

Ашералиев М.Е., Молдогазиева А.С., Борякин Ю.В., Джанузаква Н.Э., Маймерова Г.Ш.

**БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ: ОЦЕНКА МЕНЕДЖМЕНТА НА ОСНОВЕ
СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

M.E. Asheraliev, A.S. Moldogazieva, Yu.V. Boryakin, N.E. Zhanuzakova, G.Sh. Maimerova

**BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN: MANAGEMENT ESTIMATION ON THE
BASIS OF MODERN CLINICAL RECOMMENDATIONS**

УДК:616-053.3:3-084

В статье приведены результаты анкетирования 52 медицинских работников, оказывающих специализированную помощь детям с бронхиальной астмой, до и после краткосрочного обучения основам менеджмента БА у детей. Применение пикфлоуметрии для диагностики и лечения БА у детей используется в 53,8-65,4% случаев. В качестве препаратов для купирования приступа БА наиболее часто используются салбутамол в комбинации с пероральным преднизолоном. В качестве препаратов контроля течения БА чаще применяется комбинация салбутамола и беклометазона, в то время, как применение серетиды уменьшается. Мониторинг показателей ПСВ и определения потребности в бронхолитиках как объективный критерий эффективности течения БА стал использоваться чаще (до 38,6%), но пока не стал стандартной процедурой.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, медицинское образование.

In article results of questioning of 52 medical workers rendering the specialized aid to children with bronchial asthma (BA), before and after short-term training to bases of B.A management in children, are resulted. Administration of peakflowmetry for BA diagnostics and treatment in children is used in 53,8-65,4% of cases. As preparations for cupping of B A attack salbutamol in a combination with oral prednisolon is most often used. As preparations of the control of BA course BA the combination of salbutamol with beclometoson is most often used while administration of seretid is decreased. Monitoring of PEF indicators and definition of requirement in broncholytics as objective criterion of efficiency of B A course began to be used more often (up to 38,6%), but yet it did not become standard procedure.

Key words: bronchial asthma, children, medical education.

Современные эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте распространенности аллергических заболеваний (АБ) во всем мире. Особенно наглядным является значительный рост распространенности АБ у детей [1]. На сегодняшний день наиболее распространенными АБ у детей являются бронхиальная астма (БА), аллергический ринит, аллергический дерматит. В Российской Федерации количество больных с впервые установленным диагнозом БА за период с 2000 по 2002 г. увеличилось на 1,2% [1].

Аналогичные научные исследования, проведенные в Кыргызской Республике, подтверждают эту тенденцию [4, 7].

В настоящее время разработаны современные схемы диагностики и лечения БА, основу которых составляет достижение и постоянная оценка контроля над заболеванием, а также применение в составе базисной терапии ингаляционных кортикостероидов (ИКС) и их комбинаций с р₂-агонистами длительного действия [2]. С учетом рекомендаций

Всемирной Организации Здравоохранения (WHO) и Глобальной Инициативы по Борьбе с Астмой (GINA) в Кыргызской Республике разработаны клинические руководства и протоколы [5, 6], внедрение которых позволяет снизить риск поздней диагностики и осложненного течения БА у детей. Одним из методов такого внедрения стало краткосрочное обучение медицинских работников актуальным методам диагностики и лечения БА [3].

Цель работы. Оценка информированности медицинских работников о диагностике, лечении и профилактике тяжелого течения БА у детей.

Материалы и методы исследования

Проведено анкетирование 52 участников конференции «Актуальные проблемы аллергологии», врачей различных специальностей, оказывающих медицинскую помощь детям, больным БА. Анкета включала вопросы общего характера (место работы, специальность) и вопросы по менеджменту БА у детей согласно соответствующим клиническим рекомендациям и протоколам Кыргызской Республики [5, 6]. Заполнение анкет участниками конференции проводилось до и после краткосрочного обучения основам менеджмента БА у детей.

Результаты и обсуждение

По результатам анкетирования, основную массу участников конференции составили врачи центров семейной медицины - 41 из 52 (78,8%), представлены были также врачи стационаров (9) и других учреждений здравоохранения (2).

Педиатров среди анкетированных оказалось 39 (74,4%), педиатров из групп семейных врачей 4 (7,7%), семейных врачей 2 (5,0%), врачей общей практики и хирургов - по одному (2,6%), врачей других специальностей 4 (7,7%).

