

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Суннеткулыева Мустафаева Юлдызхан

ординатор, ФГАОУ ВО Казанский федеральный университет (Приволжский), РФ, г. Казань

Якушов Никита Андреевич

ординатор, ФГАОУ ВО Казанский федеральный университет (Приволжский), РФ, г. Казань

Рахимзянов Альфрит Рауилович

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент кафедры гигиены, медицины труда, Казанский государственный медицинский университет, доцент кафедры внутренних болезней Институт фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета (Приволжский), РФ, г. Казань

Актуальность: Бронхиальная астма является серьезной проблемой общественного здравоохранения, затрагивающей большое количество людей разного возраста. В мире 100-150 миллионов человек страдают астмой [2]. В целом распространенность астмы в развитых странах выше, чем в развивающихся странах]. Заболеваемость астмой у взрослых составляет 3,8/1000 взрослых из группы риска. Заболеваемость астмой у детей составляет 12,5/1000 детей из группы риска, особенно среди детей в возрасте 0–4 лет. Астма может возникнуть в любом возрасте, но чаще всего это дети и молодые люди. Хотя оба пола страдают почти одинаково, были выявлены небольшие различия в распространенности между мужчинами и женщинами[3].

Подбор оптимальной схемы терапии бронхиальной астмы, учитывающей фенотип, тяжесть, степень контроля заболевания и индивидуальные особенности пациента, является основополагающим этапом в алгоритме ведения пациентов с БА. Правильно подобранное лечение повышает качество жизни пациентов, снижает частоту обострений, жизнеугрожающих осложнений, инвалидизации, а также снижает затраты на оказание медицинской помощи и выплаты по причине нетрудоспособности.

В настоящее время разработано множество национальных документов по бронхиальной астме, стандартизирующих подходы к ведению пациентов. Одним из таких документов, унифицирующих тактику диагностики, лечения и профилактики БА, является «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы» (Global Initiative for Asthma, GINA). Использование рекомендаций GINA улучшает качество ведения пациентов с БА, но контроля над течением удается добиться не всегда. На сегодняшний день нет данных полноты применения рекомендаций GINA в реальной практике. Это явилось основанием для оценки эффективности базисной терапии при бронхиальной астме.

Цель исследования - оценить эффективность базисной терапии бронхиальной астмы.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. Оценить эффективность трёх препаратов базисной терапии БА: Симбикорт, Форадил Комби, Треледжи Эллипта.
2. Оценить эффективность базисной терапии у пациентов с впервые выявленной БА.
3. Оценить эффективность базисной терапии у пациентов с различным исходным уровнем контроля заболевания.

Материалы и методы: в исследовании принимало участие 45 пациентов 26-77 лет с диагнозом «БА, аллергическая форма», 30 – со длительностью заболевания >2 лет.

Во время сбора анамнеза все пациенты были распределены на:

- принимающие Симбикорт(Будесонид+Формотерол)(15 человек) в дозировке 160/4,5 мкг с кратностью приёма 2 раза/сут 2 вдоха;
- принимающие Форадил Комби (Будесонид+Формотерол)(15 человек) в дозировке 400/12 мкг с кратностью приёма 2 капсулы/2 раза/день;
- принимающие Трелледжи Эллипта (Вилантерол+Умеклидиния бромид+Флутиказона фуруоат)(15 человек) в дозировке 22/55/92 мкг с кратностью приёма 1 раз/сут.

А также пациенты:

- Впервые выявленная БА (15 человек);
- Контролируемая БА (7 человек);
- Частично Контролируемая БА (11 человек);
- Неконтролируемая БА (12 человек).

В ходе исследования анализировались показатели ОФВ₁ при обращении и через 4 недели после лечения. Статистический анализ результатов был проведен с использованием программы MedStat. Обработка результатов проведена методами вариационной статистики. Сравнение проводили с помощью критерия Стьюдента.

Результаты исследования: При проведении спирометрии до назначения Симбикорта среднее значение ОФВ₁ составило $1,9 \pm 0,2$ л, после лечения Симбикортом- $3,4 \pm 0,21$ л. Данные результаты являются статистически значимыми, уровень значимости составил $p < 0,001$.

