

ное, пальмовое, *Mortierella alpina*), эфир лимонной кислоты и моно- и диглицеридов жирных кислот в качестве эмульгатора, минеральные вещества, рыбий жир, хитин, витаминный комплекс, таурин, инозит, микроэлементы, L - карнитин, нуклеотиды, определяющие качество ее пищевой ценности.

Специальная детская сухая смесь Нутрилон Пепти Гастро, предназначена для детей с рождения до 12 месяцев с синдромом нарушенного всасывания. Сухая смесь на основе полностью гидролизованных белков молочной сыворотки со среднецепочечными триглицеридами и нуклеотидами. Смесь Нутрилон Пепти Гастро разработана для детей страдающих симптомами нарушенного всасывания различного происхождения: после операций на желудке или кишечнике, нарушение всасывания жиров (в. т. ч при муковисцидозе), синдроме короткой кишки, воспалительных заболеваниях кишечника (не специфический язвенный колит и болезнь Крона), множественный пищевой непереносимости, а также при глубокой недоношенности.

Благодаря глубокой степени гидролиза белка имеющий высокую усвояемость смесь Нутрилон Пепти Гастро легко всасывается в кишечнике и не вызывает аллергической реакции. В состав смеси Нутрилон Пепти Гастро входят специальные жирные кислоты: Арахидоновая (ARA), Докозагексаеновая (DHA), способствующие правильному развитию мозга и органов зрения, а также нуклеотиды, нормализующие барьерную функцию кишечника и улучшающие пищеварение.

Нами рекомендуется смесь Нутрилон Пепти Гастро с лечебной целью не только детям в возрасте с рождения и до 12 месяцев, но и на период лечения и реабилитации в более старшем возрасте, если у них имеется отставание в физическом, двигательном развитии. Если массовые показатели ниже нормальных диапазонов и при выявлении копрологических синдромов, а также при обнаружении погрешностей во вскармливании.

На проводимых в рамках «Маминой школы» занятиях нами практикуется мониторинг практических навыков и умений мам по приготовлению смеси. Практика показывает, что с каждой мамой индивидуально необходимо отработать навыки приготовления смеси: Для получения 100 мл восстановленной смеси 3 мерные ложки порошка разводятся в 90 мл кипяченой воды с температурой 37°C. Одна мерная ложка содержит 4,3 г сухой смеси. Бутылочку и соску необходимо простерилизовать. Охладить кипяченую воду до 40°C. В соответствии с таблицей кормления отмерить точное количество воды в бутылочке. Добавить имеющейся в каждой банке мерной ложкой точное количество мерных ложек смеси без горки в воду. Добавление большего или меньшего количества смеси, чем указано в инструкции, может нанести вред здоровью ребенка. Закройте бутылочку и хорошо взболтайте в течение 10 секунд до полного растворения порошка. Проверьте температуру готовой смеси на внутренней стороне запястья. (37°C). 100 мл смеси Нутрилон Пепти Гастро = 90 мл воды + 3 мерных ложки сухой смеси - 66 ккал. 1 мерная ложка = 4.3 г сухой смеси.

Важно: Готовить питание непосредственно перед употреблением. Не использовать остатки питания для последующего кормления. Не подогревать смесь в СВЧ-печке (микроволновке), во избежание образования горячих комков смеси. Никогда не добавлять лишнего порошка или чтобы то ни было в приготовленную смесь. Вскрытую банку хранить плотно закрытой крышкой в прохладном и сухом месте, но не в холодильнике. Использовать содержимое открытой банки в течение трех недель. Закрытую банку хранить при температуре от 0 до 25 градусов и относительной влажности не более 75 процентов. Срок годности указан на дне банки. При покупке обратить внимание на температурные условия хранения продукта не только в торговом зале, но и в складских помещениях, где смесь может перегреваться (летом жара, зимой - близость отопительных элементов).

