

Chronic Conditions : NICE Guideline № 12. – Thorax. - 2004. – Vol. 59, suppl. 1. – P. 1 – 232.

7. Mapel, D. P. The cost of chronic obstructive pulmonary disease and its effects on managed care / D. P. Mapel, J. C. Chen, D. E. George //Manag. Cre Interface. - 2004. – Vol. 17, № 4. – P. 61 – 66.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕХДНЕВНОГО КУРСА СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ШКОЛЬНИКОВ

Гарас Н.Н.

**Буковинский государственный медицинский университет, г.Черновцы,
Украина**

Относительно небольшая доля больных (не больше 10%) с рефрактерной к терапии тяжелой бронхиальной астмой (БА) аккумулирует 40-50% ресурсов медицинской помощи среди всех пациентов с БА, вызывая непропорционально большие затраты учреждений здравоохранения [1-3]. Этим больным характерны нестабильность и неконтролируемость клиники заболевания, они формируют группу риска по летальным исходам и необходимости экстренной госпитализации в отделения интенсивной терапии [4].

Среди пациентов с тяжелым персистированием БА неконтролируемое течение заболевания регистрируется в 70-95% больных [5]. Вследствие возрастных и фенотипических особенностей, затрудняющих диагностический и лечебный процесс, часто диагноз БА устанавливается с опозданием. Это определяет неправильную тактику лечения пациентов, отсутствие профилактики обострений заболевания и значительно ухудшает прогноз в целом. В тоже время, летальность при БА связана с поздней диагностикой и неадекватной терапией. Особенно опасными для больных тяжелой БА являются астматический статус и тяжелая дыхательная недостаточность.

Цель исследования. Определить эффективность трехдневного курса системных глюкокортикостероидов у школьников, больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой, в сравнении с одно- и двухдневным курсами.

Материал и методы. На базе пульмонологического отделения ОДКБ г. Черновцы обследовано 57 детей с тяжелой персистирующей БА. Лечебная тактика в период обострения определялась согласно утвержденным МЗ Украины «Протоколом диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей» [6] и с учетом рекомендаций GINA версии 2008 года [7] и Рекомендаций по диагностике и лечению БА у детей - PRACTALL [8]. Согласно указанным документам, с целью деобструкции использовались β_2 -агонисты короткого действия, системные глюкокортикостероиды (ГКС) и препараты метилксантинов.

Тяжесть бронхообструктивного синдрома (БОС) оценивали по балльной шкале с учетом состояния сознания, активности пациента, характеристик кашля, частоты, ритма и механики дыхательных движений, наличия цианоза, данных перкуссии и аускультации легких. Усиление проявлений БОС отражалось ростом оценки по балльной шкале.

С учетом проведения системной терапии ГКС школьники распределены на две группы сравнения: в I группу вошли 25 пациентов, которым назначали системные ГКС в течение трех дней, II группу сформировали 16 детей, получавших одно- или двухдневный курс системных ГКС. Остальные 16 школьников при приступе БА системные ГКС не получали. По основным клиническим признакам группы сравнения достоверно не отличались.

Полученные результаты анализировали с использованием принципов клинической эпидемиологии. Оценка риска реализации события проводилась с учетом вероятности величин относительного (ОР), атрибутивного (АР) рисков и соотношения шансов (СШ), а также с определением их доверительных интервалов (ДИ). Эффективность проводимого лечения оценивали с учетом снижения абсолютного (САР), относительного (СОР) риска, количества больных, которых необходимо пролечить (КБНП) для

получения одного положительного результата [9]. Исследование проведено с учетом основных положений GCP ICH и Хельсинской декларации о биомедицинских исследованиях, в которых человек выступает их объектом и последующих ее пересмотров (Сеул, 2008) [10].

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что среди всех больных тяжелой БА во время приступа ($80,0 \pm 6,2$)% детей получали системные ГКС, средняя продолжительность курса данных лекарственных средств составляла $2,9 \pm 0,19$ дня (95% ДИ 2,5 -3,3).

Использование комплекса дезобструктивных мероприятий, включавший системные ГКС, приводило к уменьшению тяжести приступа на 7-й день госпитализации по сравнению с первым днем. В частности, тяжесть БОС в начале лечения более 12 баллов наблюдалась в 83% случаев, а на 7-й день стационарного лечения (более 6 баллов) - у 16,2% детей с тяжелой БА ($p_{\phi} < 0,05$).

Для решения оптимально эффективной длительности применения системных ГКС проведен сравнительный анализ риска уменьшения тяжести приступа при назначении данных лекарственных средств детям с тяжелой БА в течении трех дней по сравнению с одно- и двухдневным курсом (таблица).

Таблица

Показатели риска регресса тяжести приступа при 3-дневном назначении системных ГКС у детей, больных тяжелой БА по сравнению с одно- и двухдневным курсом их применения

Регресс балльной оценки тяжести приступа	Показатели риска		
	атрибутивный риск	относительный риск (95% ДИ)	соотношение шансов (95% ДИ)
На 3-й день стационарного лечения - регресс более 3 баллов	0,2	1,4 (0,7-2,8)	2,4 (0,7-8,8)

На 7-й день стационарного лечения - регресс более 9 баллов	0,5	2,5 (1,0-5,9)	9,0 (2,1-38,7)
--	-----	---------------	----------------

На основании полученных данных можно считать, что трехдневный курс системных ГКС по сравнению с меньшим сроком их назначения характеризовался достоверным риском регресса балльной оценки тяжести приступа на 7-й день стационарного лечения.

