

УДК 616.23+616.24

## Бронхиальная астма: современные подходы к диагностике и лечению

С.С. Солдатченко, С.Г. Дониц

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова, Ялта

Ключевые слова: бронхиальная астма, диагностика, контроль заболевания

**Б**ронхиальная астма (БА), которой в мире страдает 300 млн больных, является глобальной проблемой здравоохранения. Опираясь на стандартизованные методы оценки заболевания, можно утверждать, что распространенность БА в разных странах колеблется от 1 до 18%. По данным ВОЗ, ежегодно БА обуславливает потерю 15 млн так называемых DALY (Disability Adjusted Life Year) – год жизни, измененный или потерянный в связи с нетрудоспособностью), что составляет 1% от общего всемирного ущерба от болезней [2, 4].

Ежегодный рост заболеваемости и смертности, связанных с БА, сохраняется, несмотря на очевидные успехи в понимании механизмов возникновения заболевания и постоянно увеличивающееся производство противоастматических средств. Поэтому проблемы диагностики и лечения БА приобрели международное значение и побудили предпринять усилия к разработке согласованных действий в их решении.

В 1992 году по инициативе Национального Института Сердца, Легких и Крови (США) рабочая группа из 18 экспертов 11 стран подготовила «Доклад о Международном Консенсусе по диагностике и лечению астмы», в котором обобщила научные достижения в изучении болезни и определила практические пути ее диагностики и лечения. В последующем принципы ведения больных БА были сформулированы в «Глобальной стратегии по профилактике и лечению бронхиальной астмы (GINA)» (редакции 1995, 1997, 2002, 2006 гг.) [4]. В этих документах представлены согласованные положения, определяющие главные принципы подхода к оценке и лечению БА. Они основаны на большом научном и практическом опыте специалистов разных стран и реко-

мендованы как основополагающие.

Инициатором внедрения в практическое здравоохранение нашей страны международных стандартов диагностики и лечения БА выступил академик Ю.И. Фещенко. В октябре 1998 года на П съезде фтизиатров и пульмонологов Украины было утверждено «Соглашение по диагностике и лечению бронхиальной астмы». В марте 2007 года на Пленуме ассоциации фтизиатров и пульмонологов Украины в очередной раз «Соглашение» было пересмотрено, а его основные положения закреплены в приказе МОЗ Украины №128 от 19.03.2007 г. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [1].

### Определение

БА представляет собой заболевание с четко очерченными клиническими, физиологическими и морфологическими особенностями. Основа физиологии БА – эпизодически возникающая бронхиальная обструкция, для которой характерно ограничение скорости воздушного потока на выдохе. Ведущим морфологическим признаком заболевания является воспаление в дыхательных путях, иногда сопровождающееся их структурными изменениями. В GINA-2006 [4] сформулировано следующее рабочее определение заболевания:

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля,

особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкции дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения.

### Диагностика и классификация БА

Диагностика. Наиболее распространенными симптомами заболевания являются эпизодические приступы удушья или одышки, появление свистящих хрипов, ощущение тяжести в грудной клетке, а также кашель. Важный клинический маркер БА – исчезновение симптомов спонтанно или после применения бронходилататоров и противовоспалительных препаратов. При оценке и сборе анамнеза значение придается следующим данным: повторным обострениям, провоцируемым аллергенами или неспецифическими стимулами – холодным и влажным воздухом, физической нагрузкой, различными запахами, плачем, смехом или вирусной инфекцией, а также сезонной вариабельности симптомов и наличием атопических заболеваний у больного или его родственников.

Исследование функции легких позволяет оценить тяжесть бронхиальной обструкции, ее обратимость, вариабельность и подтвердить диагноз БА. Наибольшее диагностическое значение имеют:

– спирометрия, в частности определение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФV<sub>1</sub>) и форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ);

– пикфлоуметрия – измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ).

Для характеристики изменений выраженности бронхиальной обструкции ис-

## Классификация тяжести БА по клиническим признакам

Интерmittирующая
Симптомы реже 1 раза в неделю Обострения кратковременные Ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц • ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ от должных значений • Вариабельность ПСВ или ОФВ1 $< 20\%$
Легкая персистирующая
Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день Обострения могут нарушать активность и сон Ночные симптомы чаще 2 раз в месяц • ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ от должных значений • Вариабельность ПСВ или ОФВ1 $\leq 30\%$
Персистирующая средней тяжести
Симптомы ежедневно Обострения могут нарушать активность и сон Ночные симптомы $> 1$ раза в неделю Ежедневный прием ингаляционных $\beta_2$ -агонистов короткого действия • ОФВ1 или ПСВ $60-80\%$ от должных значений • Вариабельность ПСВ или ОФВ1 $> 30\%$
Тяжелая персистирующая
Симптомы ежедневно Частые обострения Частые ночные симптомы БА Ограничение физической активности • ОФВ1 или ПСВ $\leq 60\%$ от должных значений • Вариабельность ПСВ или ОФВ1 $> 30\%$

