицинской помощи, недостаточной информированности врачей и больных о проблеме БА, а также оснащения диагностической аппаратурой, из-за разногласий в трактовке симптомов и признаков заболевания, незнания и неиспользования руководств по ведению этой категории больных. Несомненно, истинная распространенность БА в этих странах на порядок выше.

Украина относится к странам со средним национальным доходом, которые различны по своим экономическим, социальным и ментальным характеристикам. В некоторых из них, как и в Украине, не функционирует система государственного страхования в отношении больных БА. Общие проблемы, связанные с БА, которые объединяют эти страны, характерны и для нашей страны.

**По данным официальной статистики, распространенность БА среди взрослого населения Украины составляет 0,5%, и эта цифра явно занижена. Анализ статистических данных по БА в Украине за последние 9 лет показал снижение заболеваемости этой патологией (рис. 1), в то время как во всем мире данный показатель увеличивается. Это может означать наличие гиподиагностики БА, несмотря на активное внедрение мировых и отечественные стандарты диагностики и лечения указанной патологии.**

Наиболее важные причины гиподиагностики БА в Украине следующие:

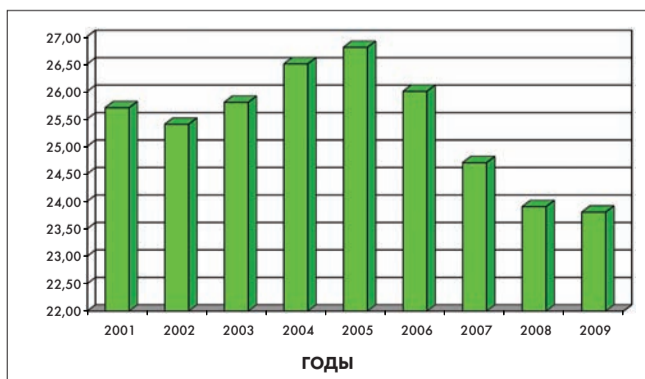


Рис. 1. Заболеваемость БА в Украине (на 100 тыс. взрослого населения)

- необоснованная боязнь постановки врачом общей практики, педиатром, терапевтом, семейным врачом, врачом скорой помощи диагноза БА;

- подмена диагноза БА диагнозами астматического бронхита, рецидивирующего обструктивного бронхита, поллиноза, особенно в детском возрасте;

- отсутствие ответственности врачей общей практики за неустановленный диагноз БА.

Устойчивый рост показателей распространенности (рис. 2), возможно, скрывает вероятную тенденцию преувеличения персистирующей, в том числе тяжелой БА.

**Комбинация высокой распространенности БА и ограниченный доступ ко вторичной профилактике (ранней и полноценной базисной терапии заболевания) могут приводить к повышению заболеваемости и непредсказуемой (недопустимой) смертности.**

Уровень заболеваемости при БА нелегко измерить, но большое количество госпитализаций или обращений в службу скорой медицинской помощи выявляют тяжелые обострения БА и, следовательно, являются косвенным показателем бремени неконтролируемой БА в популяции.

Так, если рассмотреть госпитализации в связи с БА и обращения в скорую помощь в связи с БА, мы получим очень непривлекательную картину. В нашей стране мы сталкиваемся с парадоксом, когда госпитализация при БА осуществляется не в связи с обострением, а планово для подтверждения группы инвалидности, которой могло и не быть при своевременном назначении современной базисной терапии. А обращения в скорую помощь в большинстве случаев отмечены у одних и тех же пациентов для купирования приступов, опять же из-за отсутствия проведения базисной противовоспалительной терапии.

Смертность от БА в Украине уменьшается, что соответствует мировым тенденциям (по-видимому, это связано с улучшением организации и качества лечения в тяжелых экстремальных ситуациях). Однако при высоких показателях распространенности и заболеваемости и в отсутствие данных о доле в общей структуре БА ее тяжелых форм истинная причина смертности в связи с БА может быть замаскирована осложнениями со стороны эндокринной, сердечно-сосудистой систем, расстройств дыхания во сне и других, а также обострившимися при тяжелой БА сопутствующими заболеваниями.