Вместе с тем, анализ эффективности назначения системных ГКС курсами разной продолжительности (по уменьшению бронхообструкции) свидетельствует о более выраженной динамике улучшения проходимости бронхов уже на третий день стационарного лечения при трехдневном использовании данных препаратов у детей с тяжелой БА по сравнению с одно- и двухдневной продолжительностью. В частности, САР недостаточного регресса БОС (менее 3 баллов) на 3-й день стационарного лечения у школьников и клинической группы составил 52%, СОР - 59%. КБНП для предотвращения хотя бы одного случая недостаточности регресса, составляла двое детей. У представителей II клинической группы указанные показатели соответственно составили: САР - 12,5%, СОР - 50% и КБНП - 8 школьников.

При оценке эффективности использования системных ГКС при персистировании БОС установлено, что тяжесть бронхообструкции в начале лечения более 12 баллов наблюдалась у 88%, а на 7-й день стационарного лечения (более 6 баллов) - только в 16% детей I клинической группы ($p_{\phi} < 0,05$). Среди представителей группы сравнения выраженная бронхообструкция в I день наблюдалась у 75%, а на 7-й день лечения оценка БОС более 6 баллов - лишь у 19% детей ($p_{\phi} < 0,05$). Соответственно, СОР сохранения выраженной бронхообструкции на фоне трехдневного курса системными ГКС у детей I клинической группы на 7-й день стационарного лечения достигало 81%, САР - 72% при КБНП 1,4 больных. В группе сравнения СОР сохранение выраженной бронхообструкции на фоне одно- и двухдневного применения данных лекарственных препаратов на 7-й день госпитализации составило 71%, САР - 56% при КБНП 1,8 школьника.

Выводы

1. При обострении бронхиальной астмы у детей с тяжелым вариантом заболевания в составе дезобструктивной терапии стартовым оправдано использование системных ГКС.

2. Эффективной продолжительностью курса системных ГКС при обострении заболевания у школьников, страдающих тяжелой персистирующей бронхиальной астмой, является их использование в течении трех дней.

Литература

1. Moore W. C. Severe asthma: An overview / W. C. Moore, S. P. Peters // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2006. – Vol. 117. – P.487-494.
2. Molecular phenotyping of severe asthma using pattern recognition of bronchoalveolar lavage-derived cytokines / A.R. Brasier, V. Sundar, G. Boetticher [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2006. – Vol. 121. – P.30-37.
3. Louis R. Severe asthma: how can we differentiate phenotypes? / R. Louis // *Swiss. Med. Wkly.* – 2009. – Vol. 139. – P. 274-277.
4. Reddy R.C. Severe asthma: approach and management / R.C. Reddy // *Postgrad. Med. J.* – 2008. – Vol. 84. – P.115-120.
5. Беш Л.В. Вивчення ефективності застосування покровокого алгоритму лікарської тактики у дітей з неконтрольованою бронхіальною астмою / Л.В.Беш, В.О.Боднарчук // *Здоровье ребенка.* – 2010. – № 3. – С. 8-13.
6. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Алергологія» [Електронний ресурс]: наказ МОЗ України №767 від 27.12.2005 // Режим доступу: www.moz.gov.ua.
7. Bateman E.D. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary / E.D. Bateman, S.S. Hurd, P.J. Barnes // *Eur. Respir. J.* – 2008. – Vol. 31. – P.143–178.
8. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report // L.B. Bacharier, A. Boner, K.H. Carlsen [et al.] // *Allergy.* –2008. – Vol. 63. – P. 5-34.

9. Биостатистика: [за ред. проф. В.Ф. Москаленка]. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects: (59th WMA General Assembly, Seoul, October, 2008) [Электронный ресурс] / World Medical Association. – 2008. – 7 с. – Режим доступа: www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Василькова Т.Н., Рыбина Ю.А.

ГЛПУ ТОКБ №2,

ГБОУ ТюмГМА Минздравсоцразвития России, г. Тюмень

Актуальность. Эпидемиологические исследования последнего десятилетия свидетельствуют о неуклонном росте больных ХОБЛ. В современном обществе к группе заболеваний с высоким уровнем социального бремени ВОЗ относит ХОБЛ. ХОБЛ является одной из ведущих причин заболеваемости и первичной инвалидизации, представляет значительную экономическую проблему, которая не имеет пока тенденции к успешному решению. В России, по официальным данным Минздравсоцразвития, зарегистрированы более 2 млн. больных ХОБЛ. Ведущей причиной летальности больных с ХОБЛ среднетяжелого течения является не дыхательная недостаточность, как традиционно принято считать, а сердечно-сосудистые заболевания – ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН). В клинической практике весьма распространена коморбидность ХОБЛ с артериальной гипертензией (АГ). АГ является причиной цереброваскулярного заболевания - гипертензивной энцефалопатии. ХОБЛ, сочетаясь с АГ, при наличии известных факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, ожирение), приводит к выраженным нарушениям нейродинамики и