

Алтымышева А.Т.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Altymysheva A.T.

CONTROL OF BRONCHIAL ASTHMA AND SEVERITY OF DISEASE

Современной целью лечения БА является достижение контроля над заболеванием. Несмотря на наличие международных руководств и высокоэффективных лекарственных средств уровень контроля БА в Кыргызстане остается низким.

The modern purpose of treatment BA is achievement of the control over disease. Despite of existing of modern guidelines and effective medicines the level of control of bronchial asthma is in Kyrgystan still low.

В последние десятилетия во многих областях медицины стал развиваться принцип терапии, основанный на достижении контроля болезни. Ориентированное на контроль лечение позволило не только значительно улучшить качество жизни больных при ряде хронических заболеваний, но и снизить показатели смертности, частоту тяжелых осложнений и инвалидизации [1–3]. Понимание необходимости постоянного контроля артериального давления при артериальной гипертензии, гликемии при сахарном диабете, уровней липидов крови у больных ишемической болезнью сердца прочно вошло в клиническую практику. Теперь усилия международных и национальных ассоциаций и обществ направлены на внедрение четкого понятия контроля, а также терапии, нацеленной на достижение и поддержание контроля, при бронхиальной астме (БА) [4, 5].

В ряде публикаций имелись указания на то, что с одной стороны принимается концепция достижения контроля над БА, а с другой стороны, оставалось не вполне понятным, что такое контроль заболевания и какого качественного уровня контроля можно достичь. Вот почему при поддержке экспертов Глобальной инициативы против астмы (GINA) появилось исследование GOAL - Gaining Optimal Asthma Control (достижение оптимального контроля астмы), основной задачей которого было установление возможности достижения контроля БА и у какой доли пациентов [6].

В исследовании приняло участие более 300 центров из 44 стран, что позволило включить 3421 пациента с БА. Полученные данные, позволили сформулировать критерии и уровни контроля болезни. Было доказано, что при стремлении к полному контролю с использованием комбинированного препарата сальметерол/флутиказон у подавляющего большинства пациентов возможно достижение уровня контроля, соответствующего рекомендациям GINA, а у значительной части пациентов может быть достигнут и полный контроль [7,8].

Итогом исследования GOAL стало внедрение концепции контроля БА в качестве цели и критерия эффективности лечения, опубликованной в версии Глобальной инициативы по бронхиальной астме 2006 года [5]. Контроль над БА означает для пациентов возможность предотвратить большинство приступов, не испытывать выраженных симптомов в дневное и ночное время, сохранять физическую активность.

В отчете GINA 2006 были определены следующие критерии контроля.

- отсутствие дневных симптомов (или ≤ 2 эпизодов в неделю);
- отсутствие ночных симптомов;
- отсутствие ограничений в повседневной активности (включая физические упражнения);
- отсутствие потребности в препаратах неотложной помощи (или использование ≤ 2 раз в неделю);
- отсутствие обострений;
- нормальная функция внешнего дыхания (ФВД).

Для оценки контроля БА в клинической практике нужен был простой и быстрый в использовании инструмент, достоверно отражающий изменения в состоянии больного и одинаково интерпретируемый врачом и пациентом. В 2003 г. на ежегодном конгрессе международной академии по аллергологии и клинической иммунологии впервые были представлены материалы по изучению Теста контроля астмы - Asthma Control Test (ACT) [9].

Вопросник ориентирован на достижение полного контроля, кроме того, он доступен для использования во всех звеньях медицинской помощи и достаточно чувствителен к изменению состояния больного [10].

Согласно данным Европейского исследования национального здоровья (NHWS, 2006), БА имеет контролируемое течение только у 28–55% пациентов в разных странах, тогда как в остальных случаях заболевание не контролируется, и его симптомы сохраняются, несмотря на проводимое лечение [11]. Заслуживают внимания данные и по Кыргызстану, где неконтролируемое течение БА выявлено у 94% больных, хороший контроль обнаружен у 6% и не было отмечено случаев полного контроля астмы [12]. Почему несмотря на существование международных руководств и современных эффективных лекарственных средств уровень контроля БА остается недостаточным у подавляющего большинства пациентов с любой тяжестью заболевания. Проблема влияния степени тяжести БА на уровень контроля

остается малоизученной, что и предопределило цель исследования.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня контроля бронхиальной астмы в Кыргызстане у больных с разной степенью тяжести БА.

