

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ
С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И СИСТЕМНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

А.А. Мошкина

**EFFECTIVENESS OF DIFFERENT BASIC THERAPIES
IN PATIENTS WITH A COMBINATION OF BRONCHIAL ASTHMA AND ARTERIAL
HYPERTENSION IN CURRENT ENVIRONMENT**

A.A. Moshkina

Кировская государственная медицинская академия,
кафедра терапии института последипломного образования

Изучена эффективность влияния трёх различных схем лечения персистирующей БА средней степени тяжести в сочетании с системной артериальной гипертензией на динамику артериального давления и течение бронхообструктивного синдрома в современных экологических условиях. У данной категории пациентов достоверно доказано преимущество комбинированных схем лечения, включающих средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и пролонгированный β_2 -адреномиметик, над монотерапией высокими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов.

The main goal of the current investigation was to study the influence of three different schemes of treatment for persistent bronchial asthma of moderate severity accompanied by systemic arterial hypertension on dynamics of arterial hypertension in current environment. The investigation also analyzed the course of bronchial obstructive syndrome in current environmental conditions. The study reliably showed advantages of combined schemes of treatment that included moderate doses of inhaled glucocorticosteroids and long-acting β_2 -adrenomimetics over monotherapy of high doses of inhaled glucocorticosteroids.

На данном этапе развития цивилизации четко сформировалось представление о здоровье человека, не только как о генетически обусловленном результате резервных возможностей организма, но и как о совокупном результате влияния условий окружающей среды (экологии, пищевых факторов, образа жизни) [4].

Загрязнение окружающей среды многих территорий России привело к тому, что 14–16,0 % ее площади уже можно считать зоной экологического бедствия. В экологически неблагоприятных районах живет приблизительно 89,0 % населения страны. Отчасти в связи с вышеизложенными фактами, продолжает увеличиваться частота заболеваемости и сохраняется высокая смертность от бронхолегочных и кардиоваскулярных патологий, в частности от бронхиальной астмы (БА) и артериальной гипертензии (АГ).

Известно что, несмотря на бурное развитие медицинской науки и появление все новых лекарственных средств, в 2003 г. в мире насчитывалось 300 млн больных БА, явившейся причиной смерти 250 000 человек [2]. Результаты анализа статистических данных в

России также неутешительны: в 2003 г. насчитывалось 957 448 пациентов, страдающих БА, из них 751 случай БА закончился смертельным исходом [1].

Каждый житель современного города ежедневно подвергается влиянию гипоксии, являющейся одним из наиболее значимых факторов риска ряда сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и заболеваний дыхательной системы. У пациентов-астматиков в периоды обострения и повышения потребности в адреномиметических препаратах, то есть в условиях усугубления гипоксии, особенно при неадекватно подобранной базисной терапии, риск кардиоваскулярных и респираторных патологий значительно увеличивается. В частности, по мнению большинства исследователей, у больных БА именно гипоксия является основным механизмом развития артериальной гипертензии (АГ) [3], частота которой у пациентов, страдающих БА, в среднем составляет 34,8 %, что превышает аналогичный показатель у взрослых без БА – 30,0 % [5].

В современной экологической обстановке избытке триггеров поражает своим разнообразием

разием, что обуславливает частые периоды ухудшений течения БА с увеличением потребности в короткодействующих и пролонгированных β_2 -адреномиметических препаратах даже при правильно подобранной базисной терапии. Эти средства обладают способностью стимулирующего влияния на симпатическую систему, следовательно, сами являются и факторами риска АГ, и возможной причиной нестабильности ССЗ, сопутствующих БА.

Кроме того, очевидно взаимноеотягачающее влияние АГ и БА. Так, являясь одним из главных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них (50,0 % в структуре общей смертности), АГ воздействует на внутрилегочную гемодинамику и бронхиальную проходимость, усугубляя течение БА; с другой стороны, неконтролируемая бронхиальная обструкция и приступы удушья являются мощными стрессовыми факторами [3], которые в совокупности с гипоксией и симпатомиметическими эффектами бронхолитических препаратов отрицательно влияют на течение АГ.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности различных вариантов длительной базисной терапии БА на динамику АД и течение синдрома бронхиальной обструкции у пациентов с сочетанием персистирующей БА средней степени тяжести и АГ в современных экологических условиях.

В рамках настоящего исследования обследовано 90 пациентов с сочетанием персистирующей БА средней степени тяжести и АГ, которые методом простой рандомизации были разделены на 3 группы. Исходно группы не различались статистически по тяжести и особенностям течения БА и АГ.