Литература

1. Хавкин А.И., Гуреев А.Н. Функциональные расстройства моторной деятельности верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей. Москва, 2012, 84 с.
2. Рустамов М.Р., Абдусаломов А.А., Клеблеева Г.Д., Эгамкулов З.Т., Хусанов Б.Н., Урунова М.А. Пробиотики и пребиотики, их значение с позиций теории изолированных пространств // Вестник врача, 2013, № 1, с. 16-19.

*Рустамов М.Р.,
Клеблеева Г.Д.,
Абдусаломов А.А.*

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ)**
Самаркандский медицинский

Популяция пациентов, страдающих БА, представлена в основном лицами трудоспособного возраста, но не менее серьезную проблему представляет БА в детском и подростковом возрасте. В связи с этим напрашивается вопрос об оценке качества жизни родителей детей, больных БА.

БА - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с прогрессирующим течением. Отмечается рост числа больных с неконтролируемым течением заболевания. Частые обострения БА сопоставлены с (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

связаны со снижением качества жизни пациентов,

повышением затрат на врачебные манипуляции, включая вызовы скорой помощи и стационарное лечение, а также ростом непрямых затрат на оплату листов нетрудоспособности и прогулы на работе в связи с уходом за больным БА ребенком.

Основной целью лечения астмы, пропагандируемой Глобальной стратегией по астме (GINA), является достижение и поддержание оптимального контроля. Понятие «контроль БА» включает в себя не только

отсутствие клинических проявлений (симптомов, потребности в «спасательной» терапии, снижения функции легких), но также и предотвращение отдаленных рисков для пациента, таких как обострение и побочные эффекты терапии. Современные руководства по лечению БА утверждают, что большинство пациентов, страдающих БА, могут достигать полного контроля астмы и вести нормальный образ жизни, который не ограничивают ни симптомы БА, ни побочные эффекты терапии.

Но достичь контроля удается далеко не у всех. По данным мультицентрового исследования NHWS (the National Health and Wellness Survey), проведенного в Европе в 2007 г, в среднем 57% больных, получавших лечение, не контролируются: в Германии - 67%, в Италии - 67%, в Великобритании - 51%, во Франции - 50%, в Испании - 47%.

Проведенная в 2006 г. Российская многоцентровая программа «БАЗИС» также продемонстрировала неутешительные результаты. Установлено, что 43% включенных в исследование пациентов не получали базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами (ИП<С).

Трудность назначения терапии в соответствии с результатами периодической оценки контроля астмы состоит в том, что у пациентов, врачей и в государственных структурах, осуществляющих организацию и контроль работы учреждений здравоохранения, имеются различные представления о том, что означает контроль астмы. Поэтому сохраняется необходимость поиска наилучшего способа оценки контроля астмы, с целью определения лечебных стратегий, гарантированно способствующих достижению и поддержанию этого контроля.

На современном этапе актуально изучение информативности, клинической значимости и взаимосвязи современных способов оценки состояния больных БА и создание оптимального алгоритма оценки контроля БА на основе объективных и субъективных методов.

Пациентов, страдающих БА, не имеющих контроля БА значительно больше, чем регистрируется. Причины отсутствия контроля БА у больных изучены не в полной мере, одна из этих причин - поздняя постановка правильного диагноза.

Для оценки уровня контроля БА у пациентов целесообразна оценка с помощью субъективных методов: сбор анамнеза, заполнение опросников и объективных - функциональных тестов: пиковая скорость выдоха и функция внешнего дыхания (ПСВ, ФВД), лабораторных исследований (определение содержания эозинофилов в мокроте, эозинофильного катионного протеина (ЭКП) в сыворотке крови, содержание эозинофилов в периферической крови). Перспективным является создание алгоритма оптимальной оценки контроля БА. Корреляционный анализ информативности и клинической значимости методов оценки контроля БА, основанных на объективных и субъективных данных - шаг на этом пути. Особые трудности возникают на этом пути в связи с ведением детей с БА.

