

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра
_____ В.А. Ходжаев
29 декабря 2010 г.
Регистрационный № 131-1110

**МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ
С АСТМОЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

ГУ «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь»

АВТОРЫ:

Канд. мед. наук Лаптева И.М., Лицкевич Л.В., Харевич О.Н.,
Порахонько Н.А., Томашевский А.В., канд. мед. наук Лаптева Е.А.,
канд. мед. наук Каминская Т.В.

Минск 2010

В настоящей инструкции изложен современный метод оптимизации базисной терапии у пациентов с астмой. Причиной недостаточного контроля астмы является несоблюдение режимов базисной терапии, а также возможности адекватной ее интенсификации на этапах развития болезни. Авторами представлен рациональный алгоритм интенсификации базисной терапии до достижения необходимого контроля над течением болезни.

Инструкция предназначена для врачей, занимающихся лечением астмы: терапевтов, пульмонологов, аллергологов. Целью инструкции является информирование специалистов о необходимости своевременной коррекции схем лечения астмы с учетом ответа на проводимую терапию с последовательной оптимизацией конкретных схем и соблюдением необходимых сроков базисной терапии на этапах развития болезни.

Основной целью лечения астмы является как купирование симптомов и обострений заболевания, так и достижение и поддержание клинического контроля. При этом контроль над астмой (контролируемая БА) определяется как отсутствие обострений, дневных (не более 2 эпизодов в неделю) и ночных симптомов (в т.ч., пробуждений из-за приступов астмы), ограничений физической активности, потребности в препаратах «скорой помощи» и нарушений функции внешнего дыхания. Адекватная базисная терапия, обеспечивающая достижение и удержание контроля над астмой на протяжении длительного времени, позволяет минимизировать фармакологическую нагрузку на пациента, сохранить качество жизни, предотвратить развитие осложнений и инвалидизацию. Каждый пациент требует особого подхода в выборе оптимального режима базисной терапии с последующим адекватным уменьшением объема назначенного лечения при достижении контроля.

При выборе лекарственных средств для пациента с астмой учитывается не только тяжесть и клинический вариант течения болезни, но и доступность различных групп противоастматических препаратов, социально-экономические факторы. Большинство пациентов нуждается в многолетней поддерживающей терапии с непрерывным мониторингом ее эффекта и коррекцией в зависимости от уровня контроля над астмой. Прекращение лечения оправдано лишь в ремиссии астмы, продолжающейся 6–12 мес., при полном отсутствии клинических и функциональных признаков болезни на минимальных поддерживающих дозах противовоспалительных препаратов.

В Республике Беларусь достигнуты значительные успехи в лечении астмы в последнее десятилетие: показатель смертности снизился с 5,2 до 0,59 на 100 тыс. населения, частота госпитализаций уменьшилась в 2 раза, повсеместно внедрена базисная терапия, значительно участилось использование базисных препаратов при лечении астмы. Тем не менее, сохраняется неблагоприятное соотношение в потреблении базисных препаратов и средств неотложной помощи с преобладанием последних (в 2009 г. соотношение составило соответственно 1:3). Преимущественное использование короткодействующих β_2 -агонистов приводит не только к

неоправданному расходованию средств, но и к увеличению частоты осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

По данным проведенного анализа причиной недостаточного контроля астмы является несоблюдение алгоритмов базисной терапии с возможностью адекватной интенсификации на этапах развития болезни. Выявлено, что в ряде случаев у пациентов с астмой не достигается достаточный уровень контроля над заболеванием несмотря на интенсивную терапию в течение длительного времени. Проведенное методом ABC-анализа фармакоэкономическое исследование, посвященное антиастматической терапии, свидетельствует о широком применении короткодействующих β_2 -агонистов, о несоответствии объемов проводимой базисной терапии состоянию пациента, о недостаточном использовании возможностей ИГКС.

Приведенные данные показывают необходимость назначения оптимальной базисной терапии с рациональным выбором препарата, адекватным дозовым режимом и минимизацией побочных эффектов.

Показания для интенсификации базисной терапии у пациентов с астмой:

- частичный контроль астмы с частыми (более 2 раз в неделю) эпизодами обострений и ночных симптомов;
- текущая терапия ИГКС не обеспечивает контроля над астмой;
- потребность в β_2 -агонистах более 3–4 раз в 1 сут.

Противопоказания: абсолютных противопоказаний нет, относительные — кандидоз полости рта.

