

Антонович Ж.В., Патеюк И.В., Лобашова В.Л.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

ОСОБЕННОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ С ЦЕЛЬЮ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Введение. Независимым фактором риска развития бронхиальной астмы (БА) является ожирение. Абдоминальный тип ожирения, характерный для метаболического синдрома (МС), связан с системным воспалением. Системное воспаление, наблюдаемое при висцеральном ожирении и МС, может влиять на клиническое течение БА и чувствительность пациентов к ингаляционным глюкокортикостероидам (ИГКС).

Цель. Выявить особенности базисной терапии ИГКС с целью достижения контроля над БА у пациентов с МС.

Материалы и методы. В исследование включены 48 пациентов с БА, получавших базисную терапию ИГКС, у которых был достигнут полный контроль над заболеванием. Средний возраст пациентов (медиана и интерквартильный размах) составил 46 лет (от 31 до 54 лет), из них 29% (14 пациентов) мужчин и 71% (34) женщин. Продолжительность БА была 7 лет (от 2 до 10 лет). У всех пациентов выполнено клиническое и лабораторное обследование, включая общий и биохимический анализы крови с определением показателей общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов высокой плотности, триглицеридов и уровня глюкозы в крови натощак. Исследование показателей функции внешнего дыхания проводилось на компьютерном спирографе «МАС-1» (Беларусь). Уровень контроля БА оценивался по критериям GINA. Для диагностики МС использовались критерии Международной диабетической ассоциации (2005). Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistica 8,0 (StatSoft, Inc., США).

Результаты. 46% (n=22) пациентов с контролируемой БА имели избыток массы тела и ожирение первой либо второй степени. Ни у кого из пациентов не было морбидного ожирения 3 степени ($ИМТ \geq 40$ кг/м²). У 44% (21) пациентов установлен центральный характер жировоголожения. МС был выявлен у 29% (n=14) пациентов с контролируемой БА. Для достижения контроля над заболеванием группа пациентов с БА и МС (n=14) использовала средние суточные дозы ИГКС (750 (500–1000) мкг беклометазона дипропионата или эквивалент), тогда как группа пациентов без МС (n=34) применяла низкие суточные дозы ИГКС (300 (200–500) мкг беклометазона дипропионата или эквивалент) ($p < 0,05$). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, доле курящих пациентов, коморбидной патологии, форме и длительности БА.

Заключение. Для достижения контроля над БА пациентам с МС требовались средние суточные дозы ИГКС, тогда как пациентам без МС – низкие. Достижение контроля над БА у пациентов с МС при использовании суточных доз ИГКС в 2,5 раза больших, чем у пациентов без МС, может свидетельствовать о сниженной чувствительности пациентов с МС к ИГКС.