Эозинофилия периферической крови не является диагностически значимым критерием оценки контроля БА как у взрослых, так и еще в большей степени - у детей. Оптимальным является алгоритм оценки контроля бронхиальной астмы с использованием соче-

<Doll(tor axdorotnomasi, Samarqatuf

тания клинических, лабораторных и функциональных методов и оценка их взаимосвязи между собой, информативности на различных стадиях заболевания и значимости для каждого больного БА. Необходима

разработка алгоритма индивидуальной оценки контроля БА, что позволяет осуществлять поиск возможных причин утраты контроля БА и принимать решение о коррекции объема базисной прстивоастматической терапии.

Основные причины отсутствия контроля БА: поздняя постановка правильного диагноза, длительное предшествующее лечение, в том числе антибиотиками, по поводу неправильно установленного диагноза, неадекватность базисной терапии (недостаточный объем, неправильное выполнение техники ингаляций, несоблюдение режима лечения, игнорирование рекомендаций врачей) и наличие сопутствующих заболеваний, течение которых негативно сказывается на состоянии больного.

При проведении корреляционного анализа методов оценки контроля БА, была подтверждена практическая ценность методов, основанных на объективных данных по сравнению с субъективными данными.

Адекватный режим терапии, подобранный в соответствии со степенью тяжести заболевания, позволяет достичь контроля БА в абсолютном большинстве случаев (до 95%) независимо от выбора средств фармако-терапии.

Субъективные данные, получаемые при сборе анамнеза: длительность заболевания, причины обострений, частота обострений, частота обращений к врачу. Анализ жалоб: наличие затрудненного дыхания, удушья, свистящего дыхания, кашля, мокроты (количество, цвет). Используемая терапия (дозы, кратность, длительность приема каждого средства). Сбор апамнеза и физикальный осмотр на наличие сопутствующей патологии (сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, мочеполовая система, эндокринная система). Заполнение опросников: АСТ, AQLQ. Опросник АСТ (Asthma Control Test) является краткой и доступной анкетой, содержит 5 вопросов с 5-балльной оценкой ответов. Сумма 25 баллов означают полный контроль БА, 20-24 - неполный контроль, 19 баллов и меньше - указывает на отсутствие контроля. С помощью АСТ оценивали уровень контроля БА за последние 4 недели.

Опросник по качеству жизни «Asthma Quality of Life Questionnaire» (AQLQ) относится к разряду специальных инструментов для оценки качества жизни (КЖ) исключительно больных БА, содержит 32 вопроса, сгруппированных в 4 блока, затрагивающих наиболее значимые для больных БА области жизни (симптомы, ограничение активности, эмоциональная сфера, влияние окружающей среды).

Объективные методы оценки контроля. Функциональные тесты. Функция внешнего дыхания - используют спирометрию; измеряют показатели кривой «поток-объем». Учитывают: объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), индекс Тиффно, скорость экспираторного потока воздуха по бронхам крупного, среднего, мелкого калибра. Для самоконтроля пациенты используют пикфлоуметр. Многие из этих критериев неприемлемы в детском возрасте или, не во всяком детском возрасте приемлемы.

Лабораторные исследования. Индуцированная мокрота: индуцированную мокроту получают по общепринятой методике проведения данной процедуры у больных БА. Процедуры безопасности включают: перед индукцией мокроты проводится премедикация сальбутамолом 200 мкг. Через 15-20 мин после премедикации проводится ингаляция раствора NaCl. В ходе индукции используются концентрации, начиная с 3% и последовательно увеличивающиеся до 4% и 5% NaCl. Ингаляции проводятся с помощью ультразвукового небулайзера с мощностью распыления от 0.25 мл/мин, средним размером распыляемых частиц менее 5 мкм. Продолжительность ингаляции каждой концентрации составляет не менее 7 мин. Ингаляция прекращается лишь в случае, когда появляется кашель, либо когда пациент чувствует вез, что готов к получению образца мокроты. Образцы мокроты собираются в стерильные контейнеры и отправляются в клиническую лабораторию, где по стандартной методике приготавливают мазок и проводят подсчет клеток методом световой микроскопии.

