

# Влияние комбинированной базисной терапии в программах льготного лекарственного обеспечения на течение бронхиальной астмы

Профессор И.В. Лещенко

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

## РЕЗЮМЕ

Бронхиальная астма (БА) – актуальная проблема здравоохранения. Лечение БА основывается на контроле заболевания. Изменение структуры базисной терапии является одной из причин обострений БА и увеличения материальных расходов на лечение. Перспективным и в то же время наиболее изученным подходом к лечению персистирующей БА служит применение фиксированных комбинаций ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) и длительно действующих  $\beta_2$ -агонистов (ДДБА). Комбинация будесонид/формотерол Турбухалер® рекомендована как для базисной терапии, так и для купирования симптомов астмы. Такой режим приема известен как SMART-режим (Symbicort Maintenance And Reliever Therapy) или режим единого ингалятора. Применение данного режима способствует эффективному решению задач в достижении контроля БА: а) обеспечение текущего контроля или купирование симптомов; б) снижение рисков обострения. Улучшение контроля БА позволит снизить стероидную нагрузку, сократить число госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи больными БА.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, льготное лекарственное обеспечение, комбинированная базисная терапия, комбинация иГКС/ДДБА, эффективность, Турбухалер®, Симбикорт®.

**Для цитирования:** Лещенко И.В. Влияние комбинированной базисной терапии в программах льготного лекарственного обеспечения на течение бронхиальной астмы // РМЖ. 2017. № 18. С. 1301–1306.

## ABSTRACT

The effect of the combined basic therapy in the medicine assistance scheme on the course of bronchial asthma  
Leshchenko I.V.

Ural State Medical University, Yekaterinburg

Bronchial asthma (BA) is an urgent public health problem. Treatment of asthma is based on the level of disease control. The change in the structure of basic therapy is one of the causes of exacerbations of asthma and an increase in material costs. One of the most promising and, at the same time, the most well-studied approaches to the treatment of persistent asthma is the use of fixed combinations of inhaled glucocorticosteroids (IGCC) and long-acting  $\beta_2$ -agonists (DDBA). The combination of budesonide / formoterol Turbuhaler® is recommended for both basic therapy and for relief of asthma symptoms. This dosage regimen is known as SMART (Symbicort Maintenance And Reliever Therapy) or single inhaler regimen. The use of this regimen contributes to the effective resolution of problems in achieving asthma control: a) providing ongoing monitoring or relief of symptoms and b) reducing the risks of exacerbation of the disease. Improving the control of asthma will reduce the steroid load, reduce the number of hospitalizations and calls for emergency medical care for patients with asthma.

**Key words:** bronchial asthma, medicine assistance scheme, combined basic therapy, combination of IGKS / DDBA, efficacy, Turbuhaler®, Symbicort®

**For citation:** Leshchenko I.V. The effect of the combined basic therapy in the medicine assistance scheme on the course of bronchial asthma // RMJ. 2017. № 18. P. 1301–1306.

Бронхиальная астма (БА) является актуальной проблемой здравоохранения как в нашей стране, так и во всем мире. Современные подходы к ведению пациентов с БА призваны учитывать не только модификацию факторов окружающей среды, коморбидные состояния, но и адекватную фармакотерапию с учетом вариабельности течения заболевания.

В соответствии с предыдущими (Global initiative of asthma – GINA 2006–2016) и новейшими рекомендациями (GINA 2017) лечение БА должно основываться, прежде всего, на контроле заболевания, а не на степени его тяжести [1]. Тяжесть БА служит ориентиром для врача при определении объема базисной терапии (ступени терапии) у больных с разным уровнем контроля. Одним из перспективных и в то же время наиболее изученных подходов к лечению персистирующей БА является применение фик-

сированных комбинаций ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) и длительно действующих  $\beta_2$ -агонистов (ДДБА). В течение многих лет в соответствии с международными согласительными документами «Глобальная стратегия лечения и профилактика бронхиальной астмы» фиксированные комбинации иГКС/ДДБА являются препаратами первой линии в качестве базисной терапии для больных БА, начиная со средней тяжести. Назначение базисной терапии, в частности фиксированной комбинации иГКС/ДДБА, в соответствии с уровнем контроля БА способствует сокращению случаев обострения астмы, числа обращений к врачу и госпитализаций, уменьшению потребности в экстренной помощи, т. е. сокращению прямых расходов на астму. Хотя комбинированная базисная терапия иГКС/ДДБА и обеспечивает более высокий уровень контроля над заболеванием, больные, получающие такое

лечение, не могут быть полностью защищены от обострений БА. Установлено, что на терапию обострений приходится наиболее значительная доля расходов по лечению БА (в Российской Федерации – до 47% общих затрат [2]).

Возможно ли сокращение прямых расходов за счет уменьшения расходов на госпитализацию по поводу обострения БА и на скорую медицинскую помощь (СМП)?