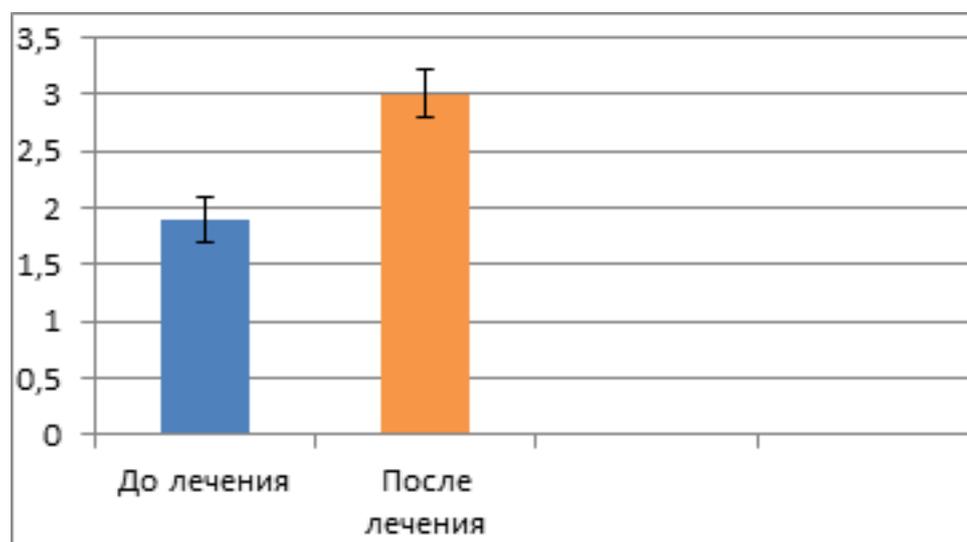


Рисунок 1. ОФВ₁ пациентов по результатам спирометрии

Синим показано среднее значение ОФВ₁ до лечения симбикортом, оранжевым- после.

При проведении спирометрии до назначения Форадил Комби среднее значение ОФВ₁ составило $2,4 \pm 0,2$ л, после лечения Форадил Комби - $3,4 \pm 0,18$ л. Данные результаты являются статистически значимыми, уровень значимости составил $p < 0,001$.

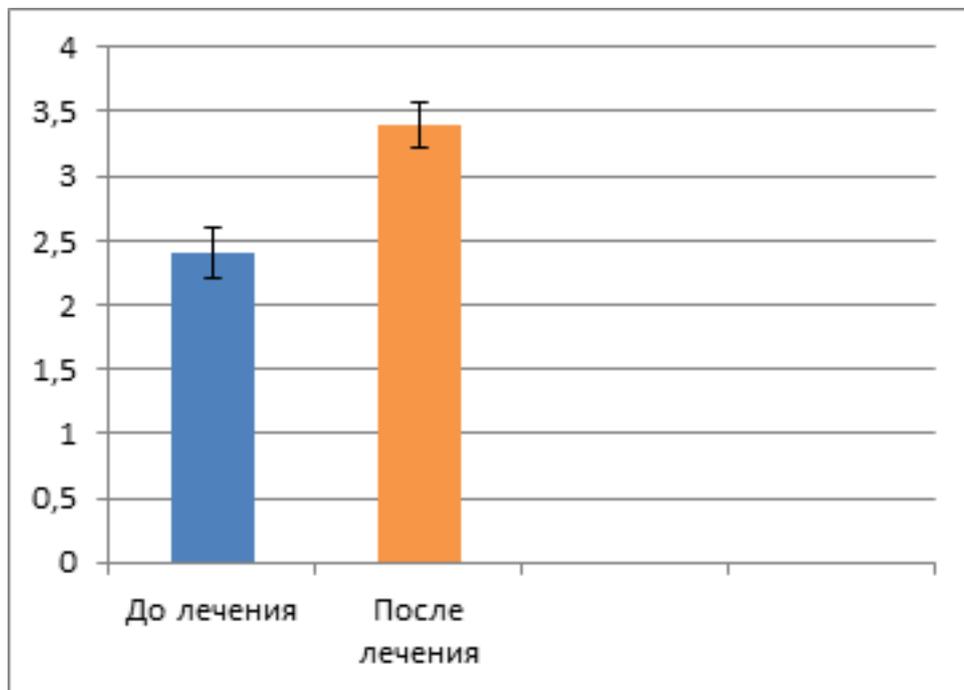


Рисунок 2. ОФВ₁ пациентов по результатам спирометрии

Синим показано среднее значение ОФВ₁ до лечения Форадил Комби, оранжевым- после.

