

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Шубникова Анастасия Денисовна

студент, Пермский государственный медицинский университет им. Е. А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Оборкина Анастасия Леонидовна

студент, Пермский государственный медицинский университет им. Е. А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Зуева Татьяна Витальевна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент, Пермский государственный медицинский университет им. Е. А. Вагнера, РФ, г. Пермь

RESEARCH OF THE EFFICIENCY OF TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA

Anastasia Shubnikova

Student, E.A. Wagner Perm state medical University, Russia, Perm

Anastasia Oborkina

Student, E.A. Wagner Perm state medical University, Russia, Perm

Tatyana Zuyeva

Candidate of medical Sciences, associate professor, E.A. Wagner Perm state medical University, Russia, Perm

1. Бронхиальная астма, введение, актуальность

Бронхиальная астма – это гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. [1, с. 14]

В настоящее время во всём мире примерно 300 миллионов пациентов страдают от бронхиальной астмы. Каждый год 260 тысяч человек умирают от этого заболевания, причём наиболее часто это случается в таких странах как Узбекистан, Россия, Южная и Северная Корея, Малайзия, Сингапур. Такая статистика может быть обусловлена следующими факторами:

- загрязнение окружающей среды;
- недоношенность;
- заболевания матери во время беременности;
- частые респираторные болезни вирусного типа;

- влияние табачного дыма, бытовой пыли, плесени, грибков;
- нерациональное питание;
- наследственная предрасположенность;
- регулярные стрессы
- резкая смена погодных условий
- воздействие холодного воздуха.

Некоторые из этих факторов имеют ведущее значение в 21 веке, например, загрязнение окружающей среды, которое приобретает всё больший масштаб, частые респираторные заболевания, возрастание количества аллергенов окружающей среды, нерациональное питание, гиподинамия и многое другое.

Также большую роль играют внутренние факторы, такие как генетическая предрасположенность к атопии и гиперреактивности бронхов, ожирение и пол (в детском возрасте бронхиальная астма чаще развивается у мальчиков, во взрослом – у женщин). [2, с. 7]

2. Лечение бронхиальной астмы у взрослых

Для лечения бронхиальной астмы в современной терапии рекомендуется использовать ступенчатый подход, корректируя объём терапии в зависимости от уровня контроля и наличия факторов риска обострений заболевания. Данный подход продиктован следующими целями терапии:

1. Достижение и поддержание контроля симптомов БА в течение длительного времени.
2. Минимизация рисков будущих обострений БА, фиксированной обструкции дыхательных путей и нежелательных побочных эффектов терапии.

Первоначальный выбор ступени зависит от выраженности клинических проявлений бронхиальной астмы. Увеличение объёма терапии (переход на ступень вверх) показано при отсутствии контроля и/или наличие факторов риска обострений. Снижение объёма терапии показано при достижении и сохранении стабильного контроля 3 или более месяцев и отсутствии факторов риска с целью установления минимального объёма терапии и наименьших доз препаратов, достаточных для поддержания контроля.

Ступень 1: у взрослых пациентов (≥ 18 лет) с легкой БА в качестве предпочтительной терапии БА рекомендуются низкие дозы фиксированной комбинации ингаляционного глюкокортикостероида и быстродействующего бета 2-агониста (ИГКС-БДБА) «по потребности»: будесонид-формотерол 160/4,5 мкг Турбухалер® для купирования приступов и симптомов в режиме «по потребности», также рекомендуется фиксированная комбинация сальбутамол/беклометазона дипропионат (БДП), для купирования симптомов и поддерживающей терапии БА.

Ступень 2: рекомендуется регулярное применение низких доз ИГКС в качестве базисной терапии и короткодействующего бета 2-агониста (КДБА) для купирования симптомов. Начальная доза ИГКС выбирается согласно тяжести заболевания. У взрослых стартовая доза, как правило, эквивалентна дозе БДП 400 мкг в день. Первоначально ИГКС назначаются два раза в день, за исключением циклесонида, мометазона фууроата, будесонида, назначаемых однократно в день. После достижения хорошего контроля ИГКС можно применять один раз в день в той же суточной дозе.