Диагностика БА у детей оценивалась в динамике. Диагноз БА в течение последнего года врачебной практики выставлялся 35 анкетированными (67,3%).

Как явствует из данных таблицы 1, процент использования пикфлоуметрии остается достаточно низким, что, возможно, связано с дефицитом времени и отсутствием осознанного отношения к данной процедуре.

Таблица 1

Использование пикфлоуметрии для диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей

До краткосрочного обучения		После краткосрочного обучения	
Отвечали	Не отвечали	Отвечали	Не отвечали
34 65,4%	- 1 -	28 53,8%	1 2,6%

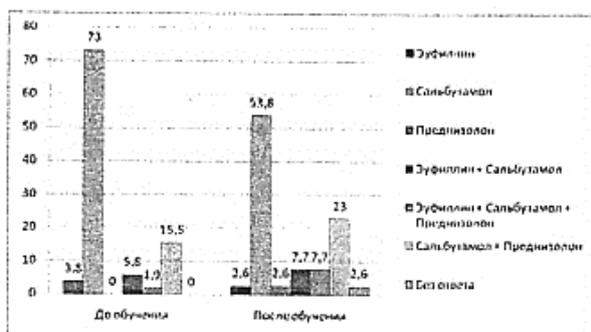
Среди медикаментозных средств, используемых для купирования приступа БА у детей анкетированные медицинские работники указали эуфиллин, салбутамол, преднизолон, а также различные комбинации указанных препаратов (рисунок 1).

Наиболее часто как средство купирования приступа БА у детей использовался салбутамол (73,0%), однако после проведения краткосрочного обучения его применение как средства монотерапии уменьшилось в 1,4 раза (до 53,8%), чаще стала использоваться комбинация салбутамола с преднизолоном (с уровня 15,5 до 23,0%).

В современных условиях для купирования приступа БА у детей редко используется только эуфиллин (3,8-2,6%), в комбинации с другими препаратами его назначение после обучения несколькоросло: в комбинации с салбутамолом с 5,8 до 7,7%, в комбинации с салбутамолом и преднизолоном - с 1,9 до 7,7%.

Рис.1

Медикаментозные средства, используемые для купирования приступа бронхиальной астмы у детей (%)



Обращает на себя внимание также факт более частого применения глюкокортикоидов после обучения: преднизолон стал компонентом комплексной терапии в 30,7% случаев (до обучения - в 17,4%).

Для контроля течения БА анкетированные медицинские работники применяли пероральные глюкокортикостероиды: (ПГКС) - преднизолон, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) - беклометазон, короткодействующие р₂-агонисты - салбутамол, комбинированные препараты - серетид (сальметерол / флутиказонапропионат), беродуал (ипратропиума бромид / фенотерол), а также различные комбинации этих препаратов (таблица 2).

Таблица 2

Медикаментозные средства, используемые для контроля течения бронхиальной астмы у детей (%)

Медикаментозные средства	До обучения (%)	После обучения (%)
ПГКС	2,6	5,8
Беродуал	-	15,5
ИГКС	12,8	15,5
Салбутамол	28,1	17,2
Серетид	20,5	9,6
ПГКС + Салбутамол	2,6	-
Беродуал + Салбутамол	2,6	3,8

ИГКС + Салбутамол	7,7	13,5
Беродуал + Серетид	2,6	3,8
ИГКС + Серетид	10,3	1,9
ИГКС + Салбутамол + Серетид	5,1	3,8
Салбутамол + Серетид	-	1,9
Без ответа	5,1	5,3

Наиболее часто используемым препаратом для контроля течения БА оказался салбутамол, однако использование его в качестве монотерапии после обучения снизилось почти вдвое - с 28,1 до 17,2%. После проведенного тренинга этот препарат стал чаще использоваться в сочетании ИГКС - с 7,7 до 13,5%. Одновременно после обучения регистрируется снижение использования в качестве средства контроля течения БА серетида - как в качестве монотерапии (с 20,5 до 9,6%), так и в комплексе с другими препаратами (в общей сумме с 18,0 до 11,4%), что, видимо, связано с доступностью ИГКС (беклометазона), поставляемого по программе государственных гарантий и противопоказанием для использования серетида детям до 4 лет.