**Положительные тенденции по сокращению сроков стационарного лечения больных БА в Украине еще далеки от мировых стандартов с 1-4-дневным пребыванием в стационаре только для купирования тяжелых и очень тяжелых обострений.**

К сожалению, никто не озабочен чрезмерным увлечением «стационаром на дому», когда огромное количество вызовов скорой помощи к одним и тем же пациентам, связанное с высокими материальными, медицинскими и социальными затратами, симулирует проведение адекватной терапии БА.

По мировым данным, основную массу больных БА составляют пациенты с легким течением заболевания (от 64 до 76%). Однако в настоящее время доказано, что

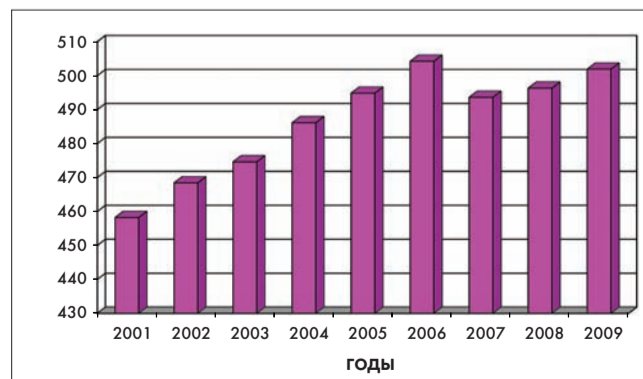


Рис. 2. Распространенность БА в Украине (на 100 тыс. взрослого населения)

наибольшие финансовые затраты для пациента и его близких, а также экономическое бремя для государства в условиях отсутствия страховой медицины и возврата средств за эффективные, но дорогостоящие препараты для адекватного контроля БА связаны именно с тяжелой (до 20%) и резистентной к терапии (1-2%) БА.

Экономическое бремя БА включает как прямые расходы на медицинскую помощь, так и непрямые – в связи с потерей трудоспособности, ранней инвалидизацией, преждевременной смертностью больных. С усугублением тяжести заболевания эти убытки существенно возрастают. Так, например, исследования, проведенные в США, показали, что прямые затраты на лечение больных БА составили 11,5 млрд долларов за год, при этом почти треть (31%) этих средств ушла на оплату urgent госпитализаций и неотложной помощи.

В США проведено исследование TENOR, одной из целей которого было выделение когорты больных с высоким риском осложнений БА. Изучив данные о почти трех тысячах больных с тяжелой и резистентной к лечению БА, исследователи разработали методику оценки риска госпитализации и обращения за неотложной помощью. С использованием логистического регрессионного моделирования проанализированы факторы, которые потенциально могут влиять на течение заболевания. Рассмотрено более 200 позиций: демографические данные, статус курения, показатели функции внешнего дыхания (ФВД), уровень IgE, семейный анамнез, особенности течения заболевания, условия быта и труда, сопутствующие заболевания, проводимая терапия и др. Информацию собирали координаторы исследования путем интервью. В результате определены наиболее важные, простые для применения на практике факторы риска и оценены в баллах. Увеличение оценки в баллах соответствует повышению риска госпитализации и обращения за неотложной помощью. Так, отмечено, что с увеличением суммы баллов до 12 риск госпитализации превышает 50%, а при 15 баллах пациента следует ожидать в стационаре со 100% вероятностью (рис. 3).

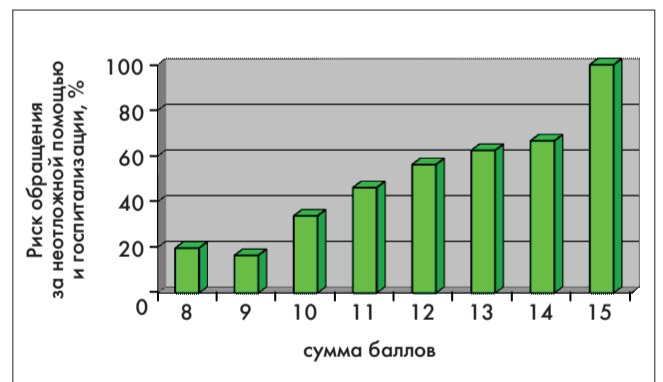


Рис. 3. Риск развития неотложных состояний в зависимости от суммы баллов по шкале, разработанной авторами исследования TENOR (M.K. Miller et al., 2006)

В группе риска неотложных состояний находятся молодые пациенты, женщины, лица с ожирением и сниженной форсированной жизненной емкостью легких. Также имеют значение пневмонии и интубации трахеи в анамнезе, сахарный диабет, катаракта и расовые особенности.

