

Рациональный подход к лечению больных бронхиальной астмой

Л. И. Конопкина

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ул. В. Вернадского, 9, г. Днепр, Украина, 49000; тел. +38 (067) 289-59-77; e-mail: lkonopkina07@mail.ru

В 2016 г. Европейский документ GINA, основной документ по ведению больных бронхиальной астмой (БА), был дополнен новым разделом «Ведение больных в социально развивающихся странах». И это не случайно: еще совсем недавно, в 2015 г. в мире было продано 10 тыс. упаковок «таблеток от астмы» на основе хвойника эфедры; и даже в 2016 г. в мире все еще не выходит из моды гомеопатия – настойку токсичной лобелии и «сигареты для астматиков» из лобелии множество пациентов считают панацеей от БА.

В GINA 2016 четко регламентируются долгосрочные цели менеджмента при БА:

- достижение хорошего контроля над симптомами заболевания и функций внешнего дыхания (ФВД);
- минимизация будущих рисков обострений БА;
- минимизация побочных эффектов лечения больных БА.

Ведение же больных, согласно этому документу, должно быть основано на оценке степени контроля и осуществляться в соответствии с непрерывным циклом:

- 1) оценка объективного статуса;
- 2) лечение;
- 3) пересмотр контроля;
- 4) оценка будущих рисков обострений и побочных эффектов.

Таким образом, шаг 1 в ведении больных предполагает оценить диагноз, контроль симптомов и факторы риска (включая ФВД), технику ингаляции и приверженность к терапии, предпочтения пациента; шаг 2 предполагает лечить, стремясь достичь контроля (учитывается медикаментозное лечение, нефармакологические стратегии; влияние на факторы риска); шаг 3 – оценить ответ и степень контроля симптомов заболевания, обострений, побочные эффекты лекарственных препаратов, а также комплаенс больных и их ФВД.

В GINA 2016 появились новые положения:

1) тиотропия бромид у подростков: в лечебной программе на шаге 4 – добавление тиотропия бромида пациентам старше 12 лет при наличии у них частых обострений БА;

2) анти-интерлейкин-5-(ИЛ-5)-терапия у подростков: на шаге 5 – добавление меполизумаба (моноклональные антитела к ИЛ-5) пациентам старше 12 лет при наличии у них тяжелой эозинофильной БА;

3) флутиказона фуоат: добавлен как один из ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) для лечения взрослых с БА (низкая доза – 100 мкг, высокая доза – 200 мкг);

4) флутиказона фуоат/вилантерол: добавлен к перечню комбинаций ИГКС/ β -агонисты длительного действия (БАДД) на шаге 3;

5) терапия step-down: после достижения хорошего контроля рекомендуется снижение дозы ИГКС на 25–50 % с 3-месячным интервалом (уровень доказательности А);

6) первичная профилактика БА: во время беременности – избегать особо значимого увеличения массы тела (рекомендуется диетическое питание, не исключая употребления молока и арахиса);

7) первичная профилактика БА: доказано, что сырость и плесень являются факторами риска развития БА (устранение их уменьшает симптомы и медикацию; уровень доказательности А);

8) новый раздел – лечение БА в социально развивающихся странах: отдается предпочтение ИГКС (при этом рекомендуется обеспечить больных пикфлоуметрами и пульсоксиметрами);

9) одинаковая эффективность: доза флутиказона фуоата/вилантерола 100/25 мкг 1 раз в сутки соответствует дозе флутиказона пропионата/сальметерола 250/25 мкг 2 раза в сутки.

Несмотря на появление в последние годы на фармацевтическом рынке новых лекарственных препаратов для лечения БА, результаты крупных рандомизированных исследований демонстрируют, что комбинация флутиказона пропионат/сальметерол и на сегодняшний день является одной из наиболее эффективных. Наиболее высокая эффективность комбинации доказана у больных со среднетяжелым и тяжелым течением БА.

Нашими отечественными учеными Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшиной, Т. А. Перцевой, М. А. Полянской и Т. В. Киреевой (ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины») также было проведено исследование по изучению особенностей применения препарата Аиртек (флутиказона пропионат/сальметерол) под названием «Возможности базисной ингаляционной терапии у больных БА». Целью исследования

было оценить клиническую эффективность и безопасность применения комбинированного препарата Аиртек у больных с персистирующей неадекватно контролируемой БА.

Критериями включения больных в исследование были: мужчины и женщины старше 18 лет с легкой и среднетяжелой персистирующей БА; уровень объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) – более 60 % должной величины, обратимость бронхообструкции в пробе с 400 мкг салбутамола – более 12 % и 200 мл; частичный контроль/отсутствие контроля БА (по АСТ – менее 20 баллов), АСQ – более 1,5; относительно предыдущей базисной терапии – больные могли быть стероид-наивными, принимать низкие/средние дозы ИГКС в монотерапии или низкие дозы ИГКС/БАДД. Критериями исключения были: тяжелая неконтролируемая БА; жизнеугрожающая БА; другие клинически значимые заболевания легких; недавние (в течение последних 3 мес) среднетяжелые и тяжелые обострения БА; тяжелая сопутствующая патология.

В исследование были включены 80 больных (мужчин – 32) в возрасте от 20 до 75 лет с длительностью БА от 6 мес до 23 лет; ОФВ₁ составил $74,1 \pm 10,1$ % от должной величины (от 55 до 85 % от должного); обратимость ОФВ₁ – $24,5 \pm 9,6$ %. К моменту включения в исследование 20 % больных не принимали ИГКС в течение минимум 3 мес, из них 10 больных были стероид-наивными. В зависимости от исходной дозы ИГКС больные были распределены в 2 группы: группе А был назначен Аиртек в дозе 125/25 мкг, группе В – в дозе 250/25 мкг (по 2 ингаляционных дозы 2 раза в день); продолжительность терапии составила 8 нед.

По степени выраженности симптомов БА, показателям ФВД, частоте обострений группы были идентичными.

Результаты показали, что в начале исследования у всех больных заболевание не было адекватно контролируемым. По окончании исследования хорошего контроля БА достигли 66 (82,5 %) больных – 34 из группы А и 32 из группы В. Количество баллов по АСТ при этом увеличилось на 7,9 – с $14,9 \pm 3,7$ до $22,8 \pm 4,5$; количество баллов по АСQ уменьшилось с $4,7 \pm 1,9$ до $1,1 \pm 0,7$. Согласно дневникам самонаблюдения, через 4 нед лечения отмечалось достоверное уменьшение выраженности кашля и суточное количество доз салбутамола, а через 8 нед – уменьшение совокупности ночных и дневных симптомов. Отмечалось также увеличение количества суток, свободных от приема салбутамола (на $28,7 \pm 2,77$ %, $p < 0,05$), и суток, свободных от симптомов (на $22,6 \pm 2,5$ %, $p < 0,05$). Через 8 нед лечения улучшилась бронхиальная проходимость – прирост ОФВ₁ составил $0,157 \pm 0,033$ л ($p = 0,012$); уменьшение симптомов привело к улучшению качества жизни пациентов (по шкалам анкеты госпиталя Св. Георгия). Обострений БА, внеплановых визитов к врачу, обращений за неотложной помощью за период наблюдения больных не было. Нежелательные явления (головная боль, ОРВИ, ринофарингит, поясничный радикулит), не связанные с приемом препарата, отмечались в 28,6 % случаев; все они разрешились без последствий. Орофарингеального кандидоза, осиплости голоса, других возможных побочных эффектов терапии не наблюдалось. Все пациенты отмечали хорошую переносимость препарата.