

# Легкая бронхиальная астма: некоторые аспекты лечения и профилактики обострений (исследования OPTIMA и SYMBOL)

**Н.П. Княжеская, М.О. Потапова**

Исходя из воспалительной концепции бронхиальной астмы (БА) для врача наиболее важно определиться в степени ее тяжести [1, 2]. Именно степень выраженности воспалительного процесса и определяет наличие тех или иных симптомов заболевания, на основании которых подбирается базисная противовоспалительная терапия. При неправильном лечении воспалительного процесса симптомы могут не только не уменьшаться, но и нарастать, что может привести к неконтрольному течению БА и обострению заболевания.

Если спросить врача, какие симптомы наиболее характерны для БА, то подавляющее большинство назовет приступы удушья. Однако в определении БА указаны такие симптомы, как затрудненное дыхание, одышка, стеснение в грудной клетке, кашель, а приступы удушья не относятся к хроническому течению БА, являясь признаком обострения заболевания. Ориентировка врача на “большие” симптомы БА зачастую приводит к неправильному сбору анамнеза, неправильной диагностике и вследствие этого к неверному лечению.

Отчасти поэтому в России БА по данным статистики представлена в основном среднетяжелой и тяжелой фор-

мами. Пациенты с легкой БА либо не имеют такого диагноза, а расцениваются как больные различными формами бронхита, либо даже при установленном диагнозе фактически не лечатся. Обследуя пациентов с легкой БА, с удивлением узнаешь, что для ку-

**При легкой персистирующей БА необходим ежедневный прием противовоспалительных препаратов, предпочтительно ИГКС.**

пирования симптомов они используют эуфиллин в таблетках, различные антигистаминные препараты, а чаще ждут, когда симптомы пройдут сами собой.

Однако эта категория больных достаточно многочисленна, составляя почти треть всех больных БА. Как правило, это атопики. Нередко они заболевают в раннем детстве, и помимо БА у них присутствуют все проявления “атопического марша”: круглогодичный или сезонный аллергический ринит, хронический или сезонный аллергический конъюнктивит, различные проявления атопического дерматита и т.д.

Пациенты с легкой БА – это неоднородный контингент больных, и по степени тяжести внутри этой группы можно выделить две подгруппы: легкую персистирующую и легкую интермиттирующую БА (таблица). Как видно из представленных данных, пациенты с легкой БА имеют достаточно редкие симптомы и нормальные показатели функции внешнего дыхания. Видимо, это и приводит к тому, что врач раздумывает: лечить или не лечить этого пациента. Рекомендации GINA-2002 на этот счет весьма строги: легкая персистирующая БА требует назначения ин-

галяционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в дозе до 500 мкг беклометазона или его эквивалента.

Главный способ лечения легкой персистирующей БА – это ежедневный регулярный прием противовоспалительных препаратов, предпочтительно ИГКС (уровень доказательности А). Альтернативой ИГКС при выборе противовоспалительного препарата для контроля легкой персистирующей БА являются теофиллины с медленным высвобождением субстанции, кромоны или антагонисты лейкотриенов, но они менее эффективны или эффективны только у части больных, которых можно идентифицировать только после пробного курса терапии (уровень доказательности А). Помимо регулярного применения препаратов для контроля БА, пациентам должен быть доступен ингаляционный  $\beta_2$ -агонист с быстрым началом действия для купирования симптомов, но частота его применения не должна превышать 3–4 раз в сутки.

Для большинства больных с легкой интермиттирующей БА рекомендуется прием ингаляционных  $\beta_2$ -агонистов с быстрым началом действия по потребности (уровень доказательности А). Пациентов с легкой интермиттирующей БА и тяжелыми обострениями следует лечить как больных с бронхиальной астмой средней тяжести (уровень доказательности D).

Таким образом, врач должен внимательно относиться к данной группе больных и правильно подбирать им лечение. И это не всегда является легкой задачей. Оценивая проблемы пациентов с легкой БА, можно выделить

**Надежда Павловна Княжеская** – канд. мед. наук, доцент кафедры пульмонологии ФУВ РГМУ.  
**Марина Олеговна Потапова** – врач Центральной клинической больницы с поликлиникой МЦ УД Президента РФ, Москва.