В качестве предпочтительной базисной терапии на ступени 2 также рекомендуются низкие дозы фиксированной комбинации ИГКС-БДБА «по потребности»: будесонид-формотерол 160/4,5 мкг Турбухалер® для купирования приступов и симптомов в режиме «по потребности» (у взрослых и подростков 12 лет и старше)

Ступень 3: Взрослым пациентам с БА на 3-й ступени терапии рекомендуется комбинация низких доз ИГКС и длительнодействующих β_2 -агонистов (ДДБА) как поддерживающая терапия и КДБА по потребности. Пациентам с БА старше 18 лет из группы риска по развитию

обострений рекомендуется комбинация низких доз ИГКС/формотерол (будесонид или беклометазон) в качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов – т.н. режим единого ингалятора.

При наличии у пациента с БА, получающего терапию ИГКС, ограничений по применению ДДБА (нежелательных эффектов, противопоказаний или индивидуальной непереносимости) в качестве альтернативы ДДБА рекомендуется использовать тиотропия бромид в жидкостном ингаляторе.

Ступень 4: На 4-й ступени лечения взрослым пациентам с БА рекомендуется назначение комбинации низких доз ИГКС (будесонид или беклометазон)/формотерол в режиме единого ингалятора или комбинации средних доз ИГКС/ДДБА и КДБА по потребности. Взрослым и подросткам с БА, имеющим ≥ 1 обострения за предшествующий год, для снижения частоты обострений рекомендуется назначение комбинации низких доз ИГКС (будесонид или беклометазон)/формотерол в качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов.

Ступень 5: Всех пациентов, особенно детей, с персистирующими симптомами или обострениями БА, несмотря на правильную технику ингаляции и хорошую приверженность лечению, соответствующему 4-й ступени лечения БА, рекомендуется направлять к специалисту, занимающемуся экспертизой и лечением тяжелой БА. Взрослым пациентам, получающим терапию 4-й ступени лечения БА, у которых не был достигнут контроль БА или сохраняются частые (≥ 2 в год) и/или тяжелые обострения БА (хотя бы 1 обострение в течение года, потребовавшее назначения системных глюкокортикостероидов (СГКС) или госпитализации) рекомендуется назначение тиотропия бромида в жидкостном ингаляторе. Терапия омализумабом рекомендуется взрослым, подросткам и детям старше 6 лет с тяжелой аллергической БА, которая не контролируется лечением, соответствующим ступени 4. [2, с. 32]

3. Клинический случай пациента с бронхиальной астмой

Пациентка 1948 года рождения, пенсионер. Из факторов, которые могли повлиять на развитие заболевания – курение в прошлом на протяжении 20 лет с 18 лет; непереносимость резких запахов, пыльцы растений.

История настоящего заболевания. В ноябре 2015 года после перенесённого ОРЗ появился сухой кашель, который, со слов пациентки, беспокоил по ночам и не прекращался. В декабре того же года в течение недели пациентка лечилась в терапевтическом отделении больницы по месту жительства. Получала антибиотик, ингаляции с беродуалом, в вену соду. Выписана с диагнозом хронический бронхит. После проведённого лечения состояние пациентки не улучшилось: одышка и кашель сохранялись.

В мае 2016 года произошло ухудшение состояния, в связи с чем пациентка обратилась за консультацией к пульмонологу и была госпитализирована в пульмонологическое отделение с целью обследования и лечения. Был поставлен диагноз впервые выявленной смешанной бронхиальной астмы, средней степени тяжести, обострение. Была назначена базисная терапия: сальбутамол (по требованию), беклометазон, при обострении – пульмикорт. В последующем был плановый визит к пульмонологу, в течение этого времени пациентка приступов удушья не отмечала, объективно – патологических изменений в системе дыхания при осмотре выявлено не было. Был поставлен диагноз контролируемой смешанной бронхиальной астмы, назначены сальбутамол (по требованию) и беклометазон без изменения дозировок.