Отвечая на этот вопрос, мы приводим сравнительные данные о комбинированной базисной терапии 2014 и 2016 г.г. как наиболее эффективной лекарственной терапии для больных БА в Свердловской области по программам «Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами» (ОНЛП) и «Региональное льготное обеспечение» (РЛО) (рис. 1 и 2 (данные Министерства здравоохранения Свердловской области)).

Приведенные данные свидетельствуют об изменении структуры лекарственных средств (ЛС) в Свердловской области для комбинированной базисной терапии БА за счет сокращения потребления формотерола/будесонида Турбухалер® (Симбикорт®) по программам ОНЛП и РЛО на 31,0 и 37,5% соответственно. В контексте обсуждаемой проблемы следует отметить, что комбинированные ЛС для базисной терапии БА включены в программы льготного лекарственного обеспечения на территории Свердловской области с 2010 г. Именно с этого времени отмечалось ежегодное снижение числа госпитализируемых больных по поводу обострения БА. Анализ случаев госпитализации

больных БА показал, что за последние 2 года (2015–2016) число госпитализаций в Свердловской области увеличилось как среди всех больных БА, так и среди взрослых пациентов (рис. 3).

В 2016 г. по сравнению с 2014 г. число госпитализаций по поводу БА возросло на 9,2%, а по сравнению с 2015 г. среди взрослых – на 12,2% (на 549 больных). Увеличение числа пролеченных больных по поводу обострения БА привело к росту расходов на стационарное лечение в 2016 г. по сравнению с 2015 г. на 10 970 667 руб. (из расчета стоимости лечения одного больного БА в стационаре 2-го уровня 19 983 руб.).

Анализ частоты вызовов СМП за 2 года показал, что их число по поводу обострений БА увеличилось на 3,4% (на 143 вызова) (рис. 4).

Конечно, увеличение числа госпитализаций и вызовов СМП по поводу обострений БА связано не только с ограничением отпуска оригинального комбинированного препарата формотерол/будесонид в ингаляторе Турбухалер®. Тем не менее нельзя не учитывать значение фиксированной комбинации будесонид/формотерол Турбухалер® в профилактике обострений БА. Данная комбинация иГКС/ДДБА рекомендована как для базисной терапии, так и для купирования симптомов астмы. Такой режим приема известен как SMART-режим (Symbicort Maintenance And Reliever Therapy) или режим единого ингалятора. В этих случаях пациент использует комбинацию пре-

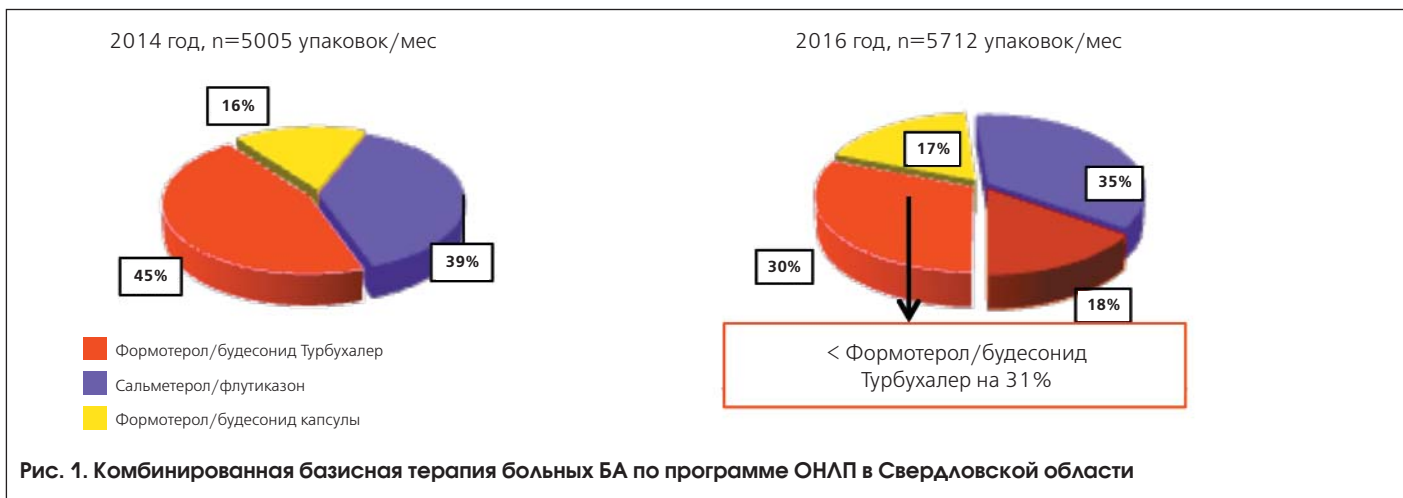


Рис. 1. Комбинированная базисная терапия больных БА по программе ОНЛП в Свердловской области

