

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМАЛИЗУМАБА («КСОЛАРА®») В МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Волкова Ольга Александровна

кандидат медицинских наук, БУЗ УР «ГКБ№6» МЗ УР, г. Ижевск

Воробьёва Анастасия Сергеевна

студент

Иевлев Евгений Николаевич

кандидат медицинских наук

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск

Аннотация. Статья посвящена ретроспективному анализу эффективности применения омализумаба в медикаментозной терапии бронхиальной астмы. В данной статье рассмотрена клиническая эффективность «Ксолара®» у 15 пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой, находящихся на 5 ступени медикаментозной терапии и имеющих неконтролируемые симптомы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, 5 ступень терапии, клиническая эффективность, омализумаб, иммуноглобулин IgE.

Бронхиальная астма (БА) одно из самых распространённых заболеваний в современном мире, которое снижает качество жизни, приводит к инвалидизации, большим экономическим затратам и проблемам в семье [1]. По статистическим данным, в России число пациентов с данным заболеванием 7 миллионов человек, из них 5% приходится на взрослое население [2].

Существует несколько подходов лечения данного заболевания, в частности, патогенетический, в основе которого лежит использование новых лекарственных средств, такого как омализумаб («Ксолар®»)[3]. Согласно рекомендациям GINA 2018 г., пациентам с неконтролируемой симптоматикой, находящихся на базисной терапии бронхиальной астмы и длительно принимающим пероральные глюкокортикоиды, назначают омализумаб. Причём данная терапия может быть использована только на 5 ступени, включающую в себя минимальные дозы пероральных глюкокортикоидов и/или антител к IgE. Данный лекарственный препарат - гуманизированные моноклональные IgG-антитела, которые связывают иммуноглобулин IgE человека, препятствуя их связи со специфическими рецепторами на тучных клетках и базофильных лейкоцитах, что, в свою очередь, уменьшает секрецию медиаторов аллергического воспаления и вызывает редукцию самого воспаления[4]. Количество введений и доза данного препарата рассчитывается с учётом исходной

концентрации IgE в крови и массы тела пациента[5].

Целью данной работы является выявление клинической эффективности применения омализумаба на фоне базисной терапии у пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой.

Материалы и методы:

В исследование включены 15 пациентов, средний возраст которых составляет $50 \pm 3,3$ лет (среди них 11 женщин и 4 мужчин), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР». Критериями отбора исследуемых явились: тяжёлое течение БА, сенсibilизация к бытовым и эпидермальным аллергенам, отсутствие противопоказаний к анти-IgE-терапии, 5 ступень терапии бронхиальной астмы.

Эффект от применения омализумаба оценивался спустя 8 недель от начала приёма по следующим показателям: выраженность клинической симптоматики, потребность в бета-агонистах. Анализ результатов проводился с помощью прикладной компьютерной программы Microsoft Office Excel 2010, с расчётом критерия согласия Пирсона χ^2 , p считалось достоверным $<0,05$.

Результаты исследования:

Выявлено, что у пациентов с бронхиальной астмой, находящихся на 5 ступени базисной терапии, были жалобы на одышку: у 10 (66,6%) пациентов наблюдалась в покое, в утреннее и ночное время от 1 до 4 раз в сутки, сопровождающаяся дистанционными хрипами и приступами удушья, у 5 (33,3%) пациентов - при минимальной физической нагрузке 1-2 раза в сутки. Признаки аллергического ринита(заложенность носа, ринорея, чихание) были выявлены у 10 (66,6%) исследуемых пациентов на фоне базисной терапии 5 ступени и приёма пероральных глюкокортикоидов от 1 до 4 раз в сутки (табл.№1).

Результаты данного наблюдения показали положительный эффект при приёме омализумаба. Из таблицы 1 видно, что у исследуемых вдвое уменьшилась частота приступов удушья и одышки в покое, у 2 (13,3%; $p<0.01$) одышка наблюдалась лишь при физической нагрузке. Часть пациентов перестали нуждаться в короткодействующих бета-агонистах (КДБА) и пользовались ими лишь при необходимости, у 7 (46,6%; $p<0.05$) исследуемых потребность в КДБА снизилась в 0,5-1,5 раза. Так же, стоит отметить, что на фоне приёма омализумаба объём базисной терапии 5 ступени уменьшился за счёт отмены пероральных глюкокортикоидов у 3 (20%; $p<0.01$) пациентов, у 11 (73,3%; $p<0.01$) пациентов были снижены дозы на 33,4-83,4%.

Таблица 1. Клиническая симптоматика до/после применения омализумаба

Клинические проявления	До применения омализумаба N=15	Спустя 8 недель после применения омализумаба N=15	p
Одышка:			

•В покое 2-4 раза в сутки.	10	0	p < 0.01
•При минимальной физической нагрузке 1-2 раза в сутки.	5	2	p < 0.01
Приступы удушья •ежедневно 2-10 раз в сутки	10	0	p < 0.01
Хрипы •ежедневно 3-8 раз в сутки	10	0	p < 0.01
Потребность в короткодействующих бета-агонистах • при необходимости •снижение дозы	15 15	5 7	p < 0.01 p < 0.05
Потребность в пероральных глюкокортикоидах;	15	12	p < 0.01
Снижение дозы пероральных глюкокортикоидов	15	11	p < 0.01

Таким образом, применение омализумаба при тяжёлом течение бронхиальной астмы на 5 ступени базисной терапии является рациональным в связи с тем, что уменьшает клинические симптомы бронхиальной астмы, повышает толерантность к физическим нагрузкам. Более широкое внедрение омализумаба приведёт к улучшению качества жизни и повышению приверженности пациентов к лечению.

Список литературы:

1. Ильина Н.И., Курбачева О.М., Павлова К.С. и др. Бронхиальная астма у детей//Клинические рекомендации МЗ РФ.-2017.-С.21.
2. Кирдей Л.Е. Закономерности и механизмы нарушений иммунологической реактивности у детей, больных бронхиальной астмой и атопическим дерматитом, пути коррекции этих нарушений//Диссертация.-2002.-С.75-76.
3. Костинов М.П., Андреева Н.П. Вакцинация пациентов с заболеваниями органов дыхания//Астма.-2014.-№3.-С.24-27.
4. Урбан Е.О. Эффективность иммуномодулирующей терапии у детей с бронхиальной астмой, с сопутствующим синдромом вторичной иммунной недостаточности//Диссертация.-2004.-С.151.
5. Чучалин А.Г., Айсанов З.Р., Белевский А.С. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы.-2016.-С.7-11.