

Поиск возможностей в достижении контроля бронхиальной астмы

Л. И. Конопкина

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ул. Дзержинского, 9, Днепропетровск, 49044, тел.: +38 (067) 289-59-77, e-mail: lkonopkina07@mail.ru

На сегодняшний день на фармацевтическом рынке Украины имеются эффективные лекарственные препараты для лечения бронхиальной астмы (БА). Однако в процессе лечения могут возникать определенные трудности, связанные как с самим пациентом (изменение образа жизни, индивидуальное восприятие симптомов болезни, наличие сопутствующей патологии), так и деятельностью врача (его личный опыт, багаж научных знаний, профессиональные привычки).

Клинический случай № 1

Студент гуманитарного вуза в возрасте 21 года; не курит, болеет БА в течение последних 7 лет, планово принимает ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС). Регулярно занимается баскетболом. Однако в течение последнего месяца стал отмечать появление кашля (ежедневно по утрам), ночных пробуждений из-за кашля (в среднем 2 раза в неделю), одышки во время тренировок.

При осмотре: над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет; пульс — 70 уд./мин. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) — 670 л/мин (должное значение — 630 л/мин). Анализ клинико-функциональных данных показал, что у больного на момент осмотра отсутствует контроль БА. При сборе дополнительных данных выяснилось, что 3 мес назад молодой человек женился, а у супруги есть домашний питомец — кошка. Именно появление в доме животного и привело к изменению образа жизни больного и дестабилизации его состояния.

Результаты научных исследований А. Simpson и соавт. (2000) показали, что больные БА, имеющие домашних животных, как правило, принимают более высокие дозы ИГКС, чем те, кто не содержит дома питомцев.

Клинический случай № 2

Мужчина в возрасте 48 лет, некурящий, преподаватель. БА была диагностирована 4 мес назад после перенесенной вирусной инфекции верхних дыхательных путей. В течение первого месяца лечения наблюдался частичный клинический эффект от монотерапии ИГКС. Последние 3 мес пациент принимает сальметерол/флутиказона пропионат (Серетид) по 1 ингаляционной дозе (50/250 мкг) 2 раза в день. На фоне терапии исчезли утренние симптомы, ночные

пробуждения, нет ограничений физической активности (больной посещает бассейн 3 раза в неделю), не используются препараты по требованию в течение 2,5 мес; ПСВ — 630 л/мин (97 % от должного значения).

На вопрос, нужно ли менять плановую терапию пациента, и если да, то каким образом, можно получить ответ, проанализировав результаты мультицентрового рандомизированного исследования, опубликованные В. Bateman и соавт. в 2006 г.: при наличии астма-контроля в течение 3 мес можно осуществить так называемый шаг вниз; при этом предпочтительно уменьшить дозу ИГКС в комбинированном препарате сальметерол/флутиказона пропионат (Серетид), а не перейти на монотерапию ИГКС. При принятии стратегического решения о «шаге вниз» врач всегда должен учитывать дозу ИГКС, принимаемую пациентом в настоящее время; уровень контроля БА в настоящее время; приверженность пациента к плановой терапии.

Для оценки уровня контроля БА в настоящее время широко используется показатель теста по контролю над астмой (АСТ). Если показатель составляет 20 и выше, это свидетельствует о хорошем, хотя и не полном контроле; значение показателя, равное 15, сопряжено с увеличением риска обострений на 60 % в течение одного года по сравнению со значением показателя, равного 20. Некоторые пациенты имеют плохую приверженность к плановой медикаментозной терапии БА. Это может быть связано с тем, что они зачастую боятся применения стероидов, либо не понимают значения «контроль астмы», имея свою точку зрения относительно и «контроля», и «риска», либо боятся, что именно регулярное лечение потеряет свою эффективность со временем.

По данным J. L. Desfougeres и соавт. (2007), 40 % больных с неконтролируемой БА считают, что «хорошо» или «полностью» контролируют течение болезни. По данным J. Naughtney и соавт. (2004), это количество еще выше — 91 %. И только регулярное общение врача с больным, его обучение могут помочь пациенту в понимании тех процессов, которые протекают в его организме, а значит, и в правильной оценке своего состояния.

К сожалению, иногда и лечащие врачи могут переоценивать контроль заболевания у больных БА. Ретроспективный анализ 5 исследований показал,

что только 17,1 % пациентов, получающих SMART-терапию, достигают контроля над БА согласно критериям GINA; у остальных пациентов БА или контролировалась частично (38,7 %), или не контролировалась вовсе (44,2 %).

Результаты исследования GOAL (2004) продемонстрировали, что полный контроль БА достижим; число пациентов, достигающих полного контроля,

увеличивается по мере увеличения длительности терапии; полный контроль может не только достигаться, но и поддерживаться длительно. Оба препарата — и Серетид, и флютиказона пропионат — обеспечивают достижение полного контроля, однако Серетид позволяет достигнуть полного контроля у большего количества пациентов в более ранние сроки при использовании более низких доз ИГКС.