- Эозинофильный катионный протеин.
- Для определения содержания эозинофилов в периферической крови используется клинический анализ капиллярной крови.
- Сбор аллергологического анамнеза. Кожное аллергологическое тестирование проводится с помощью скарификационных тестов со стандартными наборами бытовых, эпидермальных и пыльцевых аллергенов.

Причины отсутствия контроля БА: отсутствие базисной терапии - 30%, недостаточный объем терапии - 70%, неправильная техника ингаляций - 25%, несоблюдение режима терапии (для детей - невыполнение рекомендаций, или их полное игнорирование) - 30%, наличие сопутствующей патологии и побочное влияние препаратов, используемых для ее коррекции (патология сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, эндокринная патология, аллергопатология и др.).

На каждом визите для субъективной оценки контроля БА используется опросник АСТ. На фоне терапии у большинства пациентов симптомы регрессируют уже к визиту 2 (30-й день терапии). К моменту последнего визита большинство пациентов достигает полного контроля по АСТ и набирает 25 баллов. Нельзя полагаться полностью только на результаты анкеты АСТ, т.к. они являются достаточно субъективными в оценке контроля БА и зависят от множества факторов, в том числе, не имеющих отношения собственно к БА. Анкету АСТ можно рассматривать как дополнительный инструмент для оценки контроля БА, не исключающий использование объективных методов обследования.

Для оценки качества жизни используют опросник AQLQ, его заполняют пациенты на каждом визите, кроме визита I (через 14 дней). У всех пациентов в дебюте бывает низкий или средний уровень качества жизни. На фоне подобранной терапии у всех пациентов уровень жизни возрастает в среднем с 2,5 до 3,9 баллов, выраженная положительная динамика отмечается уже через 30 дней терапии.

Помимо опросников для субъективной оценки контроля БА на каждом визите больные опрашиваются врачом на наличие дневных и ночных симптомов, таких как кашель, одышка, свистящее дыхание, за-

<Dofyor аҳбогототал, Самарқанд

трудненное дыхание, ограничение дневной активности, переносимость физических нагрузок, ночные приступы. К визиту 2, т.е. через 30 дней после назначения терапии, 70% пациентов не предъявляют выше перечисленных

жалоб.

Всем пациентам на каждом визите проводится аускультация легких в соответствии со всеми правилами пропедевтики. В дебюте лечения у всех пациентов выслушиваются патологические изменения в легких. На фоне терапии у 50% пациентов уже на визите 2 (30-й день терапии) выслушивается везикулярное дыхание без хрипов. К концу терапии у 85% пациентов хрипы не выслушиваются, у 10% выслушиваются единичные хрипы на форсированном выдохе, и у 5% выслушиваются единичные хрипы в нижних отделах легких.

Очень важную роль в улучшении контроля БА играет повышение организованности пациента (для детей - их родителей) и усиление врачебного контроля над выполнением назначений. Требуется ежедневный самоконтроль, включающий в себя регулярный прием препарата, мониторинг пикфлоуметрии и фиксация этих данных в специальных дневниках самоконтроля, которые проверялись врачом на каждом визите. Все эти процедуры очень дисциплинируют пациентов, что в свою очередь тоже приводит к улучшению контроля БА.

Мониторинг пикфлоуметрии проводится самостоятельно пациентами в домашних условиях, предварительно проводится инструктаж на вводном визите. В ходе исследования на фоне терапии большинство пациентов отмечает улучшение утренних и среднесуточных показателей пикфлоуметрии.

На каждом визите для объективной оценки контроля БА у взрослых проводится спирометрия для изучения ФВД, где измеряются показатели кривой «поток - объем».

