

*Алтымышева А.Т.*

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ УРОВНЯХ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

*А.Т. Altymysheva*

### MODERN REPRESENTATIONS ABOUT LEVELS OF THE CONTROL OF A BRONCHIAL ASTHMA: DEFINITION AND TOOLS OF AN ESTIMATION

*Согласно современным международным рекомендациям основной целью лечения бронхиальной астмы (БА) является достижение и поддержание полного контроля над заболеванием. Несмотря на наличие регулярной противовоспалительной терапии у значительной части пациентов выявляется отсутствие или недостаточный уровень контроля. Терапия должна быть направлена на достижение и поддержание полного контроля над заболеванием.*

*In modern recommendations for treatment of bronchial asthma (BA) the concept of achievement of the full control over illness is basic, it is known, that despite of regular anti-inflammatory therapy, at a significant part of patients insufficient or bad control of BA is observed. Therapy should be directed on achievement and long maintenance of full control of BA.*

Несмотря на то, что в последние два десятилетия произошел безусловный прогресс в диагностике и лечении бронхиальной астмы (БА), у большинства больных уровень контроля заболевания остается крайне низким. Именно поэтому экспертов здравоохранения во всем мире все больше привлекают вопросы неадекватного контроля БА у подавляющего числа пациентов.

Так, по результатам многоцентрового исследования AIRE (Asthma Insights and Reality in Europe) даже при использовании высокоэффективных лекарственных препаратов (ИКС), лишь у незначительной части пациентов лечение можно было считать успешным: только каждый 20-й больной БА достигал конечных целей терапии, направленных на достижение полного контроля (1,2,3). Было отмечено, что около 30% обследованных просыпались из-за симптомов астмы, по меньшей мере 1 раз в неделю, а 6% каждую ночь. В течение последнего года у 61% больных наблюдались внезапные тяжелые приступы БА, из-за чего 30% обращались за неотложной медицинской помощью (1,2,3). В другом исследовании (AIRIAP- Asthma Insights and Reality in Asia Pacific), проведенном в азиатско-тихоокеанском регионе, продемонстрированы сходные результаты (4). В Европейском исследовании национального здоровья (NHWS, 5), 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 (5). Заслуживают внимания данные и по Кыргызстану, где неконтро-

лируемое течение БА выявлено у 94% больных, хороший контроль обнаружен у 6% и не было отмечено случаев полного контроля астмы (6).

Полагают, что неконтролируемая БА может быть связана с терапией, не соответствующей международным рекомендациям (1,6,7). К тому же большинство пациентов недооценивают тяжесть своего заболевания и, напротив, переоценивают степень контроля БА. Даже на фоне тяжелых симптомов БА более 40% больных считают свое заболевание хорошо или полностью контролируемым (8).

Немаловажное значение придают и информированности пациентов о сущности болезни, методах лечения и профилактики (9).

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 (10).

В исследовании принимало участие более 300 центров из 44 стран, что позволило включить 3421 пациента с БА. Получены данные, позволившие сформулировать критерии и уровни контроля болезни. Доказано, что при стремлении к полному контролю с использованием комбинированного препарата сальметерол/флутиказон у подавляющего большинства пациентов возможно достижение уровня контроля, соответствующего рекомендациям GINA, у значительной части пациентов может быть достигнут и полный контроль (11,12).

Итогом исследования GOAL стало внедрение концепции контроля БА в качестве цели и критерия эффективности лечения, опубликованной в последней версии Глобальной инициативы по бронхиальной астме (7). 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  $\leq 2$  эпизодов в неделю);
- отсутствие ночных симптомов;
- отсутствие ограничений в повседневной активности (включая физические упражнения);
- отсутствие потребности в препаратах неотложной помощи (или использование  $\leq 2$  раз в неделю);
- отсутствие обострений;
- нормальная функция внешнего дыхания (ФВД).

Большой практический интерес вызвала новая классификация БА - по уровню контроля болезни. Таб. 1

Таблица 1.