При проведении спирометрии до назначения Трелледжи Эллипта среднее значение ОФВ₁ составило $2,4 \pm 0,17$ л, после лечения - $3 \pm 0,18$ л. Данные результаты являются статистически значимыми, уровень значимости составил $p < 0,001$.

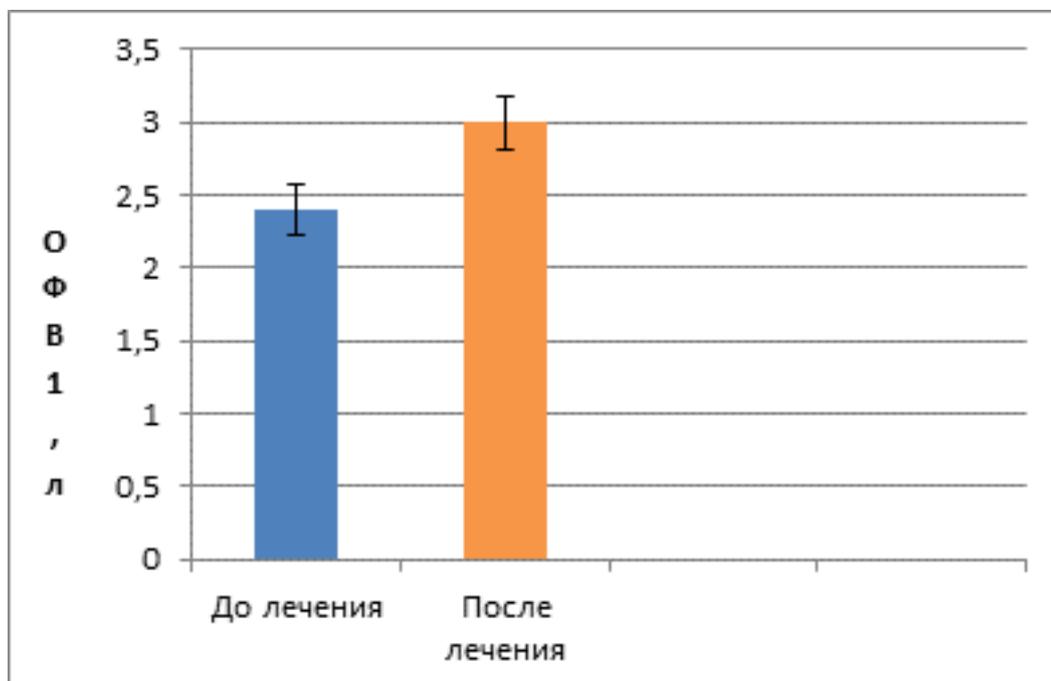


Рисунок 3. ОФВ₁ пациентов по результатам спирометрии

Синим показано среднее значение ОФВ₁ до лечения Трелледжи Эллипта, оранжевым- после.

При проведении спирометрии до назначения базисной терапии у пациентов с впервые выявленной БА среднее значение ОФВ₁ составило $2,56 \pm 0,2941$ л, после лечения - $3,288 \pm 0,2647$ л. Данные результаты являются статистически значимыми, уровень значимости составил $p < 0,001$.

