

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ю.И. ФЕЩЕНКО, Л.А. ЯШИНА

Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского

Бронхиальная астма (БА) на сегодняшний день остается одной из основных проблем практической медицины [3, 8], несмотря на совместные усилия ученых и врачей-практиков, которые уже внесли огромный вклад в ее решение, и продолжают углубленно изучать механизмы развития, патофизиологию, патогенез этого заболевания, разрабатывать и внедрять новые препараты для базисной и симптоматической терапии, новые схемы, методики. Однако, это заболевание не всегда удается контролировать, особенно при тяжелом течении, при наличии сопутствующей патологии, при низкой приверженности пациентов лечению.

Достижения контроля бронхиальной астмы — основная цель лечения БА и новая стратегия ведения заболевания, основанная на высоком уровне доказательности (по результатам крупных мультицентровых международных сравнительных рандомизированных клинических исследований лекарственных средств, опыте их широкого практического внедрения в общетерапевтической, пульмонологической, аллергологической клинике), и эта цель может быть достигнута у большинства пациентов [2, 8].

Клинический контроль заболевания достигается в следствии уменьшения астматического воспаления под воздействием правильно назначенной противовоспалительной базисной контролирующей терапии. В общеклинической практике степень контроля БА оценивается на основании клинических симптомов болезни (включая обострения), потребности в "скоромоощных" препаратах, функционального состояния легких, объема и характера терапии, необходимой для достижения контроля [2, 6, 8].

Важно не только достичь контроль заболевания, но и поддерживать длительный период времени, не забывая о безопасности терапии, возможности развития побочных эффектов и стоимости лечения, требуемого для достижения этой цели. Получается непрерывный цикл ведения заболевания: оценка существующего у пациента уровня контроля БА; лечение, направленное на достижение оптимального контроля БА; мониторинг и поддержание достигнутого контроля БА.

Исходная оценка состояния пациента и назначение соответствующей терапии проводится согласно существующей классификации БА по степени тяжести, в дальнейшем в плане достижения контроля для каждого пациента определяется один из "шагов лече-

ния", в зависимости от состояния больного в период обследования и характера постоянно проводимой фармакотерапии.

У каждого пациента должен быть оценен применяемый режим терапии, соблюдение этого режима терапии и уровень текущего контроля астмы. На рисунке 1 представлена схема, позволяющая определить полноту контроля заболевания: контролируемая, частично контролируемая или неконтролируемая БА [2, 8].

Согласно этой схеме, например, если астма не контролируется или частично контролируется на текущей терапии, режим лечения должен быть усилен (увеличение дозы уже применяемых лекарств или введение дополнительных лекарственных средств). Если БА у больного контролируется и контроль удерживается как минимум на протяжении трех месяцев, лечение может быть уменьшено с целью определения наименьшей интенсивности лекарственной терапии, необходимой для поддержания контроля.

Для своевременной коррекции терапии и самооценки пациента предложен Тест по контролю за астмой, по которому пациент может сам оценить уровень достигнутого контроля БА и пути его поддержания.

Шаги по достижению и поддержанию контроля БА [2, 8], основанные на принципах достижения оптимального уровня контроля, представлены на рис.2.

Предпочтительно для достижения контроля БА применение ингаляционной терапии как базисно, так и для купирования симптомов, поскольку ингаляционный путь введения при этом заболевании является наиболее физиологичным, противовоспалительное и бронхолитическое средство доставляется непосредственно в дыхательные пути, при сравнительно меньшей эффективной дозе, создавая более высокую местную концентрацию, со значительно меньшим риском развития системных побочных эффектов.

При персистирующей БА наиболее эффективными лекарственными средствами являются ингаляционные глюкокортикостероиды [4, 5, 7]. Наилучший терапевтический индекс (эффективность/безопасность) достигается при назначении сравнительно низких доз, эквивалентных 400 мкг будесонида в сутки (или 500 мкг беклометазона пропионата, или 250 мкг флутиказона пропионата, или 400 мкг мометазона) [8].