**Уровни контроля бронхиальной астмы.**

Характеристики	Контролируемая БА (все ниже-перечисленное)	Частично контролируемая БА (любое проявление в течение любой недели)	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Отсутствуют (или $\leq 2$ эпизодов в неделю)	> эпизодов в неделю	Наличие трех и более симптомов частично контролируемой БА в течение любой недели
Ограничения активности	Отсутствуют	Любые	
Ночные симптомы/пробуждения	Отсутствуют	Любые	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Отсутствуют (или $\leq 2$ эпизодов в неделю)	> эпизодов в неделю	
Функция легких (ПСВ или ОФV1)*	Нормальная	<80% от должного значения или наилучшего для данного пациента показателя (если таковой известен)	
Обострения	Отсутствуют	1 и более в год**	1 в течение любой недели***

\*Исследование функции легких не является надежным методом исследования у детей младше 5 лет и младше.

\*\*Каждое обострение требует пересмотра поддерживающей терапии и оценки ее адекватности.

\*\*\*По определению, неделя с обострением - это неделя с неконтролируемой астмой.

Большинство исследователей склоняется к тому, что классификация по уровню контроля болезни более пригодна для оценки текущей терапии, принятия необходимого решения по тактике ведения пациентов. В идеале полный контроль над БА должен означать не только отсутствие симптомов болезни и нормальную ФВД, но и отсутствие признаков воспаления в нижних дыхательных путях, ибо хорошо известно, что даже при отсутствии клинических симптомов, воспаление в бронхиальном дереве может сохраняться, приводя

к бронхиальной гиперреактивности (БГР) (13,14). Воспалительные изменения и ремоделирование бронхиальной стенки наблюдаются не только у пациентов со среднетяжелой и тяжелой БА, но и у больных легкой астмой (лишь менее интенсивные) (14,15). В структуре БА легкие формы болезни составляют 50–75%, и, как правило, именно для этой категории пациентов характерны переоценка контроля своего заболевания и использование лишь симптомати-ческого лечения без адекватной противовоспалительной терапии (16). Становится очевидным, почему при легкой БА могут развиваться тяжелые обострения БА, на их долю приходится 30–40% госпитализаций по поводу обострения БА (15,16).

Следует отметить, что увеличение потребности в препаратах неотложной помощи, особенно ежедневное их использование, указывает на утрату контроля болезни и необходимость пересмотра терапии (7).

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. Например, у пациента с диагностированной тяжелой БА, при хорошем ответе на терапию, тяжесть заболевания может быть пересмотрена в сторону уменьшения. Главным недостатком классификации по степени тяжести является то, что с ее помощью трудно предсказать объем терапевтического вмешательства, в котором будет нуждаться пациент, а также его ответ на проводимую терапию. Для этой цели больше подходит периодическая оценка уровня контроля БА (16).

Для принятия единых методологических подходов оценки уровней контроля БА был создан ряд клинико-anamnestических и клинико-функциональных стандартов, среди которых следует выделить – критерии GINA (Глобальная инициатива против астмы, 2002), и GOAL (Достижение оптимального контроля астмы), вопросники ACQ (Asthma Control Questionnaire), RCP (Royal College of Physicians), Rules of Two и др. (11,17,7). Наиболее приемлемым, получившим международное признание стал Тест контроля астмы - Asthma Control Test (ACT), впервые представленный в 2003 г. на ежегодном конгрессе международной академии по аллергологии и клинической иммунологии (18).

В разработке теста приняли участие две рабочие группы: врачи общей практики и ведущие специалисты в области респираторной медицины. Обе группы определили составляющие контроля БА и участвовали в выборе вопросов, наиболее объективно отражающих уровни контроля болезни (19).