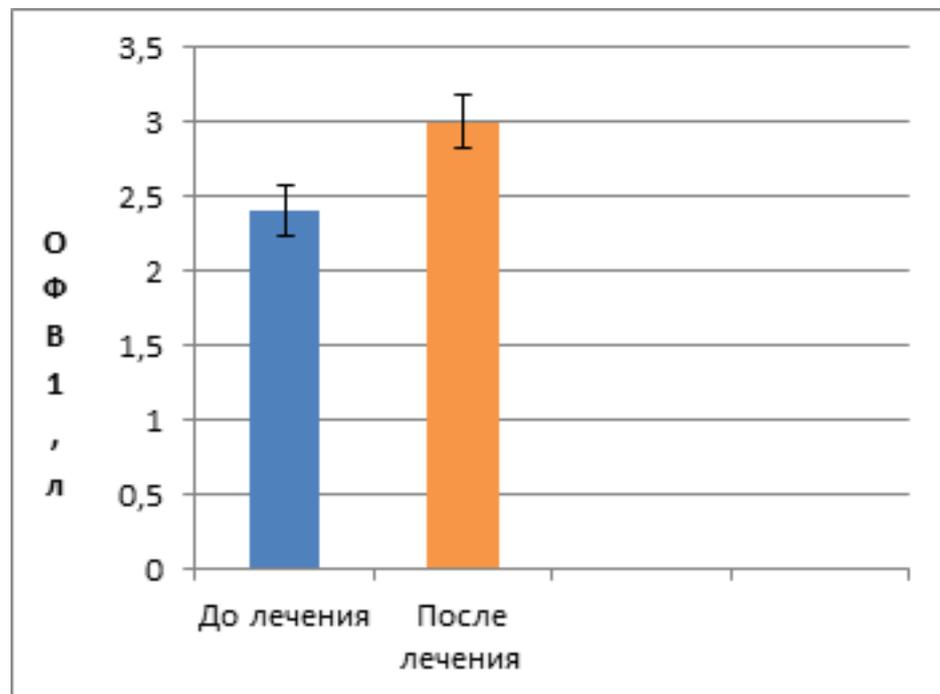


Рисунок 4. ОФВ₁ пациентов с впервые выявленной БА по результатам спирометрии

Синим показано среднее значение ОФВ₁ до лечения, оранжевым- после.

При проведении спирометрии до назначения ИГКС у пациентов с контролируемой БА среднее значение ОФВ₁ составило $2,56 \pm 0,2941$ л, после лечения - $3,288 \pm 0,2647$ л. Данные результаты являются статистически значимыми, уровень значимости составил $p < 0,001$.

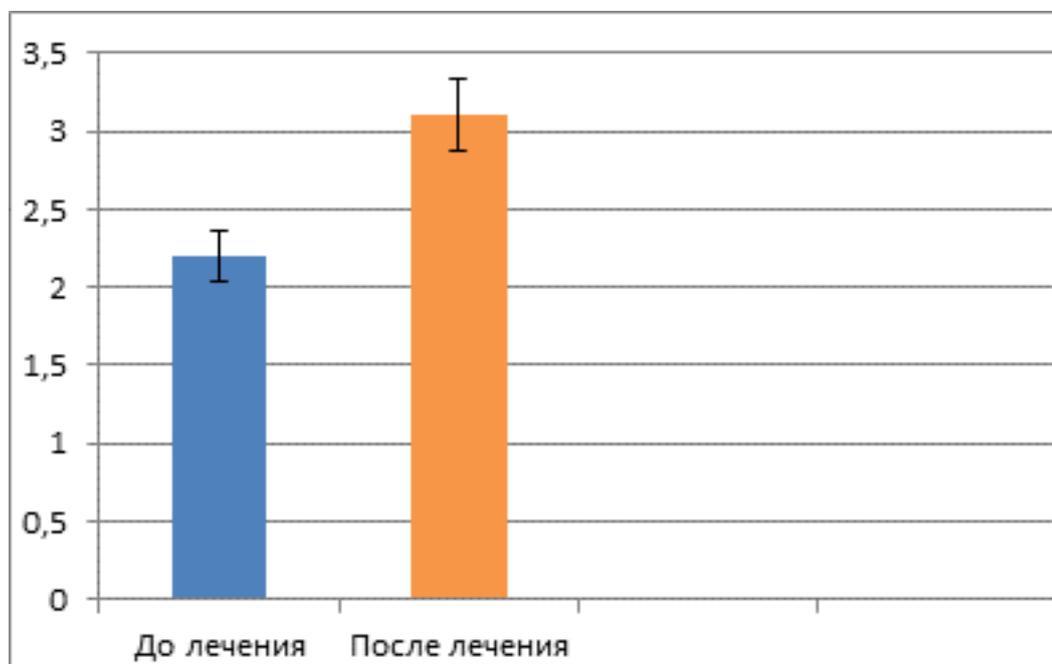


Рисунок 5. ОФВ₁ пациентов с контролируемой БА по результатам спирометрии

Синим показано среднее значение ОФВ₁ до лечения, оранжевым- после.