При следующем плановом визите пациентка жаловалась на усиление кашля и одышки, при объективном обследовании выявлено увеличение частоты дыхания до 18-20 в минуту. Поставлен диагноз частично контролируемой смешанной бронхиальной астмы, средней тяжести, и назначена терапия в виде беклометазона, сальбутамола (по требованию), а также при обострении и учащении приступов – будесонид в сочетании с раствором беродуала через небулайзер.

Следующий контрольный визит был назначен через полгода, но пациентка пришла через месяц с жалобами на усиление одышки и повышении потребности в КДБА до 4 р/сут. Объективно выявлены сухие хрипы при форсированном выдохе. Тогда впервые был поставлен диагноз неконтролируемой бронхиальной астмы, смешанного варианта. Была назначена базисная терапия: сальбутамол (по требованию), раствор беродуала в сочетании с будесонидом для ингаляций.

В следующий плановый визит (через неделю) пациентка жаловалась на сохраняющееся чувство нехватки воздуха. Объективно – патологических изменений в системе дыхания не выявлено. Назначены беродуал (по требованию), монтелукаст.

При осмотре через месяц, пациентка уже не жаловалась на приступы удушья, но отмечала одышку при физической нагрузке и утомляемость. При этом всё время она принимала беклометазон. Объективно – сухие хрипы при форсированном выдохе. В диагнозе – дыхательная недостаточность 1 степени и также неконтролируемая смешанная бронхиальная астма. Смена базисной терапии в связи с неэффективностью беклометазона: назначен будесонид+формотерол (симбикорт).

При следующем плановом визите (через 3 месяца) пациентка жаловалась лишь на умеренную одышку при физической нагрузке. Объективно патологических изменений в системе дыхания не было, сатурация кислородом повысилась до 98%. Поставлен диагноз контролируемой бронхиальной астмы, базисная терапия не изменена. В последующие несколько визитов на протяжении 8 месяцев наблюдалось в основном улучшение самочувствия. Объективно отмечались единичные сухие хрипы при форсированном выдохе с обеих сторон. Отмечалось, что бронхиальная астма контролируемая на 3 ступени терапии, препаратом выбора для терапии оставался симбикорт и сальбутамол (по потребности). Далее в течение нескольких визитов на протяжении года пациентка отмечала одышку при физической нагрузке, при аускультации выявлялось жёсткое дыхание, бронхиальная астма средней степени тяжести. Летом того же 2019 года со слов пациентки, было 2 сильных обострения заболевания, по поводу которых она обращалась за помощью, сама связывает это со стрессами и физической нагрузкой. Жаловалась на одышку при малейшей физической нагрузке, дыхание также жёсткое, хрипов нет. Функциональные пробы показали снижение скоростных показателей на уровне мелких и средних бронхов. Всё это время пациентка принимала симбикорт, также рекомендовались сальбутамол и беродуал (по потребности).

Последний раз при проведении функциональных проб (в феврале 2020 года) выявлено умеренное снижение показателей функции внешнего дыхания по обструктивному типу на уровне средних и мелких бронхов. Проба с сальбутамолом отрицательная, что говорит о необратимой бронхиальной обструкции. Наблюдался прирост ОФВ1 – 6%.

На момент опроса пациентка жаловалась на одышку при физической нагрузке, которая уменьшается при применении симбикорта. Отмечает по утрам прозрачную вязкую слизистую мокроту в небольших количествах. Принимает симбикорт, при сильной одышке и ухудшении состояния – сальбутамол или беродуал, но это бывает очень редко.

