

— при декомпенсации ХТ в виде ЧА — жалобы (быстрая утомляемостью, боль в глотке и выделения из лакун НМ, имеющих высокие значения нагрузок переменных (0,682; 0,640; 0,629; 0,415)), местные признаки ХТ (увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов при пальпации (0,759), стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе, 0,619), отечность верхних отделов небных дужек (признак Зака, 0,377)), длительность заболевания более 10 лет (0,829);

— при декомпенсации ХТ в виде ПТА — количество ПТА более двух в анамнезе, количество ПТА — один в анамнезе (имеющие достоверно высокие значения нагрузок переменных — 0,966 и 0,963 соответственно) и местный признак ХТ (сращения и спайки НМ с дужками и треугольной складкой (0,792));

— при декомпенсации ХТ в виде СЗ — жалобы (быстрая утомляемостью, боль в глотке при глотании, боль в сердце (0,686; 0,635; 0,552)), наличие определенных, сопряженных с ХТ заболеваний в анамнезе (0,509), объективные местные признаки ХТ значения не имеют из-за низких значений нагрузок переменных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А. И. Крюков [и др.] // Вестник оториноларингологии. — 2009. — № 5. — С. 4–6.
2. Анализ эффективности консервативного лечения простой формы хронического тонзиллита / А. И. Крюков [и др.] // Вестник оториноларингологии. — 2005. — № 3. — С. 50–51.
3. Арзамасов, С. Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 1. — С. 55–57.
4. Арзамасов, С. Г. Паратонзиллярный абсцесс при безангинной форме хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2013. — № 3. — С. 25–28.
5. Метатонзиллярные осложнения в практике оториноларинголога и кардиолога / А. Ю. Овчинников [и др.] // Consilium Medicum. — 2009. — № 11. — С. 49–53.
6. Оториноларингология / Под ред. И. Б. Солдатов, В. Р. Гофмана. — СПб., 2000. — 472 с.
7. Пальчун, В. Т. Современная оценка очаговой инфекции в оториноларингологии / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров // Материалы IX Всероссийского Конгресса оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии» под редакцией профессора В. Т. Пальчуна, профессора А. И. Крюкова. — М., 2010. — С. 5–15.
8. Плужников, М. С. Ангина и хронический тонзиллит / М. С. Плужников, Г. В. Лавренова, К. А. Никитин. — СПб., 2003. — 151 с.
9. Солдатов, И. Б. Руководство по оториноларингологии / И. Б. Солдатов // Медицина. — 1997. — С. 287–297.
10. Тимошенко, П. А. Принципы лечения хронического тонзиллита на современном этапе / П. А. Тимошенко, А. Ч. Бучель, Г. И. Сермяжко // Актуальные проблемы оториноларингологии: материалы второй Межд. беларуско-польской конф., Гродно, 29–30 мая 2003 г. — Гродно, 2003. — С. 90–93.

Поступила 20.01.2016

УДК 616.248)

ФЕНОТИПЫ И СОСТОЯНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С НЕКОНТРОЛИРУЕМЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Д. Ю. Рузанов¹, Е. И. Давидовская², Т. В. Барановская², Т. Т. Шебушева³,
И. В. Буйневич¹, Л. В. Алешкевич⁴, В. Э. Гавриленко⁵

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

³Гомельская областная туберкулезная клиническая больница

⁴Минская областная клиническая больница

⁵Брестская областная больница

Цель: на основании анализа причин неконтролируемого течения бронхиальной астмы (БА) выявить состояния и фенотипы, влияющие на эффективность терапии.

Материал и методы. Комплексно обследованы 762 пациента обратившихся (направленных) в медицинские учреждения для оказания им специализированной пульмонологической помощи.

Результаты. Определена частота встречаемости различных фенотипов и состояний астмы и степень риска неконтролируемого течения БА.

Заключение. Наиболее высокий риск неконтролируемого течения наблюдается у пациентов с хронически сложной, дистальной и нестабильной БА, при отсутствии комплаенса, при нерациональной терапии, синдроме перекреста астма-ХОБЛ, при декомпенсированной хронической тяжелой патологии и критических ошибках в использовании дозирующих аэрозольных ингаляторов (ДАИ).

Ключевые слова: бронхиальная астма, уровень контроля, фенотип.