Дальнейшее увеличение суточной дозы ИКС в монотерапии может принести сравнительно небольшую выгоду в плане достижения контроля БА, но увеличивает риск развития побочных эффектов. В дости-

Характеристика	Контролируемое течение (все из ниже перечисленного)	Частичный контроль (любой признак отмечается в любую неделю)	Неконтролируемое течение
Дневные симптомы	Нет (≤ 2 /неделю)	> 2 /неделю	≥ 3 признака частичного контроля БА наблюдаются в любую неделю
Ограничение активности	Нет	Любое	
Ночные симптомы/пробуждения из-за БА	Нет	В любое время	
Потребность в "скорпомощном" препарате	Нет (≤ 2 /неделю)	> 2 /неделю	
ФВД (ПОСвыд. или ОФВ ₁)	Нормальные показатели	$< 80\%$ должного или наилучшего для больного в любой день	В любую неделю
Обострения	Нет	≥ 1 /год	

Рис. 1. Рабочая схема оценки уровня контроля БА

Шаг 1	Шаг 2	Шаг 3	Шаг 4	Шаг 5
Астма-обучение Контроль окружающей среды				
Быстродействующие β_2 -агонисты по потребности				
Контролирующая терапия	Выбрать один	Выбрать один	Добавить один, или больше	Добавить один, или оба
	Низкие дозы ИКС	Низкие дозы ИКС + β_2 -агонисты длительного действия	Средние или высокие дозы ИКС + β_2 -агонисты длительного действия	Перорально оральные ГКС (наиболее низкая доза)
	Модификатор лейкотриенов	Средние, или высокие дозы ИКС	Модификатор лейкотриенов	Анти-Ig E
		Низкие дозы ИКС + модификатор лейкотриенов	Теофиллин длительного действия	
		Низкие дозы ИКС + теофиллин длительного действия		

 — предпочтительный выбор

Рис. 2. Шаги по достижению и поддержанию контроля БА

жении клинического контроля предпочтительнее по сравнению с увеличением дозы ИКС добавление к низким дозам ИКС контролирующих препаратов других классов, преимущество отдается комбинации ИКС с β_2 -агонистами длительного действия. β_2 -агонисты длительного действия не применяются в монотерапии, а только в комбинации с ИКС во избежание возникновения возможных серьезных побочных эффектов у некоторых пациентов.

У пациентов, у кого по каким либо причинам невозможно или неэффективно назначение этой комбинации, возможно применение модификаторов лейкотриенов или теофиллина длительного действия в комбинации с ИКС, но эти комбинации уступают комбинации ИКС плюс β_2 -агонист длительного действия. Роль кромонов в базисной терапии БА ограничена и их использование не рекомендуется ввиду низкой по сравнению с ИКС эффективности.

Бронхолитики короткого действия для снятия острых симптомов применяются при каждом шаге достижения контроля БА. Предпочтительны ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия, другие бронхолитики (холинолитики короткого действия, оральные β_2 -агонисты короткого действия, теофиллины короткого действия) имеют более медленное начало действия и/или больший риск развития побочных эффектов. Регулярное использование скорпомощных медикаментов является одним из признаков, определяющих неконтролируемую астму и является показанием для назначения или усиления противовоспалительной контролирующей базисной терапии.

Первый шаг — применяется скорпомощной бронхолитик по требованию (β_2 -агонист короткого действия) у не получавших лечение пациентов при наличии редких (≤ 2 раз в неделю дневных или реже ночных) кратковременных симптомов БА. Между эпизодами у

больного отсутствуют симптомы заболевания, ночные пробуждения, функция легких в норме.

Если симптомы БА возникают чаще и/или периодически ухудшаются, требуется назначение регулярной контролирующей терапии (см. шаги 2–5) в сочетании с скоропомощным бронхолитиком по требованию.

Второй шаг — применяется скоропомощной бронхолитик по требованию. Назначается один контролирующий препарат — ИКС в низкой дозе.

В качестве альтернативного контролирующего средства при невозможности использования ингаляционного пути введения лекарства или возникновении крайне редких побочных эффектов ИКС можно назначать модификатор лейкотриенов.

Третий шаг — применение скоропомощного бронхолитика по требованию плюс один или два контролирующих препарата. Рекомендуется комбинация ИКС в низких дозах и β_2 -агониста длительного действия в одном ингаляционном доставочном устройстве или в виде отдельных компонентов (ИКС + сальметерол, ИКС + формотерол).

Ввиду взаимоопотенцирующего эффекта двух лекарственных компонентов, входящих в комбинацию применения низких доз ИКС обычно достаточно и необходимость в увеличении дозы ИКС может возникнуть только, если контроль БА не достигнут в течении 3–4-х месяцев такого режима терапии.

