

Использование аэрозольного ингалятора флутиказона пропионата в сочетании с сальметеролом в комплексном лечении бронхиальной астмы

В статье приведены результаты клинического наблюдения над 56 пациентами бронхиальной астмой в двух группах. Больные, которые в комплексной терапии использовали аэрозольный ингалятор флутиказона пропионата в сочетании с сальметеролом, достоверно быстрее выходили из фазы обострения астмы. Ключевые слова: бронхиальная астма, флутиказон пропионат, сальметерол.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении астмы (5), этот вопрос остается актуальным. В 2006 году в Республике Беларусь издано «Согласованное национальное руководство по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации бронхиальной астмы» и клинический протокол МЗ РБ по астме.

Имеется большой выбор лекарственных препаратов для лечения астмы (в их числе – ингаляционные глюкокортикостероиды (ГКС) – бекламетазон дипропионат, будесонид, флунизонид, триамцинолона ацетонид, пролонгиро-ванные β_2 -агонисты, М-холинолитики, теофиллины, антилейкотриеновые и др.)

Несмотря на это, результаты лечения астмы часто не удовлетворяют ни врачей, ни пациентов (6, 11, 12). Ведущим считается базисная противовоспалительная терапия бронхиальной астмы (2, 7, 10).

В соответствии с рекомендациями и стандартами, выбор препаратов и их дозы зависят от степени тяжести бронхиальной астмы (3, 4).

Ингаляционный ГКС флутиказон пропионат применяется с 1993 года. В настоящее время используется дозированный аэрозольный и пудросодержащий ингаляторы флутиказона пропионата: низкие его суточные дозы (100-250мкг), средние (250-500мкг) и высокие (более 500мкг).

Приоритетными считаются ингаляционные ГКС в сочетании с пролонгированными β_2 -агонистами (флексотид, серетид, симбикорт).

Аэрозольный ингалятор симбикорт – это будесонид и формотерол, серетид – это флутиказон пропионат и сальметерол.

Наличие дозированных аэрозольных и пудросодержащих ингаляторов с различными дозировками ГКС и β_2 -агонистов (25/100, 50/100, 25/250, 50/250, 25/500, 50/500) облегчают индивидуализированное лечение в конкретный период болезни. Особенно это актуально у больных с «гормонозависимой» астмой (sterjoid dependent ast.). При этой форме астмы имеет место тяжелое течение заболевания, частые обострения, осложнения, для предупреждения которых длительно (в течение месяцев) используются ГКС (7). С учетом их побочного действия, каждому хотелось бы использовать меньшие дозы.

К стероидозависимости могут привести: тяжесть течения болезни, недостаточная приверженность пациента адекватно назначенному базисному лечению, неадекватная фармакотерапия, необоснованное назначение пролонгированных ГКС (масленные растворы триамцинолона, метилпреднизолона, бетаметазона), наличие сопутствующих заболеваний (9). Актуальным является использование небулайзеров при астме (1). Однако и это фундаментально не решает вопросы лечения астмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 56 больных бронхиальной астмой среднего персистирующего течения в фазе обострения в двух группах (1-я, основная – 36 человек и 2-я, контрольная – 20) в возрасте – 24-71 год. Мужчин было 19, женщин – 37. По клинической характеристике эти группы были сопоставимы. Всем пациента при подборе лечения использовались клинические протоколы. Кроме этого в 1-ой группе назначался

дозированный аэрозольный ингалятор флутиказона пропионат + сальметерол (серетид) (25/250мкг по 2 вдоха 2 раза в сутки).

Лечение проводилось под контролем клинических и лабораторно-инструментальных показателей: функции внешнего дыхания, объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), пиковой скорости выдоха (ПСВ), суточной вариабельности ПСВ или ОФВ₁. Учитывалась выраженность ночных и дневных симптомов астмы, потребность в β₂-агонистах короткого действия, параметры качества жизни по опроснику AQLQ, длительность периода обострения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Надобность в β₂-агонистах короткого действия у пациентов I-ой группы, как правило, отпадала сразу.

Значительно в более короткие сроки в основной группе улучшилось самочувствие, показатели качества жизни, уменьшилась частота приступов затрудненного дыхания, сокращалась продолжительность обострения заболевания.

Показатели дыхательной проходимости в процессе лечения представлены в таблице I.

