

Ю. Л. Журавков¹, А. А. Королева², Е. В. Яковлева¹

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПОЗИЦИЙ GINA 2015 ГОДА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования»²

Рассматриваются основные положения последнего пересмотра Глобальной инициативы по бронхиальной астме (БА) — GINA в 2015 году.

Ключевые слова: бронхиальная астма (БА), Глобальная инициатива по бронхиальной астме (GINA), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁), фенотип, тиотропиум.

Y. L. Zhuravkov, A. A. Koroleva, E. V. Yakovleva

THE MODERN APPROACH FOR BRONCHIAL ASTHMA TREATMENT FROM GINA 2015 YEAR POSITIONS

Original positions of the last revision of the Global initiative for Asthma (BA) — GINA in 2015 year are surveyed.

Key words: bronchial asthma (BA), the Global initiative for Asthma (GINA), volume of the forced expiration for 1st second (FEV₁), phenotype, thiotropium.

Бронхиальная астма (БА) является серьезной проблемой в области здоровья, затрагивающей все возрастные группы. В 1993 году ВОЗ совместно с Национальным институтом сердца, легких и крови (NIHLB, USA) создали рабочую группу, результатом деятельности которой стал доклад «Глобальная инициатива по лечению и профилак-

тики бронхиальной астмы». За этим последовало создание «Глобальной инициативы по бронхиальной астме» (Global initiative for Asthma, GINA) — специальной структуры для взаимодействия врачей, лечебных учреждений и ВОЗ с целью выработки единого подхода к лечению БА. Рекомендации GINA по лечению и профилактике БА публику-

ются ежегодно, начиная с 2002 года. В последней обновленной редакции Глобальной инициативы по астме, вышедшей в 2015 г., были изложены фундаментальные изменения (по сравнению с GINA-2009) с определенными исправлениями и уточнениями.

Подтверждено, что БА представляет собой гетерогенное заболевание, которое характеризуется наличием хронического воспаления дыхательных путей. Она определяется по наличию таких симптомов, как свистящие хрипы, одышка, чувство заложенности в груди и кашель, выраженность которых изменяется со временем, а также вариабельного во времени ограничения скорости воздушного потока на выдохе.

Также сделан акцент на некоторых моментах:

- необходимость подтверждения диагноза БА, чтобы минимизировать недостаточную или избыточную терапию. Даются указания о том, как подтвердить диагноз в отдельных популяциях пациентов, включая тех, которые уже получают лечение;

- практические инструменты оценки контроля симптомов и факторов риска побочных явлений;

- подход к лечению БА, который подтверждает базовую роль терапии ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС), а также индивидуализирует лечение пациентов на основании характеристик пациентов, изменяющихся факторов риска, предпочтений больного и практических вопросов;

- необходимость извлечения максимальной пользы из имеющейся терапии, перед тем как подниматься на ступень выше путем решения таких проблем, как неправильная техника ингаляций, плохая приверженность лечению и др.;

- континуум лечения обострений астмы, начиная с ранней самопомощи с письменным планом по контролю над БА, продолжая лечение у врача или в стационаре, заканчивая последующим наблюдением;

- новые стратегии для эффективной адаптации и реализации рекомендаций GINA-2015 в зависимости от разных систем здравоохранения, доступных видов терапии, социально-экономического статуса, грамотности и этнической принадлежности.

Коротко озвучим основные изменения в GINA-2015 в сравнении с предыдущей редакцией:

- тиотропиум включен в рекомендации по лечению БА на 4-й и 5-й ступени как дополнительная терапия у пациентов старше 18 лет с обострениями БА в анамнезе;

- дополнительные рекомендации по ведению БА у беременных, включая мониторинг респираторных инфекций и контроль во время родов;

- стал использоваться термин «дыхательные упражнения» вместо «дыхательные техники» (уровень доказательности В вместо А);

- сухопорошковые ингаляторы могут использоваться для короткого действия β_2 -агонистов (КДБА) как альтернатива дозирующим ингаляторам под давлением (pressurized metered dose inhaler) и спейсеру во время ухудшения течения БА и обострений;

- в системе первичной помощи пациенты с угрожающей жизни или тяжелой острой БА должны получать ипратропиум в дополнение к КДБА, системным ГКС и кислороду по необходимости до поступления в стационар или реанимацию;

- дополнительные рекомендации по лечению обострений БА и эпизодов хрипов у дошкольников.

Следует отметить также некоторые другие измененные положения:

- частое использование КДБА является фактором риска обострений астмы, а использование больше 200 доз в месяц является фактором риска смерти по причине БА;

- если пациенту с острыми коронарными эпизодами показаны кардиоселективные β -блокаторы, БА не является абсолютным противопоказанием, однако эти препараты принимаются под наблюдением врача;

- избегать контакта с экзоаллергенами рекомендуется только пациентам с доказанной сенсibilизацией к ним.

Отдельно остановимся на новой редакции главы 5, посвященной перекрестному синдрому БА и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) — Asthma—COPD Overlap Syndrome (ACOS). Целью главы является помочь врачам первичной помощи и специалистам не пульмонологам в диагностике БА, ХОБЛ и перекрестного синдрома и в подборе начального эффективного и безопасного лечения. Утверждается, что в настоящее время нет специального определения ACOS вследствие недостаточных исследований в разных популяциях. ACOS на сегодняшний день не считается единым заболеванием; предполагается, что будущие исследования выявят несколько механизмов, лежащих в основе данного сочетания.