Комбинация ИКС будесонида и β_2 -агониста длительного действия с быстрым бронхолитическим эффектом формотерола в одном доставочном устройстве интересна тем, что она может использоваться в качестве скоропомощного для снятия острых симптомов и в качестве контролирующей поддерживающей базисной терапии в лечении БА [1]. Как было показано в крупных многоцентровых международных клинических исследованиях применение симбикорта в таком режиме позволяет снизить количество обострений и улучшить контроль БА на сравнительно низких дозах ИКС.

Другой выбор контролирующей терапии в отличие от применения комбинации ИКС в низких дозах и β_2 -агониста длительного действия — увеличение суточной дозы ИКС. Однако, при использовании средне-высоких доз ИКС необходимо позаботиться о профилактике местных и системных побочных эффектов (оптимизация техники ингаляций, снижение кратности применения суточной дозы, использование спейсера и др.).

Возможно использование и других приведенных в схеме комбинаций лекарственных средств контролирующей терапии с обязательным включением ИКС.

Четвертый шаг — применяется скоропомощной бронхолитик по требованию плюс два или более контролирующих препарата.

Прежде чем усиливать терапию, необходимо тщательно обследовать больного с целью исключения альтернативного диагноза или выявления причин наличия трудной для терапии астмы.

Преимущественный выбор контролирующей терапии — средние или высокие дозы ИКС в комбина-

ции с β_2 -агонистом длительного действия с возможным присоединением третьего контролирующего препарата — модификатора лейкотриенов или теофиллина длительного действия.

Если больной остается тяжело неконтролируемым, с ограничением дневной активности, частыми обострениями — к применению комбинированной терапии четвертого шага возможно добавить оральные глюкокортикостероиды в низайших эффективных дозах (с сохранением высокой дозы ИКС) и продолжить применение системных стероидов после получения данных о положительном влиянии их на контроль БА, то есть перейти на пятый шаг — скоропомощной бронхолитик по требованию плюс дополнительные контролирующие препараты..

У больных с тяжелой аллергической БА (высоким уровнем IgE), когда контроль не достигается на комбинации нескольких контролирующих препаратов, включая ингаляционные в высоких дозах и оральные глюкокортикостероиды в качестве контролирующей может быть добавлена анти-IgE терапия.

У больных персистирующей БА, которые ранее не получали базисной противовоспалительной терапии, контролирующая терапия начинается с применения низких доз ИКС соответственно второму шагу контроля, а при тяжелой неконтролируемой астме, базисное лечение может первично проводиться контролирующими средствами соответственно третьему шагу.

При применении большинства контролирующих препаратов улучшение состояния больных наступает уже в начале терапии, однако, полный эффект наступает 3–4 месяца спустя, а при тяжелой хронически неполноценно леченной астме и в более поздние сроки.

По достижении контроля БА необходим регулярный мониторинг для поддержания и установления минимальных доз необходимой контролирующей терапии.

Если у пациента поддерживается контроль заболевания на протяжении как минимум 3-х месяцев, возможно постепенно ослабить поддерживающую терапию, осторожно перейти к лечению по схеме более низкой ступени, которая даст возможность определить минимальный необходимый для поддержания контроля объем терапии.

Снижать интенсивность контролирующей терапии необходимо с учетом индивидуального подхода в зависимости от комбинации доз медикаментов, на которых был достигнут контроль с примерно следующим алгоритмом:

— если БА контролируется высокими-средними дозами ИКС возможно 50 % снижение дозы с 3-х месячными интервалам;

— если БА контролируется на низких дозах ИКС — у большинства пациентов возможно перейти на однократное суточное дозирование;

— если БА контролируется комбинацией ИКС и β_2 -агониста длительного действия -предпочтительно снижение дозы ИКС на 50 % с продолжающимся приемом β_2 -агониста длительного действия. Если контроль

удерживается — можно попытаться снизить дозу ИКС до низкой, затем прием β_2 -агониста длительного действия может быть прекращен.

Ежели у больного при назначенном объеме лечения не достигнут надлежащий контроль симптомов и функциональных нарушений, следует перейти к лечению по схеме более высокой классификационной ступени, предварительно убедившись в правильности выполнения больным назначений врача. Пациента необходимо информировать о ранних симптомах обострения БА, научить его контролировать свое состояние, пользоваться Тестом контроля над астмой, проводить пикфлоуметрический мониторинг, разработать индивидуальный план действий при БА, что может помочь предотвратить развитие нежелательных проявлений терапии и обострения.

Одним из основных моментов ведения БА является определение факторов риска БА и уменьшение их воздействия, или, в идеале, исключение контакта с ними. Так как природа бронхиальной астмы комплексна и неокончательно понята, меры профилактики в основном направлены на предупреждение симптомов и обострений, что предполагает улучшение контроля заболевания.