4. Анализ эффективности терапии пациента

И так, изначально после первоначального обращения пациентки за медицинской помощью и стационарного лечения улучшения не было, также был поставлен неверный диагноз и не назначена адекватная терапия. Потом при обострении состояния, которое произошло весной, была диагностирована смешанная бронхиальная астма средней степени тяжести и назначена комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов (бекламетазон)-быстродействующих бета-2-агонистов (сальбутамол) (ИГКС-БДБА) – по потребности и пульмикорт (будесонид)-по потребности, что соответствует 1 ступени терапии бронхиальной астмы. Далее базисная терапия существенно не менялась, пациентка принимала ежедневно низкие дозы ИГКС или низкие дозы ИГКС-БДБА по потребности, хотя жаловалась на усиление одышки и кашля, чувство нехватки воздуха. После назначения препарата монтелукаст – антагониста лейкотриеновых рецепторов, который предотвращает бронхоспазм, приступов удушья не стало, но одышка при физической нагрузке и утомляемость сохранялись. Этот факт и рассказ самой пациентки говорят о том, что беклометазон оказался неэффективен, у неё повторялись

астматические приступы. Поэтому был назначен симбикорт – препарат, который может применяться как для поддерживающей терапии, так и для купирования симптомов. Было показано, что такой подход к лечению астмы приводит к уменьшению обострений и улучшению контроля астмы у взрослых и подростков при относительно низких дозах препаратов. Действительно, состояние пациентки улучшилось и заболевание стало контролируемым. Со временем доза препарата была снижена и приступов удушья не было. Сейчас бронхиальная астма у пациентки средней степени тяжести и хорошо контролируется 3 ступенью терапии, принимает симбикорт только по потребности в качестве поддерживающей терапии.

5. Клинический случай успешного применения симбикорта

Ещё одно подтверждение эффективности и успешного применения данного препарата было в практике: «Осенью 2017 года к нам обратилась пациентка К., 46 лет с диагнозом бронхиальная астма (БА). Она хотела согласовать свою базисную терапию, которую сама себе корректировала. Она рассказала, что страдает бронхиальной астмой в течение 15 лет. Около 3-х лет заболевание протекало достаточно тяжело, несколько раз в год обращалась за неотложной помощью, ей назначались системные стероиды курсами от 5 до 15 дней. Пациентка постоянно принимала 1000 мкг ингаляционных стероидов (ИГКС) и препараты по потребности (бета2-агонист короткого действия) не менее 4-5 раз в сутки. В связи с недостаточно эффективной терапией, которая значительно ограничивала жизнь пациентки, она была направлена к пульмонологу, который назначил ей Симбикорт (будесонид/формотерол) 160/4,5 по 2 ингаляции 2 раза в сутки и Беродуал (фенотерол/ипратропиум бромид) по потребности. Терапия оказалась весьма успешной, но пациентка заметила, что Симбикорт облегчает дыхание не хуже, а может быть, даже быстрее и эффективнее, чем назначенный препарат. Сделав такое наблюдение, она стала самостоятельно принимать Симбикорт в качестве препарата базисной терапии и по потребности. Через 4 недели лечения состояние значительно улучшилось, и, что, прежде всего, отметила пациентка, резко сократилась необходимость в дополнительных ингаляциях Симбикорта». [3, с. 12]

Таким образом, успешность применения препарата симбикорт была доказана теоретически и практически. Он может использоваться при бронхиальной астме как для купирования приступов/симптомов с противовоспалительным действием (терапия А), в качестве поддерживающей терапии и для купирования приступов/симптомов с противовоспалительным действием (терапия В) и в качестве поддерживающей терапии (терапия С).

Список литературы:

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2016 – [Электронный ресурс] – Режим доступа – URL: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-2016-main-report_tracked.pdf (Дата обращения: 13.03.20)
2. Бронхиальная астма 2019 – [Электронный ресурс] – Режим доступа – URL: http://spulmo.ru/upload/kr_bronhastma_2019.pdf (Дата обращения: 14.03.20)
3. Княжеская Н. П. Терапия Симбикортом в режиме единого ингалятора: что надо знать практикующим врачам // Поликлиника. – 2017. – №4(3). – С.12-16.
4. Ненашева Н. М. Бронхиальная астма. Современный взгляд на проблему – М.: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2018. 304 С.
5. Урясьев О. М., Коршунова Л. В., Куликов С. А., Волкова О. В. Бронхиальная астма: от Гиппократов до наших дней // Земский врач. Альманах. – 2017. – С. 17-19.