Пациенты первой исследуемой группы ($n = 30$; средний возраст $55 \pm 2,3$ года) получали в качестве базисной терапии БА ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС) беклометазона дипропионат (БМД) в средних суточных дозировках (500—1 000 мкг в сутки) в сочетании с пролонгированным ингаляционным β_2 -адреномиметиком (сальметерол 100 мкг в сутки). Пациенты второй исследуемой группы ($n = 30$; $58 \pm 1,9$ года) получали аналогичную терапию ИГКС в сочетании с пероральным β_2 -адреномиметиком продленного действия (кленбутерол 45 мкг в сутки). Пациентам третьей группы ($n = 30$; $56 \pm 1,5$ года) в качестве базисной терапии БА назначались ИГКС в высоких дозах (БМД 1 000—2 000 мкг в сутки) без β_2 -адреномиметика продленного дей-

ствия. Всем пациентам проводились мероприятия по немедикаментозной коррекции АД [5] и использование β_2 -адреномиметика короткого действия сальбутамола по потребности (купирование приступов, ингаляция за 15—20 мин до действия неустранимого фактора-триггера). Контроль терапии проводился с помощью анализа данных мониторинга пикового экспираторного потока (ПЭП) и величины АД.

Исходно 90,0 % пациентов находились в красной или желтой зоне контроля над астмой, средние показатели ПЭП (сПЭП) в исследуемых группах статистически не различались ($p > 0,05$): в 1 группе наблюдаемых сПЭП составлял $72,7 \pm 4,4$ % от наилучшего за последний год, во 2 группе — сПЭП соответствовал $69,2 \pm 3,9$ % от наилучшего, в 3 группе сПЭП составлял $69,5 \pm 6,5$ % от наилучшего. Исходные значения среднего АД у пациентов трёх исследуемых групп также статистически не различались ($p > 0,05$): в 1 группе — $108,3 \pm 2,4$ мм Hg, во 2 группе — $109,4 \pm 2,8$ мм Hg, и в 3 группе — $109,1 \pm 2,5$ мм Hg.

Через 15 дней терапии (промежуточный контроль) проводилась оценка клинического состояния пациентов, показателей сПЭП и среднего АД. Пациенты всех исследуемых групп отмечали субъективное улучшение состояния: уменьшилось количество и тяжесть приступов БА, уменьшилась потребность в сальбутамоле. У пациентов 1-й и 2-й групп под воздействием лечения достоверно увеличился показатель сПЭП — $81,5 \pm 4,2$ % от наилучшего ($p = 0,002$) и $84,5 \pm 4,8$ % от наилучшего ($p = 0,001$). У пациентов 3-й группы отмечалась лишь тенденция к увеличению сПЭП — $74,5 \pm 4,25$ % от наилучшего ($p > 0,05$). При межгрупповом сравнении достоверных промежуточных результатов лечения большим был прирост сПЭП у пациентов 2-й группы ($p = 0,04$). Показатели среднего АД достоверно не изменились в трёх исследуемых группах ($p > 0,05$), однако отмечалась тенденция к снижению среднего АД у пациентов 2-й группы до $105,2 \pm 2,9$ мм Hg.

При контрольном визите через 30 дней от начала лечения проводилась повторная оценка состояния и эффективности лечения БА и АГ. Все пациенты отмечали значительное улучшение состояния по сравнению с исходными данными. У пациентов всех исследуемых групп под воздействием лечения произошёл достоверный прирост сПЭП: в 1-й группе до $88,5 \pm 3,4$ % от наилучшего ($p = 0,0001$), во 2-й группе до $90,5 \pm 3,14$ % от наилучшего

($p = 0,0001$) и в 3-й группе до $85,3 \pm 4,5 \%$ от наилучшего ($p = 0,001$); однако показатели среднего АД достоверно не изменились ни в одной из исследуемых групп ($p > 0,05$).

Выводы

1. Бронхолитическая терапия в течение 15 дней сопровождалась достоверным приростом сПЭП только у пациентов, получавших схемы лечения, включавшие пролонгированные β_2 -адреномиметики сальметерол или кленбутерол (группа 1, группа 2). Причём достоверно большим был прирост показателя сПЭП у пациентов, получавших средние дозы ИГКС и пролонгированный β_2 -адреномиметик кленбутерол. Одновременно ни в одной из трёх исследуемых группах не наблюдалось достоверных изменений показателя среднего АД в сторону повышения, а во второй группе даже прослеживалась тенденция к его снижению.

2. Продолжение терапии в течение 30-дневного периода во всех 3-х группах оказывало сопоставимый эффект на купирование бронхообструктивного синдрома, при этом достоверных изменений среднего АД не было зарегистрировано.

3. У пациентов с сочетанием БА и АГ через месяц терапии при сопоставимой эффективности всех исследуемых схем лечения синдрома бронхиальной обструкции не отмечалось достоверного повышения среднего АД, в т. ч. у пациентов, получающих адреномиметические бронходилататоры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бронхиальная астма // Под редакцией акад. РАМН А.Г.Чучалина в 2 томах. Т.1. М.: Агар, 2004. 432 с.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. — 104 с., ил.
3. Гриппи М.А. Патофизиология легких. М.: Восточная книжная компания, 1997. 344 с., ил.
4. Martinez FD. Genes, environments, development and asthma: a reappraisal. Eur Respir J 2007; 29 (1): 179-84.
5. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. J. Hypertens. 2007; 25: 1105–1187