Очень важно, что исследователи TENOR математически доказали, что прекращение или перерывы в базисной терапии кортикостероидами приводят к обострению заболевания. Однократный перерыв противовоспалительной терапии ассоциируется с повышением риска обострения с госпитализацией в ближайшие 3 мес, а три перерыва за квартал увеличивают этот риск втрое.

**К сожалению, ежедневный прием системных кортикостероидов не снижает, а повышает риск госпитализаций и обращений за неотложной помощью.**

Такое масштабное исследование для создания алгоритма выявления неблагоприятного течения БА проведено в США – государстве с высоким уровнем национального дохода.

Продолжение на стр. 14.

**Ю.И. Фещенко**, академик НАМН Украины, главный специалист МЗ Украины по фтизиатрии и пульмонологии, д.м.н., профессор, директор ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

## Организационные вопросы помощи больным бронхиальной астмой

Продолжение. Начало на стр. 13.

Обратимся к опыту Бразилии — страны, близкой по уровню национального дохода к Украине. Выполненная здесь программа по контролю БА и аллергического ринита (ProAR — The Programme for control of asthma and allergic rhinitis) с участием 1895 пациентов подразумевала целевое финансирование необходимой оптимальной терапии (ингаляционные кортикостероиды в комбинации с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами) для больных с подтвержденным диагнозом тяжелой БА, а также назальных стероидов при сопутствующем аллергическом рините. Кроме медикаментов, каждый больной получал бесплатные консультации пульмонолога, фармацевта, психолога, спирометрическое обследование, индивидуальное и групповое обучение ингаляционной терапии. В программе делался акцент на контролирующей комбинированной терапии БА, предупреждении и раннем контроле обострений, также предусматривалось обучение социальных работников и родственников больных.

В результате внедрения программы повысилась приверженность пациентов терапии, резко снизилось количество госпитализаций и обращений за неотложной помощью, значительно сократился прием оральных кортикостероидов.

Расходы на программу не были убыточными для государственного бюджета Бразилии. Инвестировав в базисную терапию дополнительные 175 долларов США на пациента в год, государство сэкономило 590 долларов на пациента в год благодаря снижению частоты госпитализаций. За счет выраженного повышения качества жизни и восстановления трудоспособности средней годовой зарплатки пациентов увеличилась на 512 долларов США. То есть эта программа была выгодной как для экономики страны, так и для пациентов и их семей.

Коллеги из Польши работают с программой POLAST-NMA, которая преследует цели ранней диагностики БА, назначения оптимальной терапии с участием терапевтов, врачей общей практики, а не только пульмонологов и аллергологов, безусловного приоритета базисной противовоспалительной терапии над симптоматической. В итоге этой активности, которая в принципе не требует высоких затрат, выявление новых случаев заболевания БА увеличилось вдвое. В результате выполняемой в Польше программы активно выявляются новые больные, им вовремя назначается эффективная противовоспалительная терапия, и, как следствие, снижается тяжесть обострений и количество госпитализаций.

Украинское здравоохранение не стоит в стороне от новых возможностей. Проводится работа по созданию реестра больных БА с тяжелым течением заболевания, необходимого для выявления таких больных, дообследования с целью определения фенотипа тяжелой БА, назначения адекватного лечения пациентам, сохранения их трудоспособности и предупреждения осложнений.

В результате совместной деятельности ведущих украинских специалистов в области пульмонологии, аллергологии и терапии создан алгоритм, который позволяет проанализировать, как протекает заболевание, проводится диагностика, назначается терапия у больных с тяжелой БА.

Мы хотим представить первые результаты пилотного проекта, в котором приняли участие терапевты, пульмонологи и аллергологи Украины. Изучены данные 74 больных, которые находятся под наблюдением врачей поликлиник первичного звена здравоохранения из разных областей Украины (I группа). Кроме того, в проекте принимают участие специалисты ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», которые предоставили информацию о наблюдении 60 пациентов с тяжелой БА (II группа).