При проведении спирометрии до назначения ИГКС у пациентов с частично контролируемой БА среднее значение ОФВ₁ составило $1,955 \pm 0,1981$ л, после лечения - $2,987 \pm 0,1669$ л. Данные результаты являются статистически значимыми, уровень значимости составил $p < 0,001$.

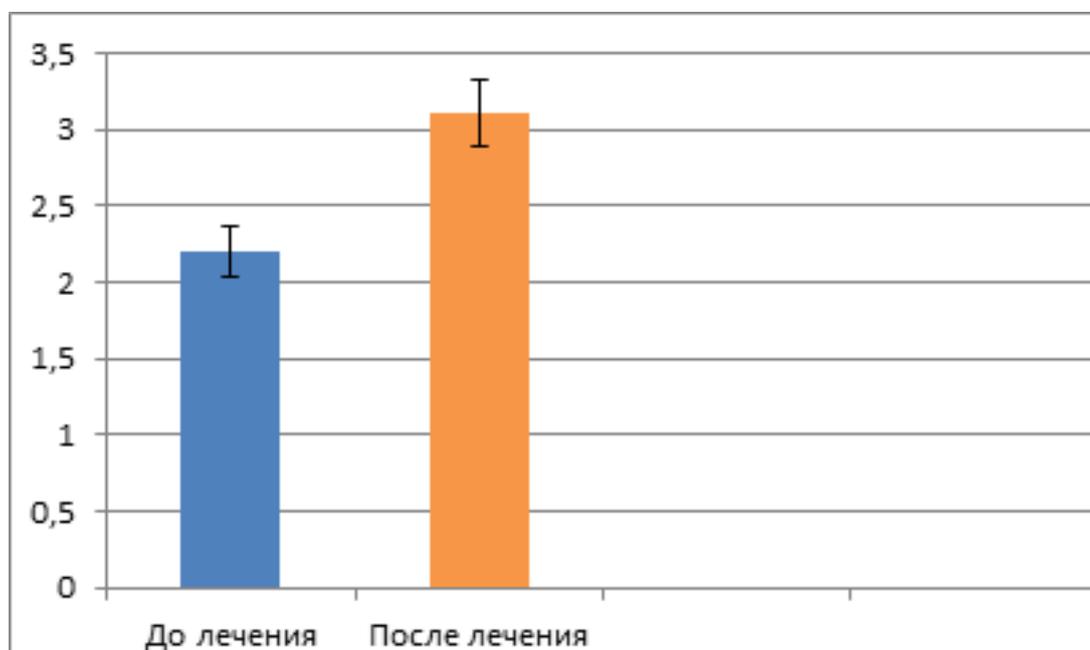


Рисунок 6. ОФВ₁ пациентов с частично контролируемой БА по результатам спирометрии

Синим показано среднее значение ОФВ₁ до лечения, оранжевым- после.

При проведении спирометрии до назначения ИГКС у пациентов с неконтролируемой БА среднее значение ОФВ₁ составило $2,366 \pm 0,2642$ л, после лечения – $3,105 \pm 0,2753$ л. Данные результаты являются статистически значимыми, уровень значимости составил $p < 0,001$.