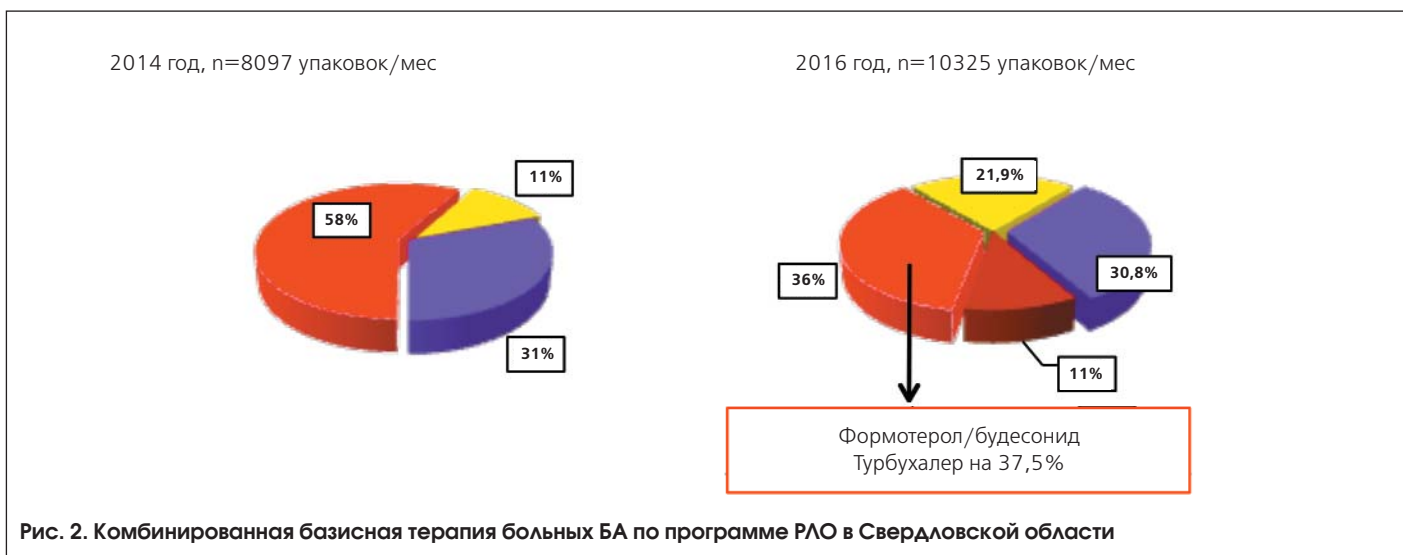


Рис. 2. Комбинированная базисная терапия больных БА по программе РЛО в Свердловской области

паратов в одном ингаляторе и для регулярной базисной терапии БА, и для снятия приступов удушья, что позволяет с высокой степенью эффективности предупредить развитие обострений заболевания. В настоящее время хорошо известно, что режим терапии единым ингалятором рекомендован экспертами Global Initiative for Asthma (GINA 2017) в качестве предпочтительного варианта лечения у пациентов со среднетяжелой и тяжелой БА III–V степени для лучшего достижения контроля астмы [1].

Регулярное и длительное применение режима SMART – будесонида/формотерола Турбухалер® в качестве поддерживающей терапии и для купирования приступов способствует эффективному решению обеих задач в достижении контроля БА: а) обеспечение текущего контроля или купирование симптомов; б) снижение будущих рисков обострения [1].

*Назовем факторы, влияющие на контроль БА [3]:*

- правильность и своевременность постановки диагноза;
- наличие сопутствующих заболеваний (аллергический ринит, синусит, ожирение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дисфункция голосовых связок, хроническая обструктивная болезнь легких и др.), ухудшающих течение заболевания;

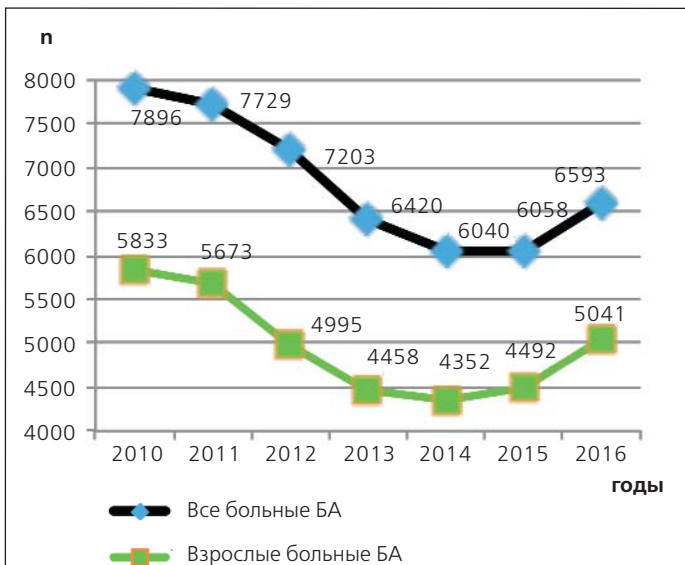


Рис. 3. Число госпитализированных больных (n) с бронхиальной астмой в Свердловской области