Одна из целей нашей программы — изучить качество диагностики БА в Украине, а также функциональные критерии тяжелого течения заболевания. К сожалению, ни у кого из больных I группы в анкетах не представлены результаты спирометрии (табл.). Возможно, ФВД не исследовалась у них, а если исследовалась, то не принималась во внимание лечащим врачом. Это может привести к ошибкам в диагностике. Так, у 61% больных выставлено одновременно два диагноза: БА и хронического obstructивного заболевания легких (ХОЗЛ), в том числе у пациентов в возрасте до 40 лет. Известно, что это два разных заболевания, которые если и могут протекать одновременно, то не так часто, и не у молодых пациентов. Почему же устанавливается диагноз ХОЗЛ без спирометрического подтверждения?

**!** Лечение БА и ХОЗЛ преследует разные цели, подразумевает различные схемы и методики. Больному с неуточненным диагнозом трудно назначить правильную дифференцированную терапию.

Половине больных I группы проведено кожное аллергологическое тестирование. Учитывая что каждый больной жаловался на частые тяжелые приступы, такое обследование не было им показано и могло привести к отягощению течения заболевания.

Несмотря на применение теста по контролю над БА у каждого больного, в формулировке диагноза уровень контроля БА не отображался. То есть из поля зрения врача выпадает важный момент — неконтролируемое течение заболевания.

При изучении влияния курения на заболевание обнаружено, что в поликлиниках не собирается анамнез курения больных. Следовательно, не проводится работа с больными по прекращению табакокурения.

Все пациенты I группы проконсультированы пульмонологом, аллергологом, ЛОР-врачом, окулистом, эндокринологом, половина больных — психотерапевтом. Часть обследований проведена напрасно, так как их результаты не использовались при дальнейшем назначении лечения. Ни один больной не обследован на предмет дыхательных расстройств во время сна.

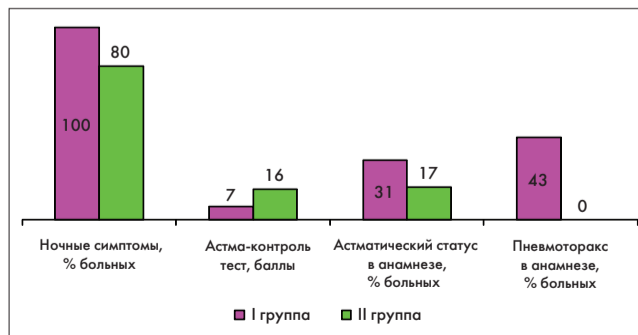
Совсем иная картина во II группе. У всех пациентов этой группы клинический диагноз БА был подтвержден функциональными тестами. Сочетание БА и ХОЗЛ было выявлено у 9%, что соответствует данным мировой статистики, нет гипердиагностики сочетания этих заболеваний, тяжелая БА не диагностируется как ХОЗЛ (скорее всего, в первой группе за ХОЗЛ принималась тяжелая БА). Аллергологическое тестирование было проведено в соответствии с рекомендованным подходом при тяжелой БА с применением метода определения IgE в сыворотке крови, что исключило возможность провокации значительного снижения ФВД, астматического состояния больного, как это могло иметь место при проведении кожных проб. У всех больных диагноз БА был установлен с указанием уровня контроля.

У больных I группы БА протекала в тяжелой форме (рис. 4). Все без исключения пациенты жаловались на ночные пробуждения от приступов удушья и кашля, отмечали частые тяжелые приступы, что свидетельствует о неконтролируемом течении заболевания. У трети больных были в анамнезе эпизоды пневмоторакса и госпитализации в отделение интенсивной терапии с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких, у 31% — астматический статус.

Важно, что доступный и информативный тест по контролю над БА проведен у каждого больного, наблюдавшегося в поликлинике. При тяжелом течении заболевания трудно ожидать контроля над симптомами, но нужно стремиться как минимум к частичному контролю — 20 баллам. Результат теста в I группе варьировал от 5 до 10 баллов, в среднем составил 7 баллов, и только у одного

**Таблица. Различия в подходах к диагностике БА у пациентов с тяжелым течением заболевания в поликлинике и специализированном пульмонологическом центре**

Показатель	Поликлиника	Пульмонологический центр
Исследование ФВД, количество больных, %	0	100
Установлено одновременно два диагноза (БА и ХОЗЛ), количество больных, %	61	9
Аллергологическое тестирование	Кожные пробы, 53% больных	Определение уровня IgE
Классификация БА по уровню контроля	не применяется	применяется
Анамнез курения	не изучается	изучается