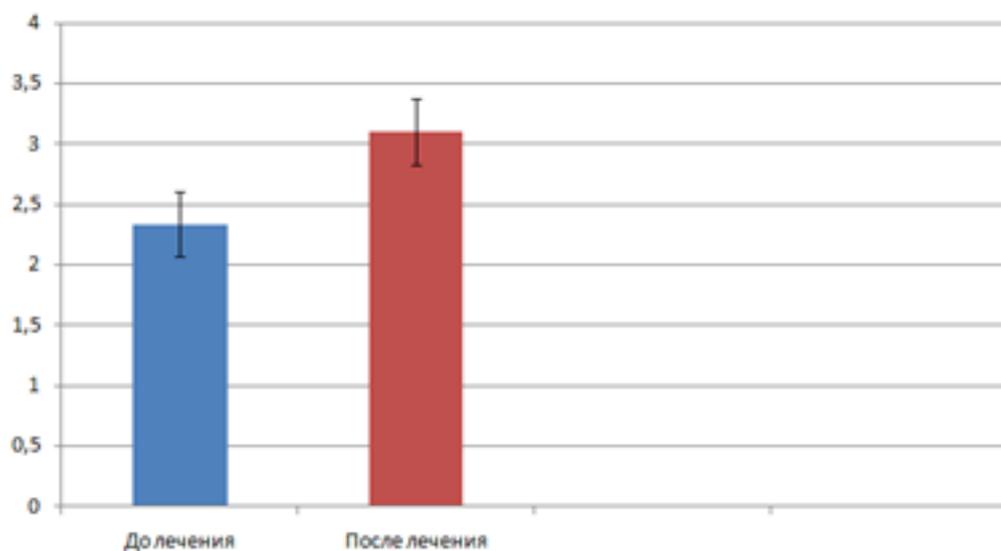


Рисунок 7. ОФВ₁ пациентов с неконтролируемой БА по результатам спирометрии

Синим показано среднее значение ОФВ₁ до лечения, красным- после.

Таблица 1.

Достигли контроля

Исходный уровень контроля	Принимаемый препарат	Общее количество
<i>Впервые выявленная БА</i>	Симбикорт(10)/Форадил Комби(2)	12
<i>Контролируемая БА</i>	Симбикорт(5)/Форадил Комби(2)	7
<i>Частично контролируемая БА</i>	Форадил Комби(3)/Трелледжи Эллипта(1)	4
<i>Неконтролируемая БА</i>	Трелледжи Эллипта	2

Таблица 2.

Не достигли контроля

Исходный уровень контроля	Принимаемый препарат	Общее количество
<i>Впервые выявленная БА</i>	Форадил Комби	3
<i>Контролируемая БА</i>	-	0

<i>Частично контролируемая БА</i>	Форадил Комби(3)/Трелледжи Эллипта(4)	7
<i>Неконтролируемая БА</i>	Форадил Комби(2)Трелледжи Эллипта (8)	10

Заключение: После проведения данного исследования было установлено, что каждый из трех препаратов базисной терапии в указанных выше дозировках продемонстрировал эффективность с достоверным увеличением показателя ОФВ1 спустя 4 недели лечения.

Также базисная терапия была эффективна как у пациентов с дебютом БА, так и у пациентов с разной продолжительностью заболевания.

Установлено достоверное увеличение показателя ОФВ1 спустя 4 недели после лечения у 30 пациентов независимо от исходного уровня контроля заболевания.

Таким образом, можно сделать вывод об эффективности базисной терапии во всех подгруппах. Однако необходимо учесть, что результат лечения зависит от множества других факторов: уровень знаний пациентов об их заболевании, комплаентность и умение использовать средства доставки ингаляционных препаратов, а также способность врача правильно оценить состояние пациента и тяжесть развившегося обострения.

Результаты данного исследования нельзя экстраполировать на всю популяцию, так как не учитывались перечисленные выше факторы, также выборке отсутствовали пациенты с другими фенотипами бронхиальной астмы, за исключением аллергической.

Список литературы:

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы, 2023 г. (Электронный ресурс).
2. Визель А.А., Визель И.Ю., Белевский А.С. Новый подход к лечению бронхиальной астмы любой степени тяжести. Доктор.Ру. 2020; 19(5): 74–78.
3. Чучалин, А. Г. Респираторная медицина: в 3 т. Т. 1. : руководство / под ред. А. Г. Чучалина - Москва : ГЭОТАР-Медиа.-2017-С. 507
4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы Под ред А Г / . . . Чучалина. М Атмосфера с .: , 2021-С.8