пользуются специальная терминология. Термин «обратимость» обозначает быстрое увеличение ОФВ<sub>1</sub> (или ПСВ), выявляемое через несколько минут после ингаляции бронхолитика (200–400 мкг салбутамола), или более медленное улучшение функции легких, развивающееся через несколько дней или недель после назначения адекватной поддерживающей терапии. Термин «вариабельность» используют для обозначения колебаний выраженности симптомов и показателей функции легких в течение определенного времени.

## Классификация

В предыдущем руководстве GINA-2002 в основу классификации БА была положена градация тяжести заболевания на основании оценки выраженности симптомов, ограничения проходимости дыхательных путей и вентиляционной функции легких (табл. 1). Однако, как подчеркивают авторы новой редакции GINA [4], подобную классификацию БА целесообразно использовать только при первичной диагностике заболевания и выборе начальной терапии. Важно понимать, что степень тяжести БА определяется еще и

ответом больного на терапию. Например, пациент может обратиться к врачу с выраженными симптомами тяжелой бронхиальной обструкции, в результате ему будет поставлен диагноз тяжелой персистирующей БА, однако в случае хорошего ответа на терапию впоследствии БА может быть классифицирована как персистирующая средней тяжести. Кроме того, степень тяжести БА у конкретного пациента может меняться с течением времени.

GINA-2006 [4] предусматривает более простые подходы к выбору объема терапии и позволяет лучше решить задачи оптимизации терапии БА, предлагая учитывать не столько тяжесть течения заболевания, сколько уровень его контроля. Рекомендации дают точное определение контролируемого течения заболевания (табл. 2). Это полное отсутствие практически всех проявлений болезни (допускается лишь наличие отдельных симптомов и потребности в ингаляциях бета<sub>2</sub>-агонистов не чаще 2 раз в неделю). При частичном контроле у больных имеют место более частая потребность в ингаляциях бета<sub>2</sub>-агонистов короткого действия, ночные пробуждения и нарушения показателей спирометрии и пикфлоуметрии. Если же у больного диагностируют три

симптома и более, то течение БА следует считать неконтролируемым.

## Лечение БА

Руководство GINA-2006 [4] определяет, что выбор объема терапии БА зависит от того, был ли достигнут контроль над заболеванием на предыдущем этапе терапии, а лечение больного представляется как циклический процесс, включающий периодически повторяющиеся этапы:

-- оценку уровня контроля у больного (контролируемая, частично контролируемая или неконтролируемая БА),  
-- лечение для достижения (или поддержания) более высокого уровня контроля, -- мониторинг контроля над БА.

Лечение БА может проводиться с применением средств ингаляционного, перорального или инъекционного путей введения. Наибольшими преимуществами обладают препараты, предназначенные для ингаляций, поскольку они создают наивысшую концентрацию действующего вещества именно в дыхательных путях с минимизацией системных побочных эффектов.

Препараты для лечения БА подразделя-

Табл. 2

## Уровни контроля БА

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)	$> 2$ эпизодов в неделю	Наличие трех или более признаков 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)	$> 2$ эпизодов в неделю	
Функция легких (ПСВ или ОФВ <sub>1</sub> )*	Нормальная	$< 80\%$ от должного значения или от наилучшего для данного пациента показателя	
Обострения	Отсутствуют	1 или более в год**	1 в течение любой недели***

\* Исследование функции легких не является надежным методом исследования у детей младше 5 лет.  
\*\* Каждое обострение требует пересмотра поддерживающей терапии и оценки ее адекватности.  
\*\*\* По определению, неделя с обострением – это неделя неконтролируемой БА.

Сравнительная эффективность суточных доз ИГКС

Препарат	Низкие суточные дозы (мкг)	Средние суточные дозы (мкг)	Высокие суточные дозы (мкг)
Беклометазона дипропионат	200-500	> 500-1000	> 1000-2000
Будесонид***	200-400	> 400-800	> 800-1600
Циклесонид***	80-160	> 160-320	> 320-1280
Флунизолит	500-1000	> 1000-2000	> 2000
Флутиказон	100-250	> 250-500	> 500-1000
Мометазона фуруат***	200-400	> 400-800	> 800-1200

\* Сопоставления препаратов основаны на данных об их сравнительной эффективности.