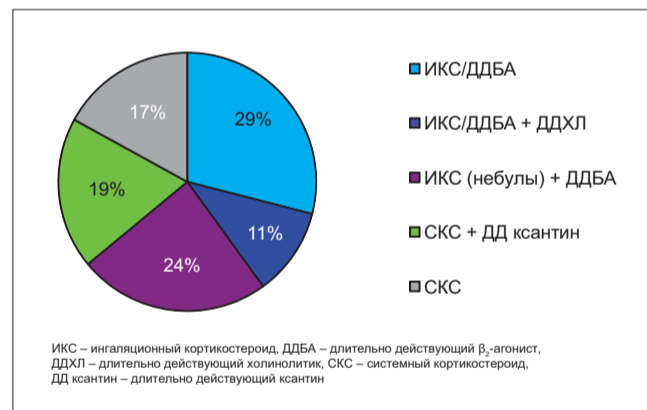


**Рис. 4. Течение БА у больных I (поликлиника) и II (пульмонологический центр) групп**

больного — 13 баллов. Это еще раз подтверждает тяжесть заболевания и демонстрирует, что затрудненное дыхание, ограничение активности, нарушение ночного отдыха беспокоит больных постоянно.

Больные II группы поступили на наблюдение несколько лет назад в исходно тяжелом состоянии, но после обследования и лечения большинство из них говорят о том, что частые тяжелые приступы, многократные вызовы скорой помощи, инъекции системных кортикостероидов для купирования обострений БА остались в прошлом. Эти больные также не достигают полного контроля над симптомами, однако демонстрируют вдвое больший средний показатель теста по контролю над БА — 16 баллов (от 12 до 21), то есть приближаются к частичному контролю. В отличие от больных I группы во II группе БА мешала пациентам работать и отдыхать не все время, а иногда или редко. Периодические ночные симптомы беспокоили 80% больных II группы, астматический статус в анамнезе был только у 17% из них, но таких осложнений, как пневмоторакс вследствие искусственной вентиляции легких, не было.

Какое лечение получили больные I группы? По данным анкетирования, комбинированная терапия ингаляционными кортикостероидами с  $\beta_2$ -агонистами длительного действия была назначена 64% больных поликлиник (рис. 5). При этом 40% пациентов получали эту комбинацию в одном ингаляторе, а 24% — в виде небулизированного ингаляционного кортикостероида и пролонгированного  $\beta_2$ -агониста в порошковом ингаляторе. Здесь мы видим ошибки в назначении лечения. Согласно приказу МЗ № 128 об оказании медицинской помощи по специальности «пульмонология», а также международным рекомендациям всем больным тяжелой БА показана базисная комбинированная ингаляционная терапия, а трети (36%) пациентов I группы она не была назначена. Также не следует применять небулизированные ингаляционные кортикостероиды при БА на постоянной основе. Это разрывает синергизм действия препаратов, который существует при использовании их комбинации в одном ингаляторе, что грозит передозировкой препарата, неудобно и дорого для больного. Сомнительна и приверженность больных к такому виду терапии, что может отрицательно сказаться на постоянстве ее проведения. 11% больных тяжелой БА дополнительно получали холинолитик длительного действия, а также препараты других групп. Однако более трети пациентов регулярно принимают оральные кортикостероиды (преднизолон).



**Рис. 5. Базисная терапия БА в I группе (поликлиника)**

В базисной терапии больных I группы часто встречаются неудачные схемы, например беклометазон, преднизолон, теофиллин, в которой отсутствует пролонгированный ингаляционный бронхолитик. Часто назначаются только беклометазон и преднизолон без бронхолитического препарата. Случается и полипрагмазия с применением одного вещества одновременно в двух ингаляторах, когда назначается комбинация флутиказон/сальметерол + сальметерол. Это может привести к передозировке сальметерола и развитию побочных эффектов у больных, особенно с кардиологической патологией.

Учитывая положительные результаты аллергопроб, 22% больных I группы проведена специфическая иммунотерапия (СИТ). Была ли она показана этим пациентам? Скорее, наоборот, тяжелое течение заболевания является противопоказанием к ее проведению. Стоит отметить, что СИТ была успешной только у одного больного.

Пациенты I группы не получали необходимой терапии аллергического ринита и сопутствующей гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни, хотя данные о их наличии представлены в анкетах.

**!** Очевидно, что у пациентов I группы не был достигнут успех в ведении астмы как по причине недостаточного обследования, так и из-за неадекватной базисной терапии.