В качестве объективных критериев контроля эффективности лечения БА анкетированные врачи указывали улучшение самочувствия, отсутствие одышки, мониторинг показателей пиковой скорости выдоха (ПСВ) и определения потребности в бронхолитиках, отсутствие кашля, а также различные сочетания этих признаков (таблица 3).

Таблица 3

Критерии контроля эффективности лечения БА у детей (%)

Критерии	До обучения (%)	После обучения (%)
Улучшение самочувствия (1)	13,5	5,1
Отсутствие одышки (2)	19,2	10,3
Мониторинг показателей ПСВ и определения потребности в бронхолитиках (3)	21,2	33,3
Отсутствие кашля (4)	-	г
1 + 2	25,0	12,8
1 + 3	1,9	2,6
1 + 2 + 3	3,8	10,3
1 + 2 + 3 + 4	-	2,6
2 + 3	3,8	12,8
2 + 4	1,9	5,1
1 + 2 + 4	7,7	5,1
Без ответа	1,9	-

Как положительный результат тренинга можно расценивать снижение использования в качестве объективных критериев такие признаки как хорошее самочувствие (с 13,5 до 5,1%) и отсутствие одышки (с 19,2 до 10,3%), и более частое применение мониторинга показателей ПСВ и определения потребности в бронхолитиках (с 25 до 33,3%), а также включение этого критерия в комплексную оценку эффективности лечения БА (с 7,6 до 28,3%).

Таким образом, проведенное исследование определяет ряд положительных моментов в применении рекомендуемого национальными

клиническими руководствами и протоколами менеджмента БА у детей, одновременно выявляя отклонения, требующие коррекции.

Выводы

1. Проведение краткосрочных курсов обучения позволяет улучшить информированность врачей первичного и вторичного уровней здравоохранения по основам менеджмента БА у детей.

2. Применение пикфлоуметрии для диагностики и лечения БА у детей, несмотря на внедрение клинических руководств и протоколов, пока не стало стандартной процедурой и используется в 53,8-65,4% случаев.

3. В качестве препаратов, наиболее часто используемых для купирования приступа БА, стала использоваться комбинация короткодействующего р₂-агониста (сальбутамола) и глюкокортикостероида (преднизолон).

4. В качестве препаратов контроля течения БА стала применяться комбинация короткодействующего р₂-агониста (сальбутамола) и ИГКС (беклометазон), в то время, как применение серетиды снизилось.

5. Применение мониторинга показателей ПСВ и определения потребности в бронхолитиках в качестве объективных критериев эффективности течения БА стало использоваться чаще (до 38,6%), но пока также не стало стандартной процедурой.

Литература:

1. Аллергия у детей: от теории - к практике: [монография] / под ред. Л.С.Намазовой-Барановой. - М.: Союз педиатров России, 2010-2011. - 668 с. - (Серия «Современная педиатрия: от теории - к практике» / Союз педиатров России, Научн.Центр здоровья детей).
2. Бронхиальная астма: в стремлении к полному контролю. Материалы национального астма-конгресса врачей Украины. - ЗдоровьяУкраины, № 2/1, 2009, с. 3-4.
3. Бримкулов Н.Н., Винников Д.В., Рыжкова Е.В. - Ведение больных астмой на первичном уровне здравоохранения: влияние образовательной программы для врачей.-Пульмонология: научно-практический журнал, №5. - Реферирована. - ISSN 0869-0189.
4. Джанузакова Н.Э., Молдогазиева А.С., Иманалиева Ч.А., Борякин Ю.В., Вычигжанина Н.В. – Аллергические заболевания у детей и климатические факторы. - Здоровье матери и ребенка. - 2009, том 1, приложение 1, с. 103- 105.
5. Клинический протокол «Бронхиальная астма у детей» для первичного уровня здравоохранения (утвержден приказом МЗ КР № 189, 2013).
6. Клинический протокол «Бронхиальная астма у детей» для вторичного уровня здравоохранения (утвержден приказом МЗ КР № 189, 2013).
7. Молдогазиева А.С.,Нажимидинова Г.Т., Боронбаева Э.К., Маймерова Г.Ш. - Преваленс аллергических заболеваний у детей по критериям ISAAC.- Гигиена, эпидемиология и иммунология, 2004, № 1-2, с. 142-144.

Рецензент: к.м.н., доцент Наричына Л.М.