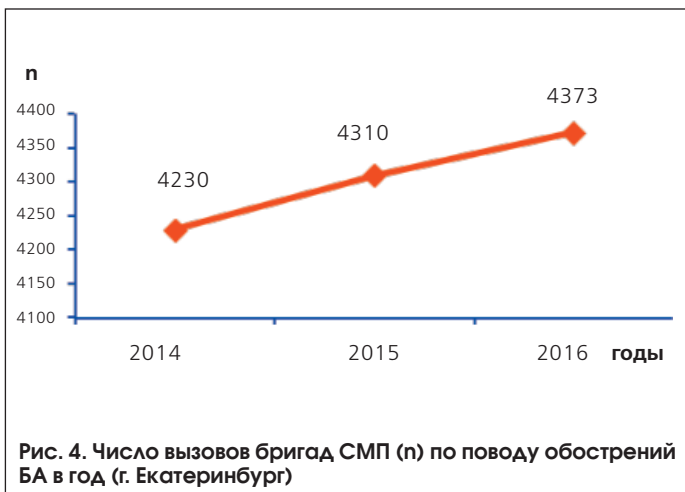


Рис. 4. Число вызовов бригад СМП (n) по поводу обострений БА в год (г. Екатеринбург)

- курение (>30% больных БА – курильщики);
- нарушение правильной техники ингаляции, отмечаемое у 80% больных;
- приверженность лечению. Большинство пациентов ориентированы на препараты, обладающие быстрым и очевидным для пациента действием. Невозможность, а иногда и нежелание больного следовать рекомендуемому лечению имеют несколько причин: боязнь побочных эффектов фармакотерапии, неудобство применения препарата, высокая стоимость лечения, отсутствие знаний в отношении заболевания и его лечения, недоверие врачу. Если врач правильно информирует пациента о заболевании и объясняет технику ингаляции, дает письменный план действий, то пациент будет более привержен терапии и будет лучше контролировать заболевание;
- правильность назначения лекарственных препаратов и их доз;
- триггеры обострений (респираторные инфекции, аллергены, нестероидные противовоспалительные препараты и др.).

Факторов, влияющих на контроль заболевания, достаточно много, и учесть их все в полной мере сложно, вместе с тем наиболее полное следование требованиям терапии, в т. ч. внедрение в лечебную практику режима SMART, способствует достижению желаемого результата. SMART предусматривает возможность быстрого изменения суточной дозы ИГКС в ответ на появление симптомов астмы, заменяя короткодействующие бронхолитики, оказывающие только симптоматический эффект.

Согласованные рекомендации по применению режима единого ингалятора препарата будесонид/формотерол (SMART) в базисной терапии пациентов с БА были приняты советом экспертов – пульмонологов и аллергологов, специалистов, авторитетных в данной области [4]. Разработка согласительных рекомендаций основана на ретроспективном анализе данных крупных международных рандомизированных клинических исследований (14 835 пациентов) и систематических обзоров Кокрановской библиотеки (2009–2013). Согласованное мнение экспертов учитывало также результаты исследований реальной клинической практики (22 632 пациента).

Показания и режим дозирования фиксированной комбинации будесонид/формотерол (SMART) для пациентов со среднетяжелой и тяжелой БА, соответствующих 3–5-й степени терапии, представлены в таблице 1.

В помощь практикующему врачу представляем алгоритм перевода больных БА на режим SMART (табл. 2).

#### Применение режима SMART у лиц старшего возраста, курящих и больных с выраженной бронхиальной обструкцией

По данным открытого рандомизированного сравнительного исследования EuroSmart (8424 пациента), у пациентов со среднетяжелой и тяжелой БА использование комбинации будесонид/формотерол Турбухалер® в режиме базисной терапии и для купирования симптомов (SMART) одинаково эффективно снижает частоту обострений, в т. ч. у пациентов старше 65 лет и курящих [6]:

- не выявлены статистически значимые различия по частоте тяжелых обострений в группе пожилых пациентов в сравнении с пациентами моложе 65 лет [7, 8].

**Таблица 1. Показания и режим дозирования фиксированной комбинации будесонид/формотерол Турбухалер® (SMART) для пациентов со среднетяжелой и тяжелой БА на 3–5-й ступени терапии**