Легкая интермиттирующая и персистирующая БА

Признаки	Легкая интермиттирующая БА	Легкая персистирующая БА
Частота симптомов	Реже 1 раза в неделю	Чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день
Обострения	Короткие	Могут нарушать физическую активность и сон
Ночные симптомы	Не чаще 2 раз в месяц	Чаще 2 раз в месяц
Величина ОФВ <sub>1</sub> (или ПСВ)	Не менее 80% от должных	Не менее 80% от должных
Вариабельность ОФВ <sub>1</sub> и ПСВ	Менее 20%	20–30%

Обозначения: ОФВ<sub>1</sub> – объем форсированного выдоха за 1-ю секунду, ПСВ – пиковая скорость выдоха.

некоторые, значительно ограничивающие их жизнедеятельность.

Прежде всего, это атопия. Атопика опасности подстерегают на каждом шагу: контакт с домашними животными, посещение зоопарка или цирка, поездка на дачу, укусы насекомых, обеды в кафе или столовых, вакцинация, визит к стоматологу и т.д. и т.п.

Среди круга проблем пациента с легкой БА можно назвать и ограничение физической активности, и реакции на холодный воздух, и необходимость постоянно носить с собой препарат для купирования симптомов БА, а также несерьезное отношение к заболеванию со стороны самого пациента, его близких и врачей.

Но наиболее серьезной проблемой являются обострения БА. Положение GINA-2002 гласит: “Пациенты, страдающие БА легкой степени тяжести, имеют риск развития тяжелых обострений БА, вплоть до фатальных”.

### Исследование OPTIMA

Для того чтобы защитить пациента с БА от обострений, проводится анализ данных, полученных в ходе рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Одно из крупных исследований у больных с легкой БА было посвящено этой теме. Исследование OPTIMA [3] было двойным слепым, рандомизированным, плацебо-контролируемым и проводилось в параллельных группах на протяжении 1 года. Цель исследования: определить, снижает ли риск тяжелых обострений и улучшает ли контроль заболевания регулярная терапия низкими дозами ИГКС в виде монотерапии и в сочетании с β<sub>2</sub>-агонистами длительно-го действия по сравнению с плацебо.

Критериями тяжелого обострения считались: применение пероральных глюкокортикостероидов (ГКС) по ре-

шению врача-исследователя, госпитализация (или обращение за неотложной помощью), снижение утренней ПСВ более чем на 25% по сравнению с исходными показателями на протяжении двух последовательных дней.

Критерии дней с низким контролем над БА были следующими: снижение утренней ПСВ на 20% и более по сравнению с исходными показателями, увеличение использования препарата для облегчения симптомов на 2 вдоха и более по сравнению с исходным, наличие ночного пробуждения.

В исследование были включены 1970 человек, получавших различные схемы лечения: группа плацебо, группа, получавшая монотерапию будесонидом в дозе 200 и 400 мкг в сутки, и группы, получавшие 200 мкг будесо-

**Следует помнить, что и при легкой БА возможны тяжелые обострения, вплоть до фатальных.**

нида + формотерол или 400 мкг будесонида + формотерол. Кроме того, все пациенты использовали β<sub>2</sub>-агонисты короткого действия по потребности.

При оценке результатов оказалось, что группа плацебо и группа монотерапии будесонидом в дозе 200 мкг в сутки были сравнимы по числу обострений, дней с низким контролем над БА и назначений курсов системных ГКС для купирования обострений. В группах, получавших комбинированную терапию “формотерол + будесонид”, значительно сокращалось число дней с низким контролем над БА, резко снижался риск возникновения тяжелых обострений, требующих назначения системных ГКС. Кроме того, комбинированная терапия “формотерол + будесонид” улучшала показатели ОФВ<sub>1</sub> и ПСВ.