Алгоритм интенсификации базисной терапии астмы заключается в рациональном использовании схем базисной и неотложной терапии с адекватной коррекцией суточных доз базисных препаратов и минимизацией препаратов неотложной помощи, а также дифференцированным назначением ИГКС и комбинированных антиастматических препаратов при недостаточной эффективности проводимого лечения на предыдущих этапах.

Методика интенсификации базисной терапии астмы используется, если текущая терапия ИГКС не обеспечивает контроля над астмой. В этом случае 1-й этап интенсификации заключается в увеличении суточной дозы ИГКС до эквивалентной среднему и высокому уровню вплоть до мегадоз (таблица 1) до достижения контроля.

Таблица 1

Эквивалентные суточные дозы ИГКС у взрослых

| Препарат | Низкие | Средние | Высокие |
|--------------|---------|-----------|------------|
| Беклометазон | 200–500 | >500–1000 | >1000–2000 |
| Будесонид | 200–400 | >400–800 | >800–1600 |
| Флутиказон | 100–250 | >250–500 | >500–1000 |

При сохранении контроля над астмой в течение 3 мес. возможно уменьшение объема терапии ИГКС на 50% с последующим дальнейшим ступенчатым снижением дозы каждые 3 мес. до минимально необходимого поддерживающего уровня (рис.1). Если контроль не достигнут в течение

3-х мес. от начала лечения, в схему включают комбинированный препарат: ИГКС и β_2 -адреномиметик длительного действия. При достижении контроля и его сохранении в течение 3 мес. проводится ступенчатое снижение дозы ИГКС (в составе комбинированного препарата) на 50% каждые 3 мес. с сохранением прежней дозы β_2 -адреномиметика длительного действия. Только при достижении дозы ИГКС, эквивалентной низкой, β_2 -адреномиметик длительного действия полностью отменяется. Если схема, включающая комбинированный препарат ИГКС и β_2 -адреномиметик длительного действия, не приводит к достижению контроля, увеличивают дозу ИГКС в составе комбинированного препарата. При отсутствии контроля следующий этап предполагает добавление ГКС системного действия коротким курсом. При недостаточной эффективности указанной схемы пациент госпитализируется.

Прекращение лечения возможно лишь при полном отсутствии клинических и функциональных признаков болезни на минимальных поддерживающих дозах ИГКС в течение 6–12 мес. Возобновление симптомов астмы или ее функциональных признаков по данным мониторинга бронхиальной проходимости после отмены лечения является основанием к незамедлительному возобновлению базисной терапии.

Таким образом, основные принципы интенсификации базисной терапии астмы заключаются:

- в увеличении суточной дозы ИГКС до эквивалентной среднему и высокому уровню (вплоть до мегадоз), при необходимости — в комбинации с β_2 -адреномиметиками длительного действия;

- в соблюдении продолжительности терапии не менее 3 мес. в прежнем объеме с последующим ступенчатым снижением дозы ИГКС при достижении контроля астмы (не более двух симптомов в неделю, отсутствие ночных симптомов);

- в соблюдении временных интервалов снижения суточных доз антиастматических препаратов (не менее 3 месяцев);

- в полной отмене длительнодействующего β_2 -адреномиметика, что допускается при сохранении контроля над астмой с помощью низких эквивалентных доз ИГКС (в фиксированной комбинации препаратов).

Соблюдение длительности базисной терапии, поэтапной интенсификации медикаментозных мероприятий, начиная с повышения суточных доз ИГКС и с последующим использованием комбинированных антиастматических препаратов, является рациональным режимом оптимизации. Коррекции суточных доз препаратов в структуре фиксированной комбинации, использование системного введения препаратов, в т.ч., госпитализация пациента при недостаточной эффективности предыдущих этапов лечения позволяет достичь контроля над заболеванием с минимизацией побочных эффектов.

Использование рационального режима оптимизации базисной терапии астмы на этапах развития болезни позволяет достичь клинико-функционального эффекта с уменьшением финансовых расходов на лечение.

Рис. 1. Алгоритм интенсификации базисной терапии астмы



Таким образом, поэтапная рациональная интенсификация базисной антиастматической терапии с использованием высоких доз ИГКС и лишь в последующем при неэффективности лечения — комбинации ИГКС и β_2 -агонистов длительного действия позволяет достичь контроля над течением болезни с сокращением общих расходов на лечение.