Ступень терапии БА	Показания для назначения фиксированной комбинации будесонид/формотерол Турбухалер® в режиме поддерживающей терапии и для купирования симптомов (SMART)	Режим дозирования
Ступень 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостижение контроля заболевания на фоне проводимой монотерапии иГКС в низких дозах (перевод на режим SMART) [3].</li> <li>• Достижение контроля заболевания на фоне терапии иГКС и ДДБА (перевод на режим SMART для снижения риска обострений, уменьшения дозы иГКС и улучшения приверженности терапии) [5].</li> <li>• Наличие факторов риска обострения БА [3]: <ul style="list-style-type: none"> <li>• симптомы неконтролируемой БА;</li> <li>• ≥1 обострения БА за последние 12 мес.;</li> <li>• плохая приверженность базисной терапии;</li> <li>• чрезмерное, частое использование короткодействующих β<sub>2</sub>-агонистов (≥1 ингалятора в месяц);</li> <li>• постоянный контакт с триггерами, который невозможно преодолеть: курение, причинно-значимые аллергены и др.;</li> <li>• озонофилия мокроты или крови.</li> </ul> </li> </ul> <p>Если у пациента есть показания для комбинированной терапии иГКС/ДДБА, возможно назначение SMART в виде стартовой терапии</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Будесонид/формотерол 80/4,5 мкг 2 р./сут (дополнительно до 10 ингаляций в сутки по потребности). Будесонид/формотерол 160 мкг/4,5 мкг 2 р./сут (дополнительно до 10 ингаляций в сутки по потребности).</li> </ul> <p><i>Step down:</i> Будесонид/формотерол 80–160 мкг/4,5 мкг до 1 р./сут + продолжить по потребности.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Для предупреждения вирус-индуцированных и/или сезонных обострений БА возможно увеличение дозы будесонида/формотерола в качестве базисной терапии в 2 раза на период ОРВИ* (10–14 дней) и/или сезона цветения (3–6–12 нед.) с последующим снижением до обычной контролирующей дозы</li> </ul>
Ступень 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥1 обострения за предшествующий год.</li> <li>• Неконтролируемая БА при использовании пациентами низких доз иГКС/ДДБА или альтернативных препаратов базисной терапии БА, соответствующих 3-й ступени терапии: монотерапия иГКС в средней и высокой дозе, иГКС в низкой дозе + антилейкотриеновые препараты (или теофиллин)</li> </ul>	<p>Будесонид/формотерол 160 мкг/4,5 мкг (2 дозы в течение 2 сут). Дополнительно до 8 ингаляций в сутки. Предпочтительно для больных с ПСВ** &lt;80% от должной величины и у курящих больных.</p> <p><i>Step down:</i> Будесонид/формотерол 160 мкг/4,5 мкг 1–2 инг.: 1–2 р./сут + по потребности.</p> <p>Для предупреждения вирус-индуцированных и/или сезонных обострений БА возможно увеличение дозы Симбикорта в качестве базисной терапии в 2 раза на период ОРВИ (10–14 дней) и/или сезона цветения (3–6–12 нед.) с последующим снижением до обычной контролирующей дозы</p>
Ступень 5	Показания ограничены, но так же, как и базисная терапия 4-й ступени при тяжелой недостаточно контролируемой БА, лечение носит индивидуальный характер и определяется решением специалиста (аллерголога-иммунолога, пульмонолога) или врачебного консилиума	Аналогичная тактика. Оценка терапии через 1 мес.

Примечания: \* ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция; \*\* ПСВ – пиковая скорость выдоха

**Таблица 2. Алгоритм перевода больных БА на режим SMART**

Характеристика БА	Терапия базисная иГКС/ДДБА+КДБД* по потребности (сальбутамол или Беродуал не более 1 ингалятора в 2 мес.)	Режим SMART
Средней тяжести персистирующая БА (ступень 3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формотерол+будесонид 4,5 мкг/160 мкг/доза – 1 вдох 2 р./сут или</li> <li>• Сальметерол+флутиказон 25 мкг/125мкг/доза – 1–2 вдоха 2 р./сут или 25 мкг/250 мкг/доза – 1 вдох 2 р./сут или</li> <li>• Беклометазон 250 мкг – 1 вдох 2 р./сут и Формотерол 4,5 мкг/или 9,0 мкг/или 12 мкг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формотерол+будесонид 4,5 мкг/ 80 мкг/доза – 1 вдох 2 р./сут и по потребности максимально до 10 ингаляций в сутки в течение 3–8 дней*.</li> <li>• Формотерол+будесонид 4,5мкг/160 мкг/доза – 1 вдох 2 р./сут и по потребности максимально до 10 ингаляций в сутки в течение 3–8 дней*</li> </ul>
Тяжелая персистирующая БА (ступень 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формотерол+будесонид 4,5 мкг/160 мкг/доза 2 вдоха 2 р./сут (максимально 4 вдоха в сутки, т. е. 36 мкг/1280 мкг до 6 мес.) или</li> <li>• Сальметерол+флутиказон 25 мкг/250 мкг/доза – 1–2 вдоха 2 р./сут (максимально 4 дозы в сутки, т. е. 100 мкг/1000 мкг до 6 мес.) или</li> <li>• Беклометазон 250 мкг – 2–4 вдоха 2 р./сут (максимально 4 вдоха в сутки т. е. 2000 мкг/сут до 6 мес.) в сочетании с</li> <li>• Формотеролом 9,0 мкг или 12 мкг (максимально 4 вдоха в сутки, т.е. 36 мкг или 48 мкг/сут до 6 мес.). Необходим ежемесячный контроль интервала QT на ЭКГ и ежеквартальный контроль уровня гликемии</li> </ul>	<p>Формотерол+будесонид 4,5/160 мкг/доза – 2 вдоха 2 р./сут и по потребности до 8 ингаляций в сутки в течение 3–8 дней*</p> <p>* При возникновении симптомов астмы необходимо назначение 1–2 дополнительных ингаляций. При дальнейшем нарастании симптомов в течение нескольких минут назначается еще 1 дополнительная ингаляция, но не более 6 ингаляций для купирования 1 приступа. Возможно применение не более 12 ингаляций в сутки в течение не более 3-х дней. При отсутствии эффекта – срочное обращение за медицинской помощью.</p> <p><b>Внимание!</b> Пациентам, нуждающимся в 8 ингаляциях и более в сутки в течение 8 и более дней, рекомендовано срочно обратиться за медицинской помощью для пересмотра схемы лечения</p>