Таким образом, подтверждается положение GINA-2002: “Включение

ингаляционного β<sub>2</sub>-агониста длительного действия в схему лечения больных, у которых БА не удается контролировать низкими или высокими дозами ИГКС, позволяет достичь лучшего контроля заболевания, чем просто увеличение дозы ИГКС в 2 раза и более (уровень доказательности А)”.

### Исследование SYMBOL

Другим не менее интересным исследованием, посвященным пациентам с легким течением БА, было рандомизированное, двойное слепое мультицентровое исследование в параллельных группах SYMBOL [4], в котором принимала участие и Россия. Целью исследования было сравнение эффективности и безопасности терапии Симбикортом (2 ингаляции 1 раз в день) с монотерапией будесонидом (1 раз в день) и с другой схемой лечения Симбикортом (1 ингаляция 2 раза в день) у пациентов с БА легкой степени тяжести.

Исследуемыми показателями были: ПСВ, данные спирометрии, симптомы БА в баллах (по трехбалльной шкале), использование β<sub>2</sub>-агониста по потребности, ночные пробуждения, побочные эффекты. В исследовании приняли участие 617 человек. Все пациенты были разделены на три группы, одна из которых получала Симбикорт (80 мкг будесонида + 4,5 мкг формотерола в 1 ингаляционной дозе, порошковый ингалятор Турбухалер) по 2 ингаляции 1 раз в день, другая – Симбикорт Турбухалер в дозе 80/4,5 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день, третья – будесонид Турбухалер 200 мкг 1 раз в день. Период лечения продолжался 12 нед.

Полученные данные позволили сделать следующие выводы:

- эффективность терапии Симбикортом при однократном приеме под-держивается в течение 24 ч;
- терапия Симбикортом при однократном или двукратном приеме лучше контролирует БА, чем монотерапия будесонидом;
- схемы с однократным и двукратным приемом Симбикорта в сутки достоверно не отличаются по контролю БА.

**Заключение**

Данные исследований последних лет, в том числе OPTIMA и SYMBOL, за-

ставляют врачей более внимательно относиться к пациентам с легкой БА и подтверждают, что комбинация ИГКС и  $\beta_2$ -агониста длительного действия является эффективной и у больных с легкой БА. В настоящее время существует возможность использовать комбинацию этих препаратов в едином ингаляторе (Симбикорт Турбухалер: будесонид + формотерол; Серетид Мультидиск: флютиказона пропionato + сальметерол). Ингаляторы с фиксированными комбинациями препаратов более удобны для пациентов, повышают комплайнс, обеспечивают

одновременное введение  $\beta_2$ -агониста длительного действия и ИГКС и менее дороги, чем сочетание двух отдельных ингаляторов.

**Список литературы**

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. М., 2002.
2. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит / Под ред. Чучалина А.Г. М., 2002.
3. Barnes P.J. et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2001. V. 164. P. 1392.
4. Kuna P., Chuchalin A., Ringdal N. Data on file, 2003.

**Подписка**

Уважаемые читатели! В серии журналов для практикующих врачей с 2001 г. издается журнал **“Атмосфера. Пульмонология и аллергология”**. Вы можете оформить подписку на этот журнал в любом отделении связи России и СНГ. Стоимость подписки на I полугодие 2004 г. по каталогу агентства “Роспечать” – 44 руб.

Ф. СП-1

Министерство связи России  
«Роспечать»

**АБОНЕМЕНТ** на газету **81166**  
журнал (индекс издания)

**Атмосфера. Пульмонология и аллергология**  
(наименование издания) Количество комплектов

на \_\_\_\_\_ год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда \_\_\_\_\_  
(почтовый индекс) (адрес)

Кому \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

---

**ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА**

на газету **81166**  
журнал (индекс издания)

**Атмосфера. Пульмонология и аллергология**  
(наименование издания)

Стоимость	подписки	_____ руб. _____ коп	Количество комплектов
	пере-адресовки	_____ руб. _____ коп	

на \_\_\_\_\_ год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда \_\_\_\_\_  
(почтовый индекс) (адрес)

Кому \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)