Важно, что период времени угнетения различных признаков астмы варьирует, и краткосрочные изменения в симптомах могут слабо коррелировать с долгосрочными изменениями, связанными с респираторным воспалением и ремоделированием, особенно это касается детей.

Подавление симптомов и нормализация функциональных показателей происходит через месяц адекватной терапии, в то время как воспаление бронхов продолжает сохраняться на фоне лечения на протяжении многих месяцев, что служит поводом для длительной, иногда не совсем обоснованной антибиотикотерапии.

Проводится цитологическое исследование индуцированной мокроты для оценки воспаления стенки бронхов. Несмотря на нормализацию показателей ФВД и отсутствие жалоб, содержание эозинофилов в мокроте значительно уменьшается только через 6 месяцев терапии.

У пациентов, которым удается индуцировать мокроту, можно наблюдать уменьшение, и даже полное исчезновение, эозинофилов в мокроте на фоне проводимой терапии к визиту 4, т.е. через 6 месяцев терапии.

Эозинофильное воспаление в бронхах, о котором свидетельствует эозинофилия в индуцированной мокроте, разрешается на фоне терапии значительно медленнее по сравнению с регрессом симптомов и норма-

лизацией ФВД. Но не у всех пациентов причиной обострения и отсутствия контроля является эозинофильное воспаление в бронхах. У 10% пациентов в образцах полученной индуцированной мокроты преобладает нейтрофильное воспаление, что свидетельствует об инфекционном генезе обострения и требует назначения антибактериальных препаратов.

Используется еще один маркер эозинофильного воспаления - это эозинофильный катионный протеин (ЭКП), который определяют в сыворотке крови пациентов. На фоне терапии уровень ЭКП приходит в норму только к 3 месяцам терапии. Уровень ЭКП приходит в норму, несмотря на то, что повышенное содержание эозинофилов в мокроте сохраняется. Поэтому определение ЭКП в крови является значимым инструментом для верификации причины обострения, но для полной оценки контроля БА одного его недостаточно.

Проводится также мониторинг эозинофилии периферической крови на фоне терапии. Эозинофилия крови не является клинически значимым маркером для оценки контроля БА, потому что не было получено значительных изменений в количестве эозинофилов в крови на фоне противовоспалительной терапии.

Адекватный режим терапии, подобранный в соответствии со степенью тяжести заболевания и длительный мониторинг, позволяют достичь контроля БА в абсолютном большинстве случаев (до 95%) независимо от выбора средств фармакотерапии.

Пикфлоуметрия является важным и полезным методом оценки контроля БА, который пациент может проводить самостоятельно в домашних условиях.

Разработан алгоритм индивидуальной оценки уровня контроля БА, сочетающий в себе клинические, функциональные и лабораторные методы обследования.

Причинами отсутствия контроля БА является неадекватность базисной терапии (недостаточный объем, неправильное выполнение техники ингаляций, несоблюдение режима лечения) и наличие сопутствующих заболеваний, течение и терапия которых могут негативно сказываться на состоянии больного.

Адекватными методами оценки контроля БА являются объективные методы исследования (физикальный осмотр врача, исследование функции внешнего

(Doctor aхporotnomasi, Samarqanef

дыхания, изучение дневников ежедневной пикфлоуметрии (утро/вечер), определение содержания эозинофилов в мокроте).

Субъективная оценка респондентом своего состояния может зависеть от множества факторов, не связанных собственно с БА, и является вспомогательным способом оценки состояния больного, дополняющим объективные методы обследования.

Уменьшение эозинофилии мокроты и содержание ЭКП в сыворотке крови являются чувствительными маркерами ответа на противовоспалительную терапию и сопряжено с высокой вероятностью достижения контроля БА. Нормализация этих показателей происходит намного позже (через 6 мес.), чем восстановление функциональных показателей дыхания и клинического контроля симптомов БА (в среднем через 1-2 мес регулярной противовоспалительной терапии). Эозинофилия периферической крови не является диагностически значимым критерием оценки контроля БА.