Много внимания в GINA-2015 уделяется гетерогенности БА и особенностям ее фенотипов. Помимо классических фенотипов БА (*аллергическая и неаллергическая*) обсуждаются особенности такого фенотипа, как «*позднее начало астмы*». У этих пациентов, особенно у женщин, БА может развиваться уже во взрослом возрасте. Часто такие пациенты не страдают аллергией и резистентны к терапии ГКС. Еще одним «новым» фенотипом БА названа БА с «*фиксированным ограничением воздушного потока*». У таких пациентов с длительным стажем заболевания развивается фиксированное ограничение воздушного потока, скорее всего из-за ремоделирования ДП. Обсуждается широко такой фенотип БА, как «*астма в сочетании с ожирением*»: некоторые пациенты с избыточной массой тела и БА имеют выраженные респираторные симптомы и незначительное эозинофильное воспаление.

Достаточно много внимания в GINA-2015 уделено факторам риска плохого прогноза БА. Необходимо оценивать факторы риска при установлении диагноза БА и периодически, особенно у пациентов с обострениями БА, проводить оценку функции внешнего дыхания (ФВД), в частности определять объем форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$) в начале лечения, через 3–6 мес после проведения базисной терапии, регистрировать лучший показатель легочной функции для данного пациента и периодически повторять спирометрию для оценки воздействия факторов риска.

Рассмотрены потенциально модифицируемые независимые факторы риска обострений (при наличии одного или более факторов риска увеличивается риск обострений, даже если симптомы хорошо контролируются):

- неконтролируемые симптомы БА;

- излишнее использование КДБА (>200 доз в месяц);

- неадекватное применение ИГКС: неназначение ИГКС врачом, плохая приверженность лечению, неправильная техника ингаляций;

- низкий $ОФВ_1$, особенно <60% от должного;

- психологические или социально-экономические проблемы;

— подверженность: курению, воздействию аллергенов при наличии сенсibilизации;

— сопутствующие заболевания: ожирение, риносинусит, подтвержденная пищевая аллергия;

— эозинофилия мокроты или крови;

— беременность.

К другим основным независимым факторам риска обострений относятся интубация или реанимация по поводу БА в анамнезе и хотя бы 1 тяжелое обострение за последние 12 мес. Также рассматриваются факторы риска развития фиксированного нарушения воздушного потока (недостаточное лечение ИГКС; подверженность табачному дыму, вредным химикатам, профессиональным загрязнениям; низкий изначальный ОФВ₁; хроническая гиперсекреция слизи; эозинофилия мокроты или крови), факторы риска побочных эффектов от медикаментов системные (частые курсы пероральных ГКС, высокие эквивалентные дозы ИГКС, одновременное принятие P450-ингибиторов) и локальные (высокие дозы ИГКС, плохая техника ингаляции).

В пересмотре рекомендаций 2015 года подробно рассматривается современный подход к терапии БА. Медикаментозная и немедикаментозная терапии корректируются циклически и включают в себя последовательную оценку уровня контроля, лечения и ответа пациента на лечение. Причем, в ведении БА, основанном на оценке контроля, необходимо учитывать два компонента: контроль симптомов и будущие риски (обострений, побочных явлений и др.).

Для большинства препаратов, контролирурующих БА, улучшение начинается в течение нескольких дней после начала лечения, но полный эффект наступает через 3–4 мес. Для тяжелой и нелеченной астмы может быть необходимо больше времени. Врачи должны оценивать контроль БА, приверженность терапии, технику ингаляций во время каждого визита. Частота визитов зависит от начального контроля БА у пациента, ответа на лечение, при-

верженности пациента лечению. Желательно проводить визиты 1 раз в 1–3 мес после начала терапии, а впоследствии — 1 раз в 3–12 мес. После обострения необходимо осуществить визит через 1 нед.

Существуют два варианта корректировки проводимого лечения: Step-up и Step-down терапия. Step-up терапия применяется, если в течение 2–3 мес симптомы БА плохо контролировались. Однако вначале необходимо проверить самые частые причины отсутствия контроля (причины, не связанные с БА, неправильное использование ингалятора, плохая приверженность терапии). Краткосрочно (на 1–2 недели) Step-up терапия может быть инициирована и самим пациентом (с прописанным алгоритмом действий) в некоторых ситуациях (заболевание ОРВИ). Переход к Step-down терапии можно рассмотреть через 3 мес после достижения полного контроля над БА. Следует подобрать пациенту минимальную эффективную дозу ИГКС, что будет помогать как контролировать симптомы, так и справляться с обострениями.

Контроль над астмой может эффективно достигаться благодаря сотрудничеству пациента и врача, основными компонентами которого являются:

— обучение навыкам правильного пользования ингаляторами;

— повышение приверженности лечению с помощью совета, осмотров, согласованных решений;

— доступ к информации по БА;

— тренинг по самостоятельному мониторингу симптомов, пикфлоуметрии, составление письменного астма-контроль плана для распознавания обострений и оказания помощи, постоянный пересмотр действий со стороны врача.

Литература

1. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2015* // www.ginashtma.org.

Поступила 5.12.2016 г.