

Алтымышева А.Т.

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

A.T. 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 antiinflammatory 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 ≤ 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).

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 ≤ 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 ≤ 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 ≤ 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:

- 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
- Vermeire P.A., Rabe KF, Soriano JB. Asthma control and differences in management practices across seven European countries. *Respir.Med.* 2002;(96):142-9.
- 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.
- 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.
- Огородова Л.М. Результаты Европейского исследования распространенности и терапии астмы: Презентация. 2008. www.nhwsurvey.com
- 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
- 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.
- 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.
- Ненашева Н.М. Возможности достижения контроля над бронхиальной астмой в условиях клинической практики. *Атмосфера. Пульмонология и Аллергология.* 2007;(4):36-39.
- Gaining optimal asthma control. Introducing the GOAL study. GlaxoWellcome Research and Development, 2000. 20 p.
- 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.
- 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.
- Hargreave F.E. et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 1981. V. 68. P. 347
- Shiba K. et al. // *Chest.* 2002. V. 122. P. 1622.
- Dusser D. et al. // *Allergy.* 2007. V. 62. P. 591
- 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.
- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002г. Пер. с англ. Под ред. Чучалина А.Г. М. 2002.
- 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
- 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.
- 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.