Анализ причин утраты контроля БА в каждом индивидуальном случае, усиление врачебного надзора за выполнением назначений и постоянное мониторирование позволяют избежать назначения чрезмерной фармацевтической нагрузки, минимизировать побочные эффекты терапии, быстрее достичь лучших результатов, оптимизировав затраты на лечение.

Алгоритм индивидуальной оценки контроля БА позволяет осуществлять поиск возможных причин утраты контроля БА и принимать решение о коррекции объема базисной противовоспалительной терапии.

Индивидуальное обучение ребенка, больного БА и его матери в рамках «Маминой школы» приводит к положительным изменениям клиникопсихологического статуса: снижению выраженности клинических проявлений бронхиальной астмы.

Разработка алгоритма индивидуальной оценки уровня контроля БА позволит достичь лучших результатов в терапии и профилактике обострений данного заболевания, тем самым улучшить качество жизни пациентов и сократить затраты системы здравоохранения по мониторингу и лечению данной категории больных.

Литература

- 1/. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Обучение больных бронхиальной астмой. Бронхиальная астма. Под ред. Чучалина А.Г. - М., 1997, 2, с 375-393.
- 1.2. Белевский А.С., Княжеская Н.П., Новиков Ю.К. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы с помощью АСТ-теста. Журнал Атмосфера. Пульмонология и аллергология. №1. 2007, с 11-15.
2. Будневский А.В., Кожевникова С.А., Бурлачук В.Т., Скоков М.В., Трибунцева Л.В. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой // Пульмонология, 2013, № 2, с. 54-58.
3. Варламов П.Н. Гастроэзофагальный рефлюкс при бронхиальной астме. Пульмонология. 2003; 2. с 90-93.
4. Водопьян А.В., Барсукова Л.М., Башкатов А.В. Патологические изменения верхнего отдела пищеварительного тракта у больных бронхиальной астмой. Пробл. туберкулеза. 2002; 2. с 90-93.
5. Вылегжанина Т.Г., Ильина Н.И. Беклазон Эко Легкое Дыхание - «золотой стандарт» базисной терапии бронхиальной астмы. Пульмонология, приложение, 2006, с 23-7.
6. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002 г. М.: Атмосфера, 2002, с 160.
7. Даниляк И.Г. Хронические обструктивные заболевания легких и ишемическая болезнь сердца. Пульмонология. 1992; 2, с 22-23.
8. Емельянов А.В., Федосеев Г.Б., Сергеева Г.Р. и др. Распространенность бронхиальной астмы и аллергического ринита среди взрослого населения Санкт-Петербурга. Аллергология. 2002; 2, с 10-15.
9. Загидуллин Ш.З., Галимова Е.С., Сухонская О.А., Ежова Г.Ю. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы. // Пульмонология, 2013, № 2, с. 49-53.
10. Ильина Е.В., Курбачева О.М., Ильина Н.И. Как объективно оценить степень контроля БА? Российский аллергологический журнал, 2009, №1, выпуск 1, с. 82.
11. Ильина Е.В., Курбачева О.М., Ильина Н.И. Способы оценки контроля бронхиальной астмы. Российский аллергологический журнал, 2009, №2, с. 6-17.
12. Латышева Е.А. Выбор оптимальной гипотензивной терапии у больных с сочетанием гипертонической болезни и хронических обструктивных заболеваний легких (бронхиальная астма, ХОБЛ). Российский аллергологический журнал. 2005; 1, с 80-83.
13. Мещерякова Н.Н. Показатели качества жизни и кооперативности больных бронхиальной астмой при переходе на оптимизированные способы доставки дозированных аэрозолей. Автореф. диссертация кандидата мед. наук. М., 2004.
14. Назарова Е.В., Ильина Н.И. Новая альтернатива в терапии астмы •• фиксированная комбинация беклометазона дипропионата формотерола. Справочник поликлинического врача, 2009, №6, с. 27-30.