Все пациенты I группы нуждались в симптоматической терапии (рис. 6). Половина больных применяли скоромощный препарат до трех ингаляций в сутки, треть —

от 4 до 8, а 5% – девять и больше ингаляций в сутки. Некоторые пациенты расходовали по четыре ингалятора скоромощного препарата в месяц, то есть 800 доз за 30 дней или до 26 вдохов в сутки, практически ежедневно.

У всех больных имеют место частые обострения БА – более 4 раз в год, половина из которых протекает в тяжелой форме. 61% обострений являются следствием прекращения или снижения дозы препаратов для контролирующей терапии. Больные I группы вызывают скорую помощь более 10 раз в год, получают от 4 до 6 курсов стационарного лечения ежегодно. Все это закономерно в отсутствие полноценной диагностики и базисной терапии.

Больные тяжелой БА нуждаются в детальной диагностике. Поэтому ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины» как специализированный пульмонологический и аллергологический лечебно-диагностический центр проводит обследование больных БА с использованием всех современных диагностических возможностей. Аналогично Бразильской программе обследование и консультации всех граждан Украины проводятся бесплатно.

60 больных, наблюдавшихся в институте (II группа), обратились за помощью несколько лет назад с таким же тяжелым течением болезни, как в I группе. Всем им проведена не только рутинная спирометрия, но и бодиплетизмография, позволяющая исследовать легочные объемы и емкости, выявить гиперинфляцию легких. Использовалась импульсная осциллометрия, которая оценивает сопротивление дыхательных путей на всех уровнях трахеобронхиального дерева вплоть до бронхиол и альвеол, а также эластические свойства легких. Также изучена сила дыхательной мускулатуры, нейрореспираторный драйв, носовое дыхание с помощью риноманометрии. Эти исследования позволяют выставить правильный диагноз, определить степень нарушений вентиляционной функции легких. При необходимости эти обследования можно повторить в динамике. По показаниям больным II группы проводилась мультиспиральная компьютерная томография (КТ), которая позволяет обнаружить фиброзные изменения в мельчайших отделах респираторного тракта, а также фибробронхоскопия.

Всем больным с подозрением на нарушение дыхания во время сна проводилось полисомнографическое исследование. У пятой части пациентов (18%) диагностировали синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС), что соответствует данным мировой литературы о распространенности этого синдрома при тяжелой БА.

При тяжелом течении заболевания важно определиться с фенотипом БА и оценить сопутствующую патологию.

Диагностическая база института применяет все возможности для определения фенотипа тяжелой БА. Большинство нижеперечисленных методик доступны в областных центрах, но не используются в полную силу.

Все больные II группы проконсультированы пульмонологом и ЛОР-врачом. Консультации других специалистов (гастроэнтеролога, невропатолога) назначались по показаниям.

С помощью анализа индуцированной мокроты определяется тип местного воспаления в бронхах (эозинофильный, нейтрофильный, смешанный). В силу того что при тяжелом течении БА аллергопробы противопоказаны, у больных с атопическим статусом определяется уровень IgE. Проводится целенаправленное выявление больных с непереносимостью ацетилсалициловой кислоты – аспириновая триада обнаружена у 5% больных. Нарушения носового дыхания верифицируются с помощью риноманометрии, в том числе в пробе с сосудосуживающими препаратами. Все пациенты детально опрашиваются касательно статуса курения.

**Выделение фенотипов БА позволяет применить дифференцированный подход к назначению лечения больным.**

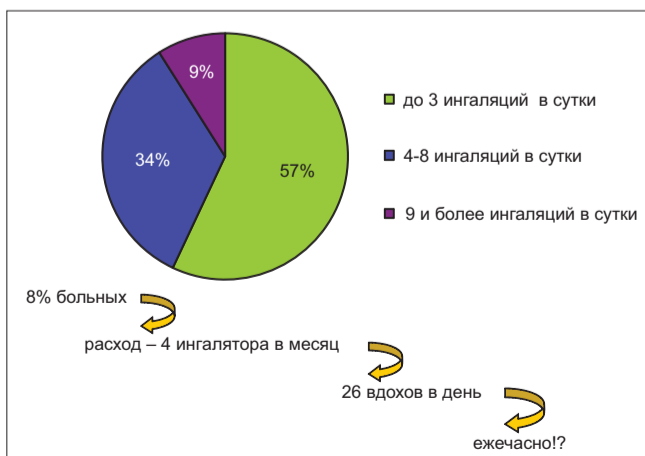


Рис. 6. Применение скоромощных препаратов в I группе (поликлиника)