Материал и методы: Нами обследовано 177 больных, страдающих atopической бронхиальной астмой, в возрасте от 15 до 66 лет, средний возраст $42,66 \pm 11,48$, из них 55 мужчин и 122 женщины.

Диагноз atopической бронхиальной астмы верифицировался в соответствии с критериями, предложенными Глобальной инициативой против БА (GINA, 2002г) [13]. По степени тяжести болезни, пациенты были распределены на 3 группы. В первую группу включили 37 человек с легкой степенью тяжести болезни, во вторую — 77 со среднетяжелой астмой и в третью группу — 63 с тяжелым течением заболевания.

Клиническое обследование включало количественную оценку основных симптомов болезни по трёхбалльной системе: 0 – нет симптомов, 1- умеренные, 2- выраженные и 3- значительные проявления.

Функцию внешнего дыхания (ФВД) с анализом кривой «поток-объем» исследовали на диагностическом комплексе Masterlab («Erich Jaeger», Wurzburg, Германия). Кроме того, проводилась пикфлоуметрия с ведением дневников самоконтроля. Качество жизни больных оценивали, по валидизированной русскоязычной версии краткого опросника AQ20 [14]. Для оценки уровня контроля астмы использовали (Тест по контролю над астмой - АСТ). Тест состоит из 5 вопросов, ответы на которые, представлены в виде пятибалльной оценочной шкалы. Результатом теста является сумма ответов в баллах, она же используется для формулировки рекомендаций. Так, оценка 25 баллов соответствует полному контролю, оценка в интервале 20-24 баллов соответствует хорошему контролю, сумма менее 20 баллов свидетельствует о неконтролируемом течении заболевания и требует вмешательства врача для пересмотра (или составления) плана лечения [9]. Тест позволяет интерпретировать результаты контроля астмы в рамках четырех недель наблюдения, результат легко интерпретируется, т. к. выражен в баллах [15].

Результаты и их обсуждение:

Используя Тест по контролю над астмой неконтролируемое течение БА выявили у 94,4% больных, хороший контроль наблюдался только в 5,6% случаев. Случаев полного контроля над

болезнью (сумма баллов = 25) среди обследованных нами больных не зафиксировано.

При изучении уровней контроля БА в зависимости от степени тяжести заболевания, оказалось, что хороший уровень контроля за течением БА наблюдался в группах с легким и средне-тяжелым течением БА (10,8% и 9,1% соответственно) (табл.1). В тоже время у больных с тяжелой БА данный показатель составлял лишь 1,6% ($p < 0,05$, $p < 0,05$ соответственно) однако обращают на себя внимание следующие моменты. Во-первых, как и в других исследованиях за рубежом, даже при легком течении уровень контроля БА остается низким [OPTIMA, SYMBOL,16] нет полного контроля за течением БА ни в одном случае, тогда как 9 из 10 пациентов отмечают отсутствие контроля за течением БА.

Таблица 1.

Уровни контроля в зависимости от тяжести течения БА

Уровень контроля	Легкое течение (1)		Средне-тяжелое (2)		Тяжелое течение (3)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
нет контроля	33	89,2	70	90,9	62	98,4*
хороший	4	10,8	7	9,1	1	1,6*
полный	0	0	0	0	0	0

Примечание: *- $p < 0,05$ сравнение с (1), **- $p < 0,05$ сравнение с (2)

При изучении структуры используемых ЛС в зависимости от тяжести течения БА были получены следующие результаты (табл.2).

Таблица 2.

