ВОЗМОЖНОСТИ СВОБОДНОЙ КОМБИНАЦИИ ФОРМОТЕРОЛА (ФОРАЛЕС) И БУДЕСОНИДА (БУДЕКТОН) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ахмедов Х.С. - врач-аллерголог
Центр дерматовенеролгии и косметолгии (Ташкент, Узбекистан)

По данным издания Global Burden of Asthma, в настоящее время в мире более 300 млн человек страдает бронхиальной астмой (БА), что составляет от 5 до 15% населения в разных странах. Несмотря на значительный прогресс современной клинической фармакологии и широкую доступность высокоэффективных и безопасных лекарственных препаратов, БА до сих пор остается одним из наиболее распространенных заболеваний бронхолегочной системы среди взрослого населения с высокой социальной значимостью и выраженными влиянием на качество жизни пациента, что позволяет отнести данное заболевание к одной из актуальных проблем современной медицины (1).

Целью исследования было изучение эффективности, безопасности и удобства использования препаратов Форалес и Будектон у пациентов с БА по следующим параметрам:

• снижение частоты дневных и ночных симптомов, улучшение показателей функции внешнего дыхания, сокращение применения β2_агонистов ДД, снижение частоты обострений, достижение контроля БА;

• приверженность пациентов проводимой терапии в течение 6 мес (комплайнс), а также удобство применения пациентами данной комбинации и ингаляционного устройства;

• безопасность терапии;

• динамика показателей качества жизни.

Материал и методы.

В исследование включались мужчины и женщины в возрасте 18 лет и старше, подписавшие согласие на сбор медицинских данных. У всех пациентов диагноз БА был установлен в соответствии с критериями “Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы” (GINA) [1].Все пациенты имели показания для назначения Форалес и Будектон согласно инструкции по применению: БА, недостаточно контролируемая приемом ИГКС и β2_агонистов КД в качестве терапии по требованию или недостаточно контролируемая приемом любой другой комбинации ИГКС и β2_агониста ДД (фиксированной или свободной). Эквипотентная доза ИГКС, которую пациенты должны были использовать как минимум в течение 1 мес перед включением в исследование, составляла не менее 400 мкг будесонида (Будектон) и 24 мкг формотерола фумарата (Форалес).В исследование не включались пациенты с обострением БА или респираторной инфекцией, с повышенной чувствительностью к формотеролу, будесониду или другому компоненту Форалис и Будектона с хронической обструктивной болезнью легких или с нестабильным течением сердечно-сосудистых заболеваний.

Статистическое сравнение средних значений (распределений) количественных непрерывных переменных между двумя параллельными группами проводилось с помощью критерия Стьюдента.

Результаты исследования.

В подгруппу пациентов с ОФВ1 <50% от должного вошло 22 человека: 41% мужчин, средний возраст 52,4 ± 13,7 года. Среднетяжелая персистирующая БА имелась у 11 пациентов, тяжелая персистирующая БА – также у 11 пациентов; длительность

заболевания составила в среднем 17,3 ± 9,4 года, исходный ОФВ1 – 45,3 ± 4,7% от должного. Поскольку у больных этой подгруппы исходно имелись более выраженные нарушения бронхиальной

проходимости и плохой контроль БА, чем у всей исследуемой выборки, возникла потребность в отдельном анализе этих данных.

Выводы.

Результаты проведенного исследования позволяют прийти к заключению что, ингаляционная терапия кортикостероидными и бронхолитическими препаратами Будектон 200 мкг и Форалес 12 мкг 2 раза в сутки является наиболее оптимальным вариантом лечения больных с тяжёлой бронхиальной астмой (4 ступень).

Эффективность терапии 97 % отличный эффект. Комбинированная терапия приводит к значительному улучшению контроля над симптомами бронхиальной астмы, и одновременно возрастают показатели внешнего дыхания.

Более быстрое и значительное улучшение общего состояния больных на фоне комбинированной терапии объясняется улучшением доставки лекарственного средства в дыхательные пути.