Пациенты II группы получают не только результаты обследования, но и рекомендации по лечению. Все они обучены технике ингаляционной терапии на практике, ознакомлены с пикфлоуметрией, тестом по контролю над БА и их значением для самоконтроля заболевания. Базисная терапия пациентов II группы представлена комбинациями ингаляционных кортикостероидов и  $\beta_2$ -агонистов длительного действия у каждого больного согласно приказу МЗ Украины № 128 и рекомендациям GINA (рис. 7). Учитывая ХОЗЛ-подобный фенотип заболевания, 28% больных дополнительно назначали холинолитик длительного действия. Пациентам с высоким уровнем IgE и клиникой атопии была рекомендована терапия анти-IgE препаратом. Больным с гиперчувствительностью к ацетилсалициловой кислоте в дополнение к комбинированной противовоспалительной терапии (ингаляционные кортикостероиды и  $\beta_2$ -агонисты длительного действия) назначены модификаторы лейкотриенов.

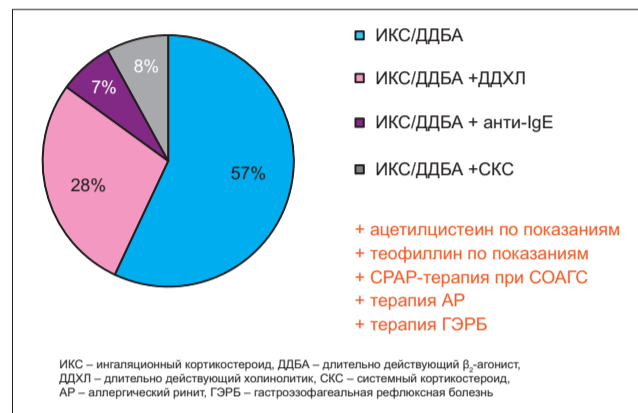


Рис. 7. Базисная терапия БА во II группе (пульмонологический центр)

8% больных II группы нуждаются и регулярно принимают оральные кортикостероиды, но только в дополнение к ингаляционным кортикостероидам и  $\beta_2$ -агонистам длительного действия. При необходимости пациентам II группы назначается терапия ацетилцистеином, ксантинами. Все пациенты получают терапию сопутствующего аллергического ринита. Пациенты с подозрением на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь направляются к гастроэнтерологу и получают по показаниям соответствующую терапию.

Троим больным II группы с сопутствующим СОАГС проведена СРАР-терапия, которая оказалась успешной у каждого пациента в плане лечения как СОАГС, так и БА.

Большинству больных II группы достаточно до трех ингаляций скоромощного препарата в сутки и одного ингалятора в месяц (рис. 8). Немногие больные используют скоромощный препарат в количестве 4-8 ингаляций в сутки. Во II группе количество обострений составило 1-2 раза в год. Они протекают, как правило, в средней и легкой форме. Для лечения обострений у пациентов II группы широко применяется небулайзерная терапия.

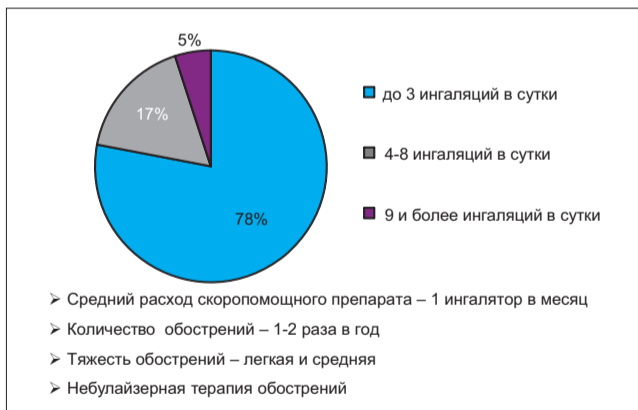


Рис. 8. Применение скоромощных препаратов во II группе (пульмонологический центр)

Пациенты с тяжелой БА часто теряют трудоспособность, более половины больных I группы – инвалиды II или III группы (рис. 9). Работающие больные более 2 мес в год находятся на больничном листе (в среднем 65 дней в год). При опросе почти все пациенты отметили ограничение повседневной активности.