Частота применения базисных и симптоматических препаратов у больных БА при разных степенях тяжести болезни

Тяжесть болезни	Возраст (лет)	ОФВ ₁ (% от должной величины)	Исходная терапия (частота применения)			
			ИКС %	Системные КС	В2 – агонисты %	Метилксантинны %
Лёгкая Персистирующая БА (n=37)	$37,3 \pm 10,7$	$87,4 \pm 12,03$	27,0	0	59,4	46
Средне-тяжёлая БА (n=77)	$40,8 \pm 11,7$	$67,9 \pm 11,6$	39,0	0	75,4	56
Тяжёлая БА (n=63)	$48,04 \pm 9,3$	$51,2 \pm 9,2$	47,6	17,5	87,3	69

При этом нами обнаружены некоторые различия в структуре принимаемых препаратов в зависимости от степени тяжести БА. Оказалось, что при легком течении болезни пациенты пользуются преимущественно бронхолитиками: метилксантинны - 46%, В2-агонисты, короткого действия - 59,4%. Отметим одно

немаловажное, на наш взгляд, обстоятельство: 72,9% пациентов с легкой БА не применяют базисные препараты, несмотря на рекомендации доктора, хотя по данным литературы при данной тяжести астмы могут развиваться тяжелые обострения: 30–40% госпитализаций по поводу обострения БА приходится на долю этих пациентов [17]. Кроме того, 61% больных со среднетяжелым течением также обходятся без ИКС, при тяжелом течении более половины пациентов 52,3% тоже не пользуются этими лекарственными препаратами. Что, на наш взгляд, может быть одним из факторов снижающих контроль болезни.

Остановимся на особенностях базисной ИКС терапии у больных БА. Хотелось бы отметить, что 39,1 % больных с неконтролируемой астмой применяли базисное лечение ИКС без ожидаемого полного контроля болезни, что сопоставимо с результатами исследования INSPIRE [18].

Анализируя ингалируемые кортикостероиды, мы установили, что, наблюдаемые нами пациенты отдавали предпочтение беклометазону. Отметим, что только в 1,6% случаев пациенты использовали наиболее эффективную комбинацию сальметерол/флутиказон, позволяющую достичь полного контроля над заболеванием у большинства пациентов.

Анализ использования ИКС позволил выявить следующие факторы, влияющие на эффективность применения ИКС у больных БА, табл.3.

Таблица 3.

Факторы, влияющие на эффективность применения ИКС у больных БА

Факторы	Легкая	Средне-тяжелая	Тяжелая
Непостоянное применение ИКС	78,4%	81,1%	91,1%
Недостаточные дозы и/или кратность использования ИКС	92,1%	87,4%	90,5%
Не комбинировали ИКС с В2- агонистами длительного действия	97,2%	95,6%	91,1%
Применение ИКС без спейсера	86%	81%	85,7%
Низкий уровень образования пациентов	97,2%	97,4%	92%

При изучении взаимосвязи спектра и частоты используемых ЛС с уровнем контроля БА, были получены следующие данные. Частота применения базисных препаратов среди пациентов с хорошим уровнем контроля была выше, чем в группе с неконтролируемым течением заболевания, составляя 77,7% и 37,7% соответственно.

С целью изучения влияния уровня информированности на степень контроля БА всем пациентам проводилось групповое обучение по 6

часовой программе с раздачей образовательного материала по правильной технике ингаляции, необходимости соблюдения режима дозирования препаратов, применения спейсера и др. Наряду с обучением всем пациентам была откорректирована лекарственная терапия.

Результатом обучения и повышения уровня знаний о принципах медикаментозного лечения стало существенное улучшение отдельных показателей состояния пациентов и уровня контроля БА в целом уже через 4 недели лечения. У 7,4% откликнувшихся пациентов был достигнут полный контроль БА (оценка в АСТ тесте – 25 баллов). Неполный контроль БА был достигнут после пересмотра терапии у 55,5 % пациентов по результатам АСТ - теста. Контроль БА отсутствовал по данным АСТ - теста у 37% пришедших повторно больных. Через 8 недель у 12 больных в 25% случаев был зафиксирован полный контроль, а в 75% хороший его уровень. Данные пациенты были более всего подвержены лечению, строго следовали инструкциям врача, регулярно использовали ИКС, спейсер (табл.4).

Таким образом, по предварительным данным в Кыргызской Республике выявлено преобладающее большинство больных с неконтролируемой или плохо контролируемой бронхиальной астмой, на практике терапия БА не отвечает международным рекомендациям.

Таблица 4.

Динамика АСТ после обучения и коррекции терапии БА.