PHENOTYPES AND STATES OF UNCONTROLLED BRONCHIAL ASTHMA

D. Yu. Ruzanov¹, E. I. Davidovskaya², T. V. Baranouskaya², T. T. Shebusheva³,
I. V. Buynovich¹, L. V. Aleshkevich⁴, V. E. Gavrilenko⁵

¹Gomel State Medical University

²Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk

³Gomel Regional Clinical Hospital

⁴Minsk Regional Clinical Hospital

⁵Brest Regional Hospital

Aim: analyzing the causes of the uncontrolled course of bronchial asthma (BA) to reveal the states and phenotypes influencing the efficiency of therapy.

Material and methods. 762 patients seeking medical advice or referred for specialized pulmonological aid have been comprehensively examined.

Results. We have defined the prevalence of different phenotypes and states of asthma and the risk for the uncontrolled course of BA.

Conclusion. Patients with chronically severe distal and unstable BA detect the highest risk for the uncontrolled course in the absence of compliance, in irrational therapy, asthma-COPD overlap syndrome, decompensated chronic severe pathology and critical mistakes in the application of dosage aerosol inhalators.

Key words: bronchial asthma, control level, phenotype.

Введение

Понятие уровень контроля над БА впервые начало обсуждаться в Американском и Европейском респираторных обществах 15 лет назад [1]. Именно достижение контроля стало целью менеджмента астмы, а не просто гипотетическое улучшение состояния на фоне терапии. Такая смена стратегии повлияла на результативность лечения не меньше, чем появление 40 лет назад ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) [2]. За последние десять лет доля пациентов с контролируемой астмой в странах Западной Европы увеличилась с 4–9 до 42–55 % [3]. В Республике Беларусь стандартизированных популяционных исследований по исследованию уровня контроля над БА не проводилось. Однако имеющиеся немногочисленные работы свидетельствуют, что в реальной практике удельный вес пациентов с полным контролем бронхиальной астмы остается невысоким [4]. Анализ причин отсутствия контроля над астмой представляет собой актуальную задачу сам по себе, а пациент-ориентированный подход к выбору терапии с учетом таких причин позволит не только положительно повлиять на качество жизни пациентов, но и снизить прямые и непрямые затраты на лечение БА [5].

Астма является гетерогенным заболеванием, что объясняет разнообразие клинических форм, степеней тяжести, ответа на терапию. Последние годы понятие фенотипа астмы активно обсуждается именно клиницистами, поскольку пациент-ориентированная терапия с учетом фенотипа заболевания позволяет добиться контроля у существенно большего количества пациентов. При определении фенотипа учитываются клинические, функциональные и морфологические характеристики, значимые триггеры, ответ на проводимую терапию, сопутствующие респираторные заболевания [6]. Частота встречаемости описанных в последние годы таких фенотипов, как БА с преимущественным поражением дистальных отделов бронхов, нестабильная астма и синдром перекреста астма-ХОБЛ (asthma-COPD overlap syndrome) в Республике Беларусь не исследована.

Цель исследования

На основании анализа причин неконтролируемого течения бронхиальной астмы выявить состояния и фенотипы, влияющие на эффективность терапии.

Материал и методы

В исследование включены пациенты с установленным диагнозом БА, старше 18 лет, ранее получавшие терапию по поводу этого заболевания и давшие согласие на последующую обработку своих персональных данных. У 11 пациентов, первоначально включенных в исследование, диагноз БА был снят и данные случаи не учитывались. В 17,2 % случаев коллегиально скорректирована формулировка диагноза (форма и степень тяжести БА). Полученные анамнестические и клинические данные пациентов с различным уровнем контроля над БА были обработаны с применением методов описательной статистики. В исследовании динамически наблюдались основные группы: пациенты с контролируемой астмой и (или) достигшие контроля над симптомами, по критериям GINA [2], после корректирующих вмешательств, а также пациенты с неконтролируемой БА. Уровни контроля над БА по GINA оценивались по АСТ (неконтролируемая астма ≤ 15) [9]. Шансы достижения контроля над БА в группах сравнения анализировались с применением теста Фишера и оценки отношения шансов (ОШ). При определении приверженности терапии БА кроме вопроса, предусматривающего положительный и отрицательный ответ, пациентам после соответствующих разъяснений предлагалось дать самооценку по визуальной аналоговой десятибалльной шкале, где 0 — «я никогда не принимаю назначенную мне терапию» и 10 — «я регулярно и в полном объеме принимаю назначенную мне терапию». 6 и менее, но больше 3 баллов свидетельствовали о низкой приверженности, 3 и менее — об отсутствии приверженности.