Трудоемкая диагностика, сложная на первый взгляд терапия у больных II группы проведены не напрасно. Временная потеря трудоспособности больных II группы была в 5 раз ниже (в среднем 16 дней за год), чем в I группе, на данный момент инвалидами являются в 2 раза меньше больных, а повседневная активность ограничена у 80% больных.

**Очевидно, что обследование больного в специализированном центре, оснащенном оборудованием и кадрами для проведения качественной углубленной диагностики, а также назначение лечения согласно**

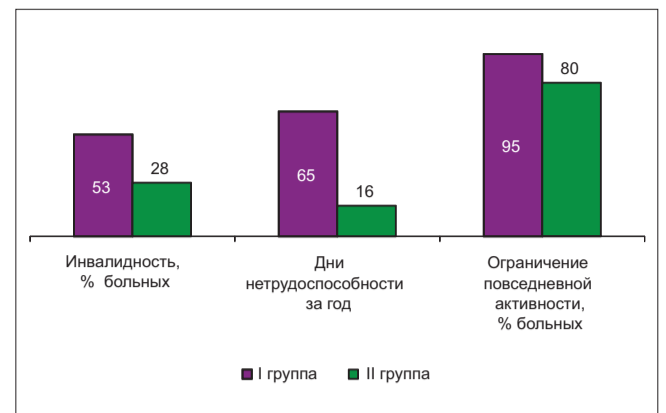


Рис. 9. Потери трудоспособности в I (поликлиника) и II (пульмонологический центр) группах

современным консенсусам значительно улучшает течение заболевания. Стратегия по приближению каждого больного к полноценному обследованию и консультациям реальна для внедрения при любом финансировании системы здравоохранения.

В Украине оборудованы специализированные пульмонологические и аллергологические центры при областных больницах, а диагностические и консультативные возможности ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины» всегда доступны для пациентов. Важной задачей является целенаправленное назначение контролируемых препаратов для социально защищенных и незащищенных больных БА.

Не менее важен контроль за тем, какие препараты назначаются больным БА.

**К сожалению, несмотря на образовательные программы, прогресс в знаниях врачей, улучшение ценовой доступности препаратов благодаря акциям ведущих фармакологических производителей, количество назначенных в Украине контролируемых препаратов остается мизерным.**

Так, анализ потребления лекарственных средств пациентами с бронхообструктивными заболеваниями за последний год в Украине (по данным аптечной сети) выявляет:

- непропорционально большую долю назначения симптоматической терапии –  $\beta_2$ -агонистов короткого действия (37,1%) и ксантинов (34,5%);
- редкое назначение ингаляционных кортикостероидов (2,7%), еще более удручающая ситуация с комбинированными препаратами для базисной терапии (1,7%);
- у части больных наблюдается назначение системных кортикостероидов в высоких дозах без эффекта или с выраженными системными осложнениями такой терапии.

Этот перекос в структуре назначения контролирующей и симптоматической терапии может косвенно указывать на сдвиг в популяции больных БА в Украине в сторону тяжелой, резистентной к терапии БА.

Первый шаг в направлении решения этой проблемы уже сделан – работа по созданию реестра больных с тяжелой БА уже началась. Что же реально даст эта инициатива?

Основной целью реестра должно быть улучшение здоровья и сохранение жизни больных тяжелой БА. Для достижения этой цели необходимо привлечение государственных и спонсорских средств.

Если мы будем знать каждого пациента с тяжелой БА, особенности его заболевания, иметь четкое представление о патогенетических механизмах, то сможем более обоснованно подходить к назначению терапии, более эффективно управлять финансовыми ресурсами и медицинским персоналом, занимающимся такими больными. Более четкое видение преобладания того или иного патологического механизма в развитии БА даст возможность совершенствовать механизм распределения этих ресурсов.

Реестр пациентов поможет создать действующую эффективную коммуникационную сеть, врач первичного звена не останется один на один с тяжелым больным, а будет иметь четкое представление о том, в каком случае и к какому специалисту его направить, какой объем информации предоставить, в порядке обратной связи получит необходимую информацию, результаты обследований, рекомендации по дальнейшему ведению этого больного. А создание единой базы даст реальную возможность для совершенствования системы глобальной информации.

**Таким образом, реестр больных с тяжелой БА – это по сути та же диспансеризация, но работающая и созданная на новом современном качественном уровне.**