АСТ (баллы)	Кол-во больных	Ср. балл	нет контроля	хороший	полный
фон	54	11,7±4,2	92,6	7,4	0
1 месяц	54	19,6±3,2*	37,0	55,5	7,4
3 месяца	30	22,2±2,2*	0	75	25

Примечание: *- p<0,05

Кроме того, пациенты плохо информированы о сути болезни, методах лечения и профилактики, что указывает на необходимость широкого внедрения современных подходов по лечению и мониторингу БА, повышению уровня образования врачей и пациентов. Проведенное исследование наглядно показало, что с помощью русскоязычной валидизированной версии АСТ-теста можно достаточно надежно оценивать уровень контроля БА, а также улавливать изменения контроля в результате оптимизации терапии. АСТ-тест помогает определить степень контроля при различной тяжести БА, тем самым способствуя достижению максимально возможного контроля БА у каждого конкретного больного. Такой подход актуален для пациентов, в том числе с легкой и среднетяжелой БА, так как для них характерны переоценка контроля своего

заболевания и использование лишь симптоматического лечения в отсутствие адекватной противовоспалительной терапии. Рекомендованную в последние годы классификацию БА по степени тяжести в настоящее время целесообразно использовать при первичной диагностике и выборе начальной терапии. Однако важно понимать, что степень тяжести астмы должна учитывать не только выраженность симптомов, но и ответ на проводимую терапию.

Литература:

1. Amarengo P, Bogousslavsky J, et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N.Engl. J. Med.* 2006; 355: 549–59.
2. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2004; 350: 1495–504
3. S. Erdine, O. Ari, A. Zanchetti, R. Cifkova, R. Fagard and S. Kjeldsen, ESH-ESC guidelines for the management of hypertension, *Herz.* 2006; 31(4):331–338.
4. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы, одышки / Под ред. Чучалина А.Г. М., 2005.
5. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2006 //www.ginasthma.org. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. М., 2007.
6. Gaining optimal asthma control. Introducing the GOAL study. GlaxoWellcome Research and Development, 2000. 20 p.
7. Bateman E.D., Boushey H.A., Bousquet J. et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. *Amer.J. Resp. Crit.Care Med.* 2004;(170):836-1.
8. Огородова Л.М., Петровский Ф.И., Прохорова Т.П. Контроль бронхиальной астмы: сможем ли мы достичь большего? *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2004;(3):26-30.
9. Nathan R.A., Sorkness S.A., Kosinski M. et al. Development of Asthma control test: a survey for assessing asthma control *J.Allergy Clin.Immunol.* 2004; 113:59-65
10. Schatz M, Sorkness CA, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Nathan RA, Kosinski M, Pendergraft TB, Jhingran P. Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *J.Allergy Clin.Immunol.* 2006; 117(3):549-56.
11. Огородова Л.М. Результаты Европейского исследования распространенности и терапии астмы: Презентация. 2008. www.nhwsurvey.com
12. Алтымышева А.Т., Шабыеева С.Б., Сооронбаев Т.М. Контроль бронхиальной астмы в Кыргызстане: проблемы, связанные с применением ингаляционных кортикостероидов. *Центрально-Азиатский медицинский журнал.* 2007;(13):314-15
13. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002г. Пер. с англ. Под ред. Чучалина А.Г.М. 2002
14. Бримкулов Н.Н., Дуйсенова Ж., Калиева А.Д. Качество жизни у больных бронхиальной астмой. *Пульмонология.* 1999; 3; 50-54
15. Белевский А.С., Княжеская Н.П., Новиков Ю.К. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы с помощью АСТ- теста. *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2007;(1):43-47.
16. Княжеская Н.П., Потапова М.О. Легкая бронхиальная астма: некоторые аспекты лечения и профилактики обострений (исследования OPTIMA и SYMBOL). *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2003;(3):18-20.
17. Ненашева Н.М. Возможности достижения контроля над бронхиальной астмой в условиях клинической практики. *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2007;(4):36-39.
18. Белевский А.С., Вознесенский Н.А. Проблемы контроля бронхиальной астмы у больных, получающих регулярную базисную терапию. *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2005;(4):42-44