Всего в ходе исследования наблюдались и дополнительно комплексно обследованы 762 пациента с БА, обратившихся за пульмонологической помощью (амбулаторно и (или) стационарно). У 78,5 % пациентов проведена коррекция лечения с последующей оценкой эффективности. Большинство пациентов составили женщины — 510 (66,9 %), средний возраст на момент окончания наблюдения $47,7 \pm 9,8$ года. Длительность заболевания БА (после установления диагноза) — $13,5 \pm 4,9$ года.

Результаты и обсуждение

У 199 (26,1 %) наблюдаемых пациентов астма была контролируема по критериям GINA, у 261 (34,3 %) — частично контролируема. Од-

нако данная цифра не отражает общую эпидемиологическую ситуацию по уровню контроля астмы в Республике Беларусь, поскольку в поле зрения пульмонологов чаще всего попадают пациенты именно с неконтролируемой астмой.

У больных с тяжелым течением БА уровень контроля был значительно ниже, чем у пациентов с легким течением (рисунок 1).

Пациенты со среднетяжелой БА имели в 2,4 раза меньше шансов на хороший контроль над заболеванием по сравнению с легкой БА (ОШ — 2,4 [1,58–3,56]; $p < 0,001$). А у пациентов с тяжелой БА шансы достижения контроля

оказались в 2,9 раза ниже, чем с умеренной БА (ОШ — 2,9[1,92–3,81]; $p < 0,001$) и в 6,3 раза ниже по сравнению с БА легкого течения (ОШ — 6,3 [3,95–10,54]; $p < 0,001$). Обращает на себя внимание, что несмотря на легкое течение астмы только у 40 % таких пациентов отмечен хороший контроль.

В ходе исследования авторы предположили и выявили основные причины (состояния/фенотипы БА, а также сопутствующие заболевания), которые могут повлиять на отсутствие контроля. Всего было выделено двадцать таких причин/состояний (таблица 1).

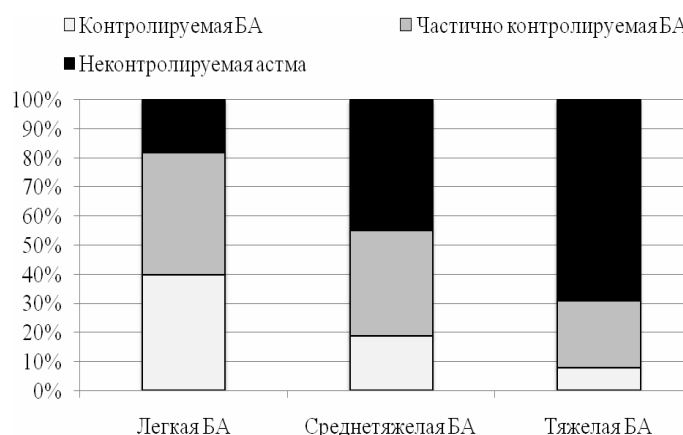


Рисунок 1 — Показатели уровня контроля над БА в зависимости от тяжести течения

Таблица 1 — Причины отсутствия контроля над БА

№	Состояния/фенотипы БА, сопутствующие заболевания/состояния	Доля в неконтролируемой БА (%)
1.	Отсутствие комплаенса (базисная терапия)	20,9
2.	Низкий комплаенс (базисная терапия)	24,5
3.	Нерациональная терапия (назначения)	15,9
4.	Ошибки использования ДИ	41,7
5.	Критические ошибки использования ДИ	6,3
6.	Астма-ХОБЛ (с-м перекреста)	6,0
7.	Дистальная БА	12,6
8.	Нестабильная (brittle) БА	5,6
9.	Хронически сложная БА (в т.ч. гармонозависимая)	6,0
10.	Атопическая БА	8,3
11.	Аллергический ринит в анамнезе	47,0
12.	Аллергический ринит персистирующий	18,8
13.	Адренергический дисбаланс	5,3
14.	Поздний дебют астмы	5,3
15.	Хр. декомпенсированная патология (кроме БОД)	6,0
16.	Хр. сопутствующая патология (кроме БОД)	28,1
17.	ГЭРБ	18,5
18.	Невротические расстройства	5,0
19.	Хронические рецидивирующие инфекции БОД	10,9
20.	Побочные эффекты ИГКС	7,6

В более половины случаев наблюдалось две и более причины отсутствия контроля. В ходе дополнительного обследования выявлена гипердиагностика астмы. Так, у 2 пациентов с

недавно установленным диагнозом БА выявлен центральный рак легкого и аденома бронха. Кроме того, масками БА послужили: инородное тело бронха, трахеобронхиальная дис-

кинезия, случаи сердечной астмы, бронхоолита, респираторного невроза с гипервентиляцией. Как уже упоминалось, эти случаи были исключены из исследования. В 4,9 % случаев не было обнаружено видимых причин неконтролируемого течения заболевания.

