

## **БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ.**

Урозалиев Суннат Юсупжон угли<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Иргашев Отабек Хушвахтович<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Абдурасулова Тожихол Рамазановна<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Холбоев Норбек Алиниезович<sup>4</sup>

<sup>4</sup>Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7337112>

Бронхиальная астма (БА) — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей остается актуальной проблемой современной медицины, поскольку заболеваемость и распространенность этого заболевания продолжает расти. Успехи в лечении этого заболевания, достигнутые в течение трех последних десятилетий, значительны. Они позволили резко снизить смертность от БА, свести у минимуму случаи так называемого «астматического статуса». Ведущую роль в этом сыграла глобальная инициатива GINA, объединившая многих мировых экспертов в работе над созданием единого руководства, которое ежегодно обновляется. Современный подход к лечению БА основан на минимальной необходимости. Врач должен определить степень тяжести течения БА для определения тактики лечения и оценить степень контроля над заболеванием. В значительном числе случаев БА является проявлением атопического фенотипа. В этих случаях важно изначально клинически и лабораторно определить основные аллергены, приводящие к аллергической реакции в виде спазма дыхательных путей. Выявление и при возможности устранение этого фактора может оказать определяющее влияние на дальнейшее течение БА. Кроме того, знание облигатного аллергена открывает путь к специфической иммунотерапии. Фармакотерапия БА может быть разделена на два ключевых воздействия — расширение бронхов посредством снижения тонуса гладких мышц бронхов и улучшение бронхиальной проходимости за счет снижения воспаления стенки дыхательных путей. Представлены современные направления терапии бронхиальной астмы. Даны комментарии по существующим путям оптимизации лечения с использованием  $\beta_2$ -адреномиметиков длительного действия и ингаляционных глюкокортикостероидов. Приведены начатые в настоящее время контролируемые клинические исследования, рекомендованные FDA.

Ключевые слова: бронхиальная астма, лечение. Bronchial asthma: the current trends in treatment A.A. Vizel Abstract. The contemporary trends of the therapy of bronchial asthma are presented. The commentary by the existing means of the optimization of treatment with help of long acting bronchodilators and inhalation of glucocorticosteroids were given. Are given at present controlled the clinical trials initiated and recommended by FDA.

Key words: bronchial asthma, treatment. Бронхорасширяющие препараты разделяют по типу и длительности действия. Расширение бронхов может быть вызвано избирательной стимуляцией  $\beta_2$ -адренорецепторов, блокадой холинорецепторов и посредством влияния на циклический аминмонофосфат и аденозиновые рецепторы гладкомышечной клетки.  $\beta_2$ -адреномиметики могут оказывать кратковременное действие (сальбутамол, фенотерол, тербуталин — 4—6 ч), либо длительное действие (сальметерол, формотерол — до 12 ч и индакатерол — до 24 ч). Преимущественным путем введения препаратов этой группы является ингаляционный, поскольку системное применение препаратов этой группы в той или иной степени приводит к стимуляции адренорецепторов, тахикардии и развитию других нежелательных явлений. Инъекционный путь введения неселективного адреномиметика адреналина сохранил свое клиническое применение при терапии шока. Антихолинергические препараты также могут оказывать ограниченное по времени влияние (ипратропия бромид — 4—6 ч) и длительное действие (тиотропия бромид — до 24 ч). Рекомендованы к применению только ингаляционные формы холиноблокаторов, тогда как инъекционная форма атропина сохранила свою значимость в токсикологии. Бронхорасширяющие препараты группы ксантинов (пуриновых оснований) сохранили свою значимость при системном пути введения — оральном или внутривенном, тогда как для ингаляционного введения они не рекомендованы. Таблетированная и инъекционная формы эуфиллина обладают малой длительностью бронходилатирующего эффекта, тогда как депо-препараты теofilлина относят к длительно действующим бронхолитикам. Противовоспалительные препараты представлены в пульмонологии несколькими группами. Системные кортикостероиды (СКС) остаются важным компонентом в лечении бронхиальной астмытяжелого течения, особенно в периоды тяжелых обострений. Врач должен отдавать себе отчет в том, что СКС — высокоэффективный, но далеко не безопасный метод лечения. При приеме СКС внутрь в ткань легких попадает только 3—5% принятой дозы. Факторами риска развития

вторичной надпочечниковой недостаточности являются применение в дозе выше 2,5—5 мг/сут (в пересчете на преднизолон), длительность лечения более 10—14 дней, прием глюкокортикоида в вечернее время суток (прием 5 мг преднизолона вечером опаснее, чем 20 мг утром), применение фторированных глюкокортикоидов. При возможности предпочтение отдается оральной форме СКС, поскольку она обладает меньшим минералокортикоидным эффектом, в сравнении с парентеральными. При тяжелом обострении применяют оральные формы глюкокортикостероида в дозе 0,5—1,0 мг/кг в сут (для взрослого человека — это 20—50 мг преднизолона в сут) с применением максимальной дозы в утренние часы и оставшейся — в дневные. В вечернее время применение СКС не рекомендуется, поскольку оно в большей степени нарушает циркадный гормональный ритм и понижает утренний уровень эндогенного кортизола. Курс СКС обычно составляет 5—14 дней с отменой без ступенчатого снижения (или с постепенным снижением) и переходом на высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в сочетании с  $\beta_2$ -адреномиметиком длительного действия. Внутривенный путь введения рекомендуется только в тяжелых случаях, когда невозможен прием таблеток внутрь или есть противопоказания со стороны желудочнокишечного тракта. Внутримышечный путь введения не имеет никаких преимуществ в сравнении с приемом внутрь. Доза преднизолона для внутривенного введения выше, чем доза для приема внутрь, и составляет 100—200 мг в сут. При тяжелой неконтролируемой БА может потребоваться длительный прием СКС (предпочтение отдается приему внутрь). Врач должен понимать, что такая терапия — сродни терапии отчаянья, поскольку развитие нежелательных реакций в той или иной степени неизбежно. При возможности следует стараться перейти на небулизацию ингаляционных стероидов или высокие дозы комбинаций ИГКС с  $\beta_2$ -адреномиметиками длительного действия. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) представлены в практической медицине беклометазона дипропионатом, будесонидом и флутиказоном. Зарегистрированы также триамцинолона ацетонид, флунизолид, мометазона фуруат и циклесонид. Первые два из них постепенно теряют свою клиническую значимость ввиду не лучшей фармакодинамики, а два последних имеют реальную перспективу выйти на первый план в ближайшие годы. Будесонид, циклесонид и мометазона фуруат при БА легкого течения могут применяться 1 раз в сут. Врач должен понимать, что препараты этой группы взаимозаменяемы и могут быть пересчитаны

согласно таблице эквивалентных доз, разработанной экспертами глобальной инициативы GINA (табл. 1). Следует также помнить, что при длительном применении высоких доз ИГКС увеличивается вероятность развития побочных реакций. Существуют работы, согласно которым ультрамелкодисперсные дозированные аэрозоли беклометазона дипропионата в 1,5—2 раза более активны, чем обычные аэрозоли этого препарата.