Тест АСТ на каждый из 5 вопросов предлагает 5 вариантов ответа, соответствующих определенному баллу. Сумма 25 баллов означает полный контроль БА. Сумма 20–24 балла означает, что БА контролируется хорошо, но не полностью. Сумма  $\leq 19$  баллов указывает на неконтролируемое течение астмы, и чем меньше сумма баллов, тем серьезнее нарушения контроля болезни. Тест позволяет интерпретировать результаты контроля астмы в рамках четырех недель наблюдения. Для того чтобы заполнить вопросник не требуется специальных знаний, поэтому с ним может работать не только медицинский персонал, но и пациенты (18,19). Наконец, результат легко интерпретируется, т. к. выражен в баллах.

Поскольку АСТ заполняется самим пациентом, то способен объективизировать субъективное отношение последнего к своей болезни (19,20). Это простой и удобный инструмент для оценки контроля над БА в условиях реальной клинической практики. Тест валидизирован: достоверность оценки контроля над БА с его использованием подтверждена результатами клинических исследований и мнением экспертов. Данные АСТ коррелируют с функциональными показателями (ОФВ1 и др.), отражающими обструктивные нарушения при БА. Тест АСТ позволяет выявлять большие с неконтролируемой БА, оценивать эффективность противоастматической терапии и корректировать лечение, при этом изменение суммы баллов в АСТ достоверно коррелирует с динамикой ОФВ1 после коррекции лечения. Тест АСТ является инструментом самообучения больного и существенно повышает приверженность к лечению. Он одобрен международным руководством GINA и рекомендован к применению Российским респираторным обществом (2,20). Таким образом, АСТ позволяет точно и объективно оценить уровень контроля БА и достичь более высоких результатов лечения, путем назначения адекватной терапии.

#### Литература:

1. Rabe K.F. et al. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *Eur.Resp.J.* 2000; (16):802
2. Vermeire P.A., Rabe KF, Soriano JB. Asthma control and differences in management practices across seven European countries. *Respir.Med.* 2002;(96):142-9.
3. Blanc F.X., Postel-Vinay N, Boucot I. et al. The AIRE Study: data analysis of 753 European children with asthma. *Rev.Mal.respir.* 2002; (19):585-92.
4. Lai C.K., De Guiva T.S., Kim Y.Y., et al. Asthma control in Asia-Pacific region: the Asthma Insights and Reality in Asia-Pacific Study // *J.Allergy Clin. immunology.* 2003; (111): 263-68.
5. Огородова Л.М. Результаты Европейского исследования распространенности и терапии астмы: Презентация. 2008. [www.nhwsurvey.com](http://www.nhwsurvey.com)
6. Алтымышева А.Т., Шабыкеева С.Б., Сооронбаев Т.М. Контроль бронхиальной астмы в Кыргызстане: проблемы, связанные с применением ингаляционных кортикостероидов. *Центрально-Азиатский медицинский журнал.* 2007;(13):314-15
7. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2006 // [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org). Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. М., 2007.
8. Черняк Б.А., Воржева И.И. Контролируемое течение бронхиальной астмы как основная цель терапии в повседневной клинической практике. *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2008;(2):34-38.
9. Ненашева Н.М. Возможности достижения контроля над бронхиальной астмой в условиях клинической практики. *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2007;(4):36-39.
10. Gaining optimal asthma control. Introducing the GOAL study. GlaxoWellcome Research and Development, 2000. 20 p.
11. Bateman E.D., Boushey HA, 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.
12. 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.
13. Hargreave F.E. et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 1981. V. 68. P. 347
14. Shiba K. et al. // *Chest.* 2002. V. 122. P. 1622.
15. Dusser D. et al. // *Allergy.* 2007. V. 62. P. 591
16. Княжеская Н.П., Потапова М.О. Легкая бронхиальная астма: некоторые аспекты лечения и профилактики обострения (исследования ОПТИМА SIMBOL) *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2003;(3): 18-20.
17. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002г. Пер. с англ. Под ред. Чучалина А.Г. М. 2002.
18. 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
19. 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.
20. 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.