Некоторые состояния были дополнительно детализированы. Например, наиболее частая причина отсутствия контроля — недостаточный комплаенс (45,4 %) разделена на «низкий» и «отсутствие». А среди пациентов с аллергическим ринитом или с сопутствующей патологией кроме болезней органов дыхания (БОД) выделены персистирующие/декомпенсированные случаи.

Когда речь идет о нерациональной терапии, имеется в виду то, что в 15,8 % случаев у пациентов с неконтролируемой астмой назначенное лечение не соответствовало национальным протоколам лечения и рекомендациям GINA [2]. У 31,3 % пациентов зафиксировано существенное преимущественное снижение МОС75 и при дальнейшем дополнительном обследовании была выявлена астма с преимущественным поражением дистальных отделов бронхов (дистальная БА) — у 12,9 %. У 7,6 % возникли побочные эффекты при использовании ингаляционных глюкокортико-

стероидов, что потребовало вмешательства в виде временного или стойкого ограничения базисной терапии с использованием ИГКС.

Для определения уровня влияния каждой из причин на течение БА определялся риск отсутствия контроля (по отношению к пациентам с контролируемой астмой). Результаты отражены на гистограмме (рисунок 2).

К причинам неконтролируемого течения ($p < 0,001$, $p < 0,01$) с высоким риском (от 1,0 до 0,5) относятся: хронически сложная астма с постоянной бронхообструкцией, значительно влияющая на качество жизни больного, которому требуется системная терапия кортикостероидами с неполным эффектом; БА с поражением дистальных отделов бронхиального дерева; нестабильная астма (хрупкая или brittle asthma), характеризующаяся значительной вариабельностью ПСВ ($> 40\%$) в течение дня с внезапными острыми приступами; отсутствие комплаенса (3 и менее балла по визуальной шкале); терапия, назначенная с существенными отступлениями от существующих протоколов; синдром перекреста астма-ХОБЛ; декомпенсированная хроническая тяжелая патология; ошибки в использовании ДАИ, затрудняющие попадание аэрозоля в бронхиальное дерево.

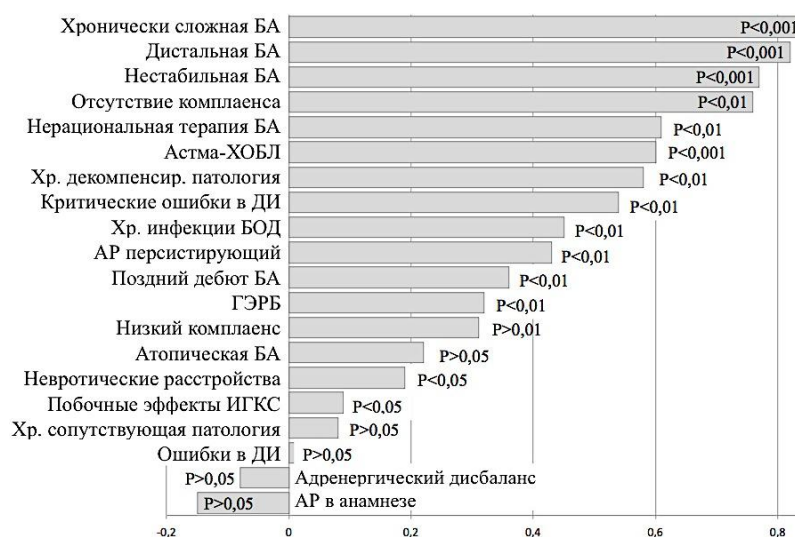


Рисунок 2 — Относительные риски различных причин отсутствия контроля БА

Умеренный риск (от 0,49 до 0,2) и достоверность $p < 0,01$ характерны для хронической персистирующей инфекции органов дыхания; персистирующего аллергического ринита; позднего дебюта БА; гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Отсутствие риска неконтролируемого течения или недостаточная достоверность отмечены для всех остальных причин/состояний. Продолжающаяся работа и увеличение числа наблюдений повысят достоверность полученных данных.