Таблица I
СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ В ДИНАМИКЕ % (процент)

Больные астмой	Средние показатели			
	ОФВ ₁	ПСВ	ОФВ ₁	ПСВ
	в 1 – 2-ой день		на 8 – 9-ый день	
I-я группа (основная)	72,1	76,0	90,1	89
2-я группа (контроль)	71,4	75,7	85,2	79,4
различие	P>0,5	P>0,5	P<0,005	P<0,0001

Как видно из таблицы I, у пациентов основной группы на 8-9 сутки лечения достоверно были более высокими средние показатели дыхательной проходимости, по сравнению с контролем. Кроме этого у этих больных быстрее уменьшалась частота дневных и ночных симптомов астмы, улучшалось настроение, показатели качества жизни, сокращалась продолжительность пребывания в стационаре. В основной группе она составила 9,52 ± 0,23 дня, в контрольной – 12,06 ± 0,45 дня. Различие достоверно (P<0,001).

Хорошие результаты использования аэрозольного ингалятора флутиказона пропионата + сальметерола (серетид) в комплексном лечении обострений бронхиальной астмы средней степени тяжести следует объяснить не только психотерапевтическим воздействием (общение пациентов между собой «ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫЙ ИНГАЛЯТОР»), но и механизмом действия входящих в состав этого ингалятора ингаляционного ГКС флутиказона пропионата на β₂-адренорецепторы дыхательных путей, увеличением их числа, устранением «down»-эффекта и повышением чувствительности к β₂-агонистам. Синергизм ингаляционных ГКС и прологированных β₂-агонистов доказан на молекулярном, рецепторном и клеточном уровнях (8).

Отсюда понятен высокий эффект сочетания использования аэрозольного ингалятора флутиказона пропионат + сальметерол (серетид) в комплексном лечении обострений бронхиальной астмы.

Ингалятор достаточно дорог, но пациенты БА в Республике Беларусь им обеспечиваются бесплатно.

Таким образом, аэрозольный ингалятор флутиказона пропионат + сальметерол (серетид) – эффективен при бронхиальной астме.

Литература

1. Гуревич, Г. Л. Небулайзерная терапия заболеваний органов дыхания: учеб. пособие / Г. Л. Гуревич. Минск, 2003.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики БА (GINA) / пер. с англ. языка под ред. А. Г. Чучалина. М.: изд. «Атмосфера», 2007.
3. Клинический протокол диагностики и лечения БА. Приложение к приказу МЗ РБ № 807 от 25 октября 2006 г. «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения», С. 56.
4. Согласованное национальное руководство по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации БА. Пересмотр. Минск, 2006. С. 76.
5. Синопальникова, А. И. Пути оптимизации ГКС-ной терапии: субстанция, система доставки, пропеллент / А. И. Синопальникова, И. Л. Клячкина. Пульмонология. 2002. Т. 5. № 4. С. 192–197.
6. Фассахов, Р. С. Стероидозависимая БА / Р. С. Фассахов, О. Е. Богоудинова, Д. И. Владимирова. Атмосфера, 2002. № 1. С. 11–14.
7. Фассахов, Р. С. Гормонозависимая БА: эффективный подход к снижению дозы системных ГКС-дов (результаты многоцентрового исследования «Гроза») / Р. С. Фассахов [и др.]. Атмосфера, 2005. № 2. С. 56–59.
8. Adcock, L. Molecular integration between glucocorticoids and long-acting β_2 agonists / L. Adcock, K. Manelhotesuwan, O. Usmani. J. Allergy Clin. Immunol. 2002. № 66, 110, P. 261–268.
9. Burq, P.C. Randomised double blind, placebo controlled study in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the isade trial / P.C. Burq [et al.]. Brit. Med. j., 2000, 320, P. 1297–1303.
10. Harold, S. Oral glucocorticosteroid Sparing Effect of Budesonide Administered by Turbuhaler Adoubl-blind, placebo-controlled study in adults with Moderate Severe chronic asthma / S. Harold [et al.]. Chest., 1998, R. 113, P. 1264–1271.
11. Gaining optimal asthma control: including the goal study. Goal study back grounder, 2000.
12. Chung, K. F. Difficult therapy resistant asthma: the need for a integrated approach to define clinical phenotypes evaluate risk factors, understand pathophysiology and find novel therapies. ERS Task Force on difficult therapy – resistant asthma / K. F. Chung [et al.]. EUR respere J. 1999. V. 13, P. 1198–1208