# Симбикорт® Турбухалер® в режиме SMART\* – один ингалятор для поддерживающей и симптоматической терапии БА



**Жизнь становится лучше,  
если правильные вещи вместе**



- Снижает частоту обострений БА<sup>1,2</sup>
- Быстро облегчает симптомы<sup>3</sup>
- Действует на воспаление при каждой ингаляции<sup>4,5</sup>
- Обеспечивает достижение контроля БА<sup>1,2</sup>

СОКРАЩЕННАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА Симбикорт® Турбухалер® (Symbicort Turbuhaler®)

Регистрационный номер: П N013167/01. Торговое название: Симбикорт® Турбухалер®. Лекарственная форма: порошок для ингаляций дозированных. Показания к применению: бронхиальная астма, в качестве поддерживающей терапии и для купирования приступов (недостаточно контролируемая приемом ингаляционных ГКС и бета2-адреностимуляторов короткого действия в качестве терапии по требованию, или адекватно контролируемая ингаляционными ГКС и бета2-адреностимуляторами длительного действия). ХОБЛ (Симптоматическая терапия у пациентов с тяжелой хронической обструктивной болезнью легких (ОФВ<sub>1</sub> < 50% от предполагаемого расчетного уровня) и с повторяющимися обострениями в анамнезе, которые имеют выраженные симптомы заболевания, несмотря на терапию бронходилататорами длительного действия). Противопоказания: повышенная чувствительность к будесониду, формотеролу или ингалируемой лактозе, детский возраст до 6-ти лет, непереносимость лактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция. С осторожностью: туберкулез легких (активная или неактивная форма), грибковые, вирусные или бактериальные инфекции органов дыхания, тиреотоксикоз, феохромоцитоз, сахарный диабет, неконтролируемая гипокалиемия, идиопатический гипертрофический субартериальный стеноз, тяжелая артериальная гипертензия, аневризма любой локализации или другие тяжелые сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, тахикардия или сердечная недостаточность тяжелой степени), удлинение интервала QT (прием формотерола может вызвать удлинение QT-интервала). Способ применения и дозы: Бронхиальная астма. Симбикорт Турбухалер не предназначен для первоначального лечения бронхиальной астмы интермиттирующего и легкого персистирующего течения. Подбор дозы препаратов, входящих в состав Симбикорта, происходит индивидуально и в зависимости от степени тяжести заболевания. А. Симбикорт Турбухалер в качестве поддерживающей терапии. Пациенту необходимо постоянно иметь при себе отдельный ингалятор с бета2-адреностимулятором короткого действия для купирования приступов. Взрослые (18 лет и старше): Симбикорт Турбухалер 80/4,5 мкг/доза и 160/4,5 мкг/доза: 1–2 ингаляции два раза в день. При необходимости возможно увеличение дозы до 4-х ингаляций два раза в день. Подростки (12–17 лет): Симбикорт Турбухалер 80/4,5 мкг/доза и 160/4,5 мкг/доза: 1–2 ингаляции два раза в день. Дети старше 6 лет: Симбикорт Турбухалер 80/4,5 мкг/доза: 1–2 ингаляции два раза в день. После достижения оптимального контроля над симптомами бронхиальной астмы при приеме препарата два раза в день, рекомендуется титровать дозу до минимальной эффективной, вплоть до приема препарата один раз в день в тех случаях, когда, по мнению врача, пациенту требуется поддерживающая терапия в комбинации с бронходилататором длительного действия. В. Симбикорт Турбухалер в качестве поддерживающей терапии и для купирования приступов. Взрослые (18 лет и старше): Симбикорт Турбухалер 80/4,5 мкг/доза и 160/4,5 мкг/доза: рекомендуемая доза для поддерживающей терапии 2 ингаляции в сутки, принимаются по 1 ингаляции утром и вечером, или 2 ингаляции однократно только утром или только вечером. Для некоторых пациентов может быть назначена поддерживающая доза препарата Симбикорт Турбухалер 160/4,5 мкг/доза 2 ингаляции два раза в сутки. При возникновении симптомов необходимо назначение 1 дополнительной ингаляции. При дальнейшем нарастании симптомов в течение нескольких минут назначается еще 1 дополнительная ингаляция, но не более 6 ингаляций для купирования 1 приступа. Обычно не требуется назначения более 8 ингаляций в сутки, однако можно увеличить число ингаляций до 12 в сутки на непродолжительное время. Пациентам, получающим более 8 ингаляций в сутки, рекомендуется обратиться за медицинской помощью для пересмотра терапии. Дети и подростки до 18 лет: Симбикорт Турбухалер в качестве поддерживающей терапии и для купирования приступов не рекомендуется детям и подросткам. ХОБЛ. Взрослые: 2 ингаляции Симбикорт Турбухалер 160/4,5 мкг/доза два раза в день. Особые группы пациентов: нет необходимости в специальном подборе дозы препарата для пациентов пожилого возраста. Нет данных о приеме Симбикорта пациентами с почечной или печеночной недостаточностью. Так как будесонид и формотерол главным образом выводятся при участии печеночного метаболизма, то у пациентов с тяжелым циррозом печени можно ожидать замедление скорости выведения препарата. Дети до 6 лет: Симбикорт Турбухалер не рекомендован детям до 6 лет. Побочное действие: на фоне совместного назначения двух препаратов не было отмечено увеличения частоты возникновения побочных реакций. Наиболее частыми побочными реакциями, связанными с приемом препарата, являются такие фармакологически ожидаемые для б2-адреномиметиков нежелательные явления, как тремор и учащенное сердцебиение; симптомы обычно имеют умеренную степень выраженности и проходят через несколько дней после начала лечения. Форма выпуска: порошок для ингаляций дозированных 80/4,5 мкг/доза и 160/4,5 мкг/доза, содержащий 60 доз и 120 доз препарата, состоящий из дозирующего устройства, резервуара для хранения порошка, резервуара для десиканта, мундштука и навинчивающейся крышки. Каждый ингалятор помещается в картонную пачку с инструкцией по применению. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению. Информация предназначена для специалистов здравоохранения.