Заключение

Таким образом, в ходе исследования определена степень риска неконтролируемого течения БА при различных фенотипах/состояниях; наиболее высокий риск неконтролируемого течения наблюдается у пациентов с хронически сложной, дистальной и нестабильной БА, при отсутствии комплаенса, нерациональной терапии, синдроме перекреста астма-ХОБЛ, при декомпенсированной хронической тяжелой патологии и критических ошибках в использовании ДАИ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. International ERS/ATS Guidelines on Definition, Evaluation and Treatment of Severe Asthma / K. F. Chang [et al.] // Eur Respir J. — 2014. — Vol. 43. — P. 343–373.
2. Global Initiative for Asthma. Updated May 2014. — <http://www.ginasthma.com/>
3. Overall asthma control: The relationship between current control and future risk / E. D. Bateman [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2010. — Vol. 125 (3). — P. 600–608.
4. Комплексная динамическая оценка качества жизни пациентов с бронхиальной астмой / Д. Ю. Рузанов [et al.] // Медицинская панорама. — 2014. — Vol. 7 (151). — С. 84–86.
5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / год ред. акад. РАМН А. Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2002. — С. 1–160.
6. Clinical management of asthma: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study / K. F. Rabe [et al.] // Eur. Respir. J. — 2000. — Vol. 16. — P. 802–807.
7. The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline defined asthma control: analysis of a multinational cross-sectional survey / M. Thomas // Prim. Care Respir. J. — 2009. — Vol. 18. — P. 41–49.

Поступила 06.05.2016

УДК 616.8.:616.831-005.1

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕХОДЯЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н. В. Галиновская, А. А. Левшенкова, Е. И. Сидоренко, Ю. И. Подольская

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: выявить когнитивные нарушения (КН) у пациентов с транзиторной ишемической атакой (ТИА) и церебральным гипертоническим кризом (ЦГК) и их влияние на прогноз инфаркта мозга (ИМ).

Материал и методы. Обследованы: 21 пациент с ТИА, 13 — с ЦГК, 11 — с лакунарным ИМ и 5 волонтеров. Лицам с ТИА и ЦГК выполнено нейропсихологическое тестирование на 2-е и 10-е сутки; пациентам с ЛИ и волонтерам — однократно.

Результаты. У лиц с ТИА и ЦГК на 2-е сутки были выявлены КН легкой степени, представленные нарушениями зрительного гнозиса, кратковременной зрительной памяти, семантической афазией.

Заключение. КН при ТИА и ЦГК имеют одинаковую направленность с лакунарным инсультом. Наибольшее прогностическое значение в отношении ИМ имеет определение кратковременной памяти на зрительные образы.

Ключевые слова: транзиторная ишемическая атака, церебральный гипертонический криз, когнитивные нарушения, инфаркт мозга.

THE NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH TRANSIENT DISTURBANCES OF CEREBRAL CIRCULATION

N. V. Galinovskaya, A. A. Levshenkova, K. I. Sidorenko, Yu. I. Podolskaya

Gomel State Medical University

Aim: to detect cognitive impairments (CI) in patients with transient ischemic attack (TIA) and cerebral hypertensive crisis (CHC) and their influence on the prognosis of ischemic stroke.

Material and methods. 21 TIA patients, 13 CHC patients, 11 patients with lacunar stroke (LS), and 5 volunteers were examined. The TIA and CHC patients were performed neuropsychological tests on the 2nd and 10th days of admission. The LI patients and volunteers were tested once.

Results. On the 2nd day the TIA and CHC patients revealed cognitive impairments represented by impaired visual gnosis, short-term visual memory loss, and semantic aphasia.

Conclusion. Cognitive impairments in TIA and CHC have the same direction with those in LS. The estimation of short-term memory for visual images has the greatest prognostic value in relation to ischemic stroke.

Key words: transient ischemic attack, cerebral hypertensive crisis, cognitive impairment, ischemic stroke.

Введение

Когнитивными называются функции головного мозга, с помощью которых осуществляется взаимодействие с окружающим миром [1, 2]. К ним относят гнозис, анализ полученных данных, сортировка информации по степени значимости, память, речь, праксис, мышление, интеллект [1–4]. Когнитивные нарушения (КН) — функциональное или органическое снижение вышеуказанных способностей в одной или нескольких модальностях [1]. Функциональные КН представлены снижением кратковременной памяти и внимания; возникают в условиях избыточной

интерференции и не сопровождаются поражением головного мозга [1]. Причины органических КН многообразны, их можно условно разделить на потенциально обратимые и необратимые. К первым относятся КН как проявления нормотензивной гидроцефалии, субдуральной гематомы, инсульта, инфекционных заболеваний, метаболических и токсических повреждений мозга, делирия [1, 4–6]. Необратимые КН возникают при нейродегенеративных заболеваниях, хронической сосудистой патологии головного мозга, новообразованиях, травмах, энцефалитах, демиелинизирующих заболеваниях [1, 4–6]. Неболь-