Профилактические меры связаны с идентификацией и прекращением или уменьшением воздействия факторов риска БА. Это прежде всего воздействие пылевых, бытовых, профессиональных аллергенов, поллютантов, активного и пассивного курения.

Помимо увеличения симптоматики заболевания, ускорения падения функции легких табакокурение приводит к снижению эффективности ингаляционных и системных глюкокортикостероидов в достижении контроля БА, о чем необходимо помнить при назначении ИКС.

Неудачи в достижении контроля БА могут быть связаны и с применением аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств при неблагоприятных реакциях на них в анамнезе. Поддерживать бронхоспазм могут также оральные бета блокаторы или в виде глазных капель.

Контроль БА могут ухудшить также сопутствующие заболевания верхних дыхательных путей — ринит, синусит, назальный полипоз. Повысить контроль БА без увеличения интенсивности ее базисной терапии может параллельное лечение этих заболеваний. Гастроэзофагальный рефлюкс способствует обострению симптомов астмы, а коррекция рефлюкса также улучшает контроль БА.

Раннее вмешательство, прекращение воздействия факторов риска, сенсibiliзирующих дыхательные пути и повышающих гиперреактивность бронхов, может помочь в достижении контроля БА и уменьшить потребность в медикаментозных средствах.

Современные возможности ведения больных БА предполагают включение взаимосвязанных компонентов, достижение следующих основных целей: достижение и поддержание контроля симптомов БА; поддержание нормального уровня активности пациентов, в том числе и физической; поддержание функции легких на уровне как можно более близком к норме; предотвращение или минимум обострений; избежание побочных эффектов медикаментов; профилактика смертности в связи с астмой.

Эффективность лечения и полнота контроля БА зависят в большой степени также и от приверженности пациента лечению, доверия к врачу. В этом плане при общении с пациентом важно дать информацию о том, что такое собственно астма и каково ее лечение?

При этом пациент осознает обоснованность необходимости проведения противовоспалительной терапии БА и получает информацию о современных возможностях терапии, позволяющих не только купировать уже возникшие симптомы, но и предупредить симптомы, обострения и прогрессирование заболевания. При этом пациент становится приверженным проведению постоянной противовоспалительной терапии, что в свою очередь, повышает возможность достижения более полного контроля БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н. Как добиться более эффективного контроля бронхиальной астмы с помощью нового подхода к назначению лекарственных средств? Преимущество гибкого дозирования // *Consilium-medicum*. — 2005. — № 4. — С. 1–11.
2. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 " Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю " Пульмонологія". Київ. 2007.
3. Феценко Ю.И. Бронхиальная астма — одна из главных проблем современной медицины // *Укр. пульмонологічний журн.* — 2000. — № 2 (додаток). — С. 13–15.
4. Феценко Ю.И. Ингаляционные стероиды в современной концепции противовоспалительной терапии бронхиальной астмы // *Астма та алергія*. — 2002. — № 2. — С. 65–68.
5. Яшина Л.А. Астма — контроль // *Укр. пульмонологічний журн.* — 2003. — № 2. — С. 13–18.
6. Barnes P.J. Achieving asthma control // *Current medical research and opinion*. — 2005. — Vol. — 21, Suppl. 4 — P. S 5–S 9.
7. Barnes P. J. Introduction: how can we improve asthma management? // *Current medical research and opinion*. — 2005. — Vol. 21, Suppl. 4. — P. S 1–S 3.
8. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. National Institutes of Health National Heart & Lung and Blood Institute. Revised 2007. — 92 p.

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина*****Резюме***

В статье представлены современные представления о контроле БА, основанные на клинических симптомах болезни (включая обострения), потребности в "скоромоощных" препаратах, функционального состояния легких, объема и характера терапии, необходимой для достижения контроля; шаги по достижению и поддержанию контроля БА, основанные на принципах достижения оптимального уровня контроля, исходя из современных рекомендаций национальных и международных согласительных документов.

MODERN STRATEGY OF ASTHMA MANAGEMENT**Y. I. Feschenko, L. A. Yashyna*****Summary***

In article are represented modern approaches to asthma control, based on clinical symptoms of the disease (including exacerbations), need in rescue medication, functional state of lungs, range and character of therapy, required for achievement of asthma control; steps in achievement and maintenance of asthma control, based on principles, stated in national and international guidelines.