\*\* Пациенты, которым постоянно назначаются высокие дозы препаратов (за исключением коротких периодов), должны быть направлены к специалисту для подбора замены такой терапии альтернативными комбинациями поддерживающих препаратов. Максимальные рекомендуемые дозы определены произвольно, но их длительное применение сопровождается повышенным риском системных побочных эффектов.

\*\*\* Показаны для применения один раз в сутки у пациентов с легкой БА.

Примечания

- Главным критерием адекватности дозы является суждение врача об ответе пациента на терапию. Врач должен оценивать ответ на терапию в динамике по уровню контроля клинических проявлений и при необходимости корректировать дозу препарата. Для того чтобы уменьшить риск развития побочных эффектов, после достижения контроля над БА следует осторожно снизить дозу препарата до минимальной, способной поддерживать контроль.
- Деление на низкие, средние и высокие дозы дано (там, где это возможно) исходя из рекомендаций производителей. Четкие данные о зависимости эффекта от дозы препарата приводятся или доступны редко. Поэтому в основе подхода к терапии лежит определение минимальной эффективной поддерживающей дозы для каждого пациента, так как более высокие дозы могут не обеспечивать увеличения эффективности терапии и сопровождаться более высоким риском развития побочных эффектов.
- Поскольку фреоновые ингаляторы сняты с производства, врач должен внимательно изучить инструкции, вложенные в упаковки с бесфреоновыми ингаляторами, чтобы назначить препараты в эквивалентной дозе.

ют на контролирующие и симптоматические. Контролирующие средства, как правило, принимаются ежедневно в течение длительного времени, позволяя за счет своего противовоспалительного эффекта удерживать контроль БА. К ним относятся ингаляционные глюкокортикостероиды, модификаторы лейкотриенов, длительно действующие ингаляционные и оральные бета<sub>2</sub>-агонисты, теofilлин, кромоны, анти-IgE препараты, системные глюкокортикостероиды. Симптоматическим средствам отводится вспомогательная роль для быстрого снятия бронхообструкции и облегчения симптомов. Речь идет о быстродействующих ингаляционных бета<sub>2</sub>-агонистах, антихолинергических средствах, системных глюкокортикоидах, а также о теofilлине.

#### Препараты, контролирующие течение БА

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в настоящее время являются наиболее эффективными противовоспалительными средствами для лечения персистирующей БА. ИГКС значительно уменьшают бронхиальную гиперреактивность и выраженность симптомов БА, улучшают качество жизни и функцию легких, снижают частоту и тяжесть обострений, а также частоту смертей при БА. Препараты различаются по активности и биодоступности. В Табл. 3 приведены эквивалентные дозы различных ИГКС. В руководстве GINA-2006 [4] подчеркивается, что пациенты имеют индивидуальную вариабельную чувствительность к ИГКС. Это обусловлено особенностями их генотипа, метаболизма, конституционального статуса, биологических ритмов и др. Например, курильщики с БА средней степени тяжести, как правило, имеют сниженную чувствительность к ИГКС и нуждаются в назначении более высоких доз этих препаратов.

Что касается местных побочных эффектов ИГКС, то они включают орофа-

рингеальный кандидоз, дисфонию, режечный кашель из-за раздражения верхних дыхательных путей. Частоту этих эффектов можно снизить, применяя дозированные аэрозольные ингаляторы со спейсерами. Полоскание полости рта и горла водой после ингаляции может уменьшить риск кандидоза полости рта. Использование новых лекарственных форм и ингаляторов, уменьшающих долю препарата, оседающего в ротоглотке, может свести к минимуму частоту этих побочных эффектов без потребности в спейсере или полоскании рта. ИГКС всасываются из легких, что определяет системную биодоступность препаратов. При этом риск нежелательных эффектов ИГКС зависит от их дозы, активности, системы доставки, метаболизации при первом прохождении через печень, времени полужизни фракции препарата, поступившего в системный кровоток (из легких и, возможно, из кишечника). Системные побочные эффекты длительной терапии высокими дозами ИГКС включают склонность к образованию синяков, угнетение коры надпочечников и снижение минеральной плотности костной ткани.

Антилейкотриеновые препараты - сравнительно новая группа препаратов, обладающих противовоспалительным эффектом. К ним относят антагонисты рецепторов цистеиниловых лейкотриенов 1-го субтипа (монтелукаст, пранлукаст и зафирлукаст), а также ингибитор 5-липоксигеназы (зилейтон). Эти препараты обладают слабым и вариабельным бронхорасширяющим эффектом, улучшают функцию легких, уменьшают активность воспаления в дыхательных путях и снижают частоту обострений БА. Антилейкотриены могут рассматриваться в качестве препаратов второго ряда для лечения взрослых пациентов с легкой персистирующей или аспириновой БА. Однако при использовании