БА – бронхиальная астма.

\* SMART – Симбикорт® Турбухалер® в режиме единого ингалятора для поддерживающей терапии и купирования приступов БА.<sup>6</sup>

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы, Global Initiative for Asthma (GINA) 2015. Электронный ресурс 17.01.2016г. Available from: <http://www.ginasthma.org/> 2. Авдеев С.Н. и соавт. Практическая пульмонология 2016, №1, с.2-15. 3. Balanag V. H. et al. Pulm. Pharmacol. Ther. 2006; 19(2): 139-147. 4. Hozawa S et al. Pulm Pharmacol Ther. 2016 Apr; 37: 15-23. 5. Gibson P et al. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 32-6. 6. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Симбикорт® Турбухалер® 80/4,5 мкг/доза, 160/4,5 мкг/доза (порошок для ингаляций дозированных) с учетом изменений №1, 2, 3, 4. Регистрационное удостоверение П N013167/01 от 28.09.2011 г. (переоформлено 26.11.2015)

Дополнительная информация предоставляется по требованию.

ООО «АстраЗенка Фармасьютикалз»

Адрес: 125284, Москва, ул. Беговая, д. 3, стр. 1  
Тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98

SYM\_1010 838 011\_03/10/2016

Реклама

AstraZeneca

**Таблица 3. Преимущества режима SMART на ступенях 3–5 по GINA (7–10)**

Степень терапии БА	Симптомы БА	Обострения БА	Нагрузка ИГКС
Степень 3	Улучшение контроля на 18–30%	Снижение числа обострений на 45%	Снижение ГКС-нагрузки* на 28%
Степень 4	Улучшение контроля на 7%	Снижение числа обострений на 43%	Снижение ГКС-нагрузки* на 25%
Степень 5	Сходное с высокими дозами ИГКС/ДДБА влияние на контроль	Снижение числа обострений на 24%	Снижение ГКС-нагрузки* на 38%

\* Среднесуточные дозы ИГКС в пересчете на беклометазон дипропионат-эквивалент

Возраст пациентов не влияет на выбор дозы будесонида/формотерола Турбухалер® в режиме SMART [8];

- между группами некурящих и курящих пациентов отсутствовали статистически значимые различия по сроку первого обострения ( $p=0,3347$  и  $p=0,6360$  соответственно), а также различия по расчетной частоте обострений в течение года (для курящих пациентов  $p=0,0789$ , некурящих –  $p=0,2767$ ) [9, 10]. Одинаковая эффективность у курящих и некурящих может быть связана с тем, что формотерол эффективно предотвращает фосфорилирование ГКС-рецепторов [11] и снижает число нейтрофилов в дыхательных путях [12];
- у пациентов с выраженной обструкцией (постбронхидилатационная ПСВ <80%) предпочтение следует отдавать удвоенной дозе будесонида/формотерола Турбухалер® в режиме базисной терапии и для купирования симптомов [6].

Преимущества режима SMART на ступенях 3–5 по GINA отражены в таблице 3.

Применение фиксированной комбинации будесонид/формотерол в режиме SMART упрощает лечение для пациента и приводит:

- к уменьшению числа необходимых для терапии ингаляторов – применение одного ингалятора для поддерживающей терапии и для купирования симптомов [13];
- повышению приверженности лечению у пациентов, получающих препараты для длительного контроля 1 р./сут по сравнению с 2-кратным режимом терапии [14].

В рамках сотрудничества между лечащим врачом и пациентом необходима информированность пациента о заболевании и терапии, а именно понимание необходимости регулярной поддерживающей терапии БА, знание возможных побочных эффектов [15].

**Что необходимо предпринять в случае ухудшения симптомов БА?** Составить письменный план действий для пациента, включающий перечень лекарственных препаратов для терапии БА и рекомендаций – когда и как необходимо увеличить дозировку препаратов неотложной помощи и препаратов, контролирурующих заболевание, когда и как получить медицинскую помощь, если выраженность симптомов не меняется в ответ на лечение.

### Литература

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA) 2017. The GINA reports are available on [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)
2. Аксентьева М.В., Курбачева О.М. Оценка затрат на лекарственное обеспечение больных бронхиальной астмой при различных схемах поддерживающей терапии // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2009. № 4. С. 22–26 [Aksenteva M.V., Kurbacheva O.M. Otsenka zatrat na lekarstvennoe obespechenie bolnih bronhialnoi asthmoi pri razlichnih shemah poddergivayshei terapii // Atmosfera. Pulmonologiya i allergologiya. 2009. № 4. S. 22–26 (in Russian)].
3. Reddel H.K., Taylor D.R., Bateman E.D. et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2009. Vol. 1. № 180(1). P. 59–99.
4. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С. и др. Согласованные рекомендации по применению режима единого ингалятора фиксированной комбинации будесонид/формотерол (SMART) в терапии пациентов с бронхиальной астмой // Практическая пульмонология 2016. № 1. С. 2–15 [Avdeev S.N., Aisanov Z.R., Belevski A.S. i dr. Soglasovannie rekomendacii po primeneniyu redgima edinogo ingyalyatora fiksirovannoi kombinacii budesonid/formoterol (SMART) v terapii pacientov s bronhialnoi asthmoi // Prakticheskaya pulmonologiya 2016. № 1. S. 2–15 (in Russian)].
5. Wark P.A.B., Gibson P.G. Asthma exacerbations 3: Pathogenesis // Thorax 2006. Vol. 61. P. 909–1015.
6. Aubier M., Buhl R., Ekstr m T. et al. Comparison of two twice-daily doses of budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy // Eur. Respir. J. 2010. Vol. 36(3). P. 524–530.
7. Aubier M., Buhl R., Haughney J. Comparison of two twice-daily doses of budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy // Eur. Respir. J. 2010. Vol. 36 (3). P. 524–530.
8. Haughney J., Aubier M., J rgensen L. et al. Comparing asthma treatment in elderly versus younger patients. // Respir. Med. 2011. Vol. 105(6). P. 838–845.
9. Van Schayck C.P. Is the prevalence of asthma declining? Systematic review of epidemiological studies // Eur. Respir. J. 2010. Vol. 65 (2). P. 152–167.
10. Van Schayck O.C., Haughney J., Aubier M. et al. Do asthmatic smokers benefit as much as non-smokers on budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy? Results of an open label study // Respir Med. 2012. Vol. 106(2). P. 189–196.
11. Mercado N., To Y., Kobayashi Y. et al. p38 mitogen-activated protein kinase- inhibition by long-acting  $\beta_2$  adrenergic agonists reversed steroid insensitivity in severe asthma // Mol. Pharmacol. 2011. Vol. 80(6). P. 1128–1135.
12. Maneechotesuwan K., Essilfie-Quaye S., Meah S. et al. Formoterol attenuates neutrophilic airway inflammation in asthma // Chest. 2005. Vol. 28(4). P. 1936–1942.
13. Sovani M.P., Whale C.I., Osborne J. et al. Poor adherence with inhaled corticosteroids for asthma: can using a single inhaler containing budesonide and formoterol help? // Brit. J. Gen. Pract. 2008. Vol. 58(546). P. 37–43.
14. Dasgupta R., Guest J.F. Factors affecting UK primary-care costs of managing patients with asthma over 5 years // Pharmacoeconomics. 2003. Vol. 21(5). P. 357–369.
15. Horne R., Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication // Psychology & Health. 2002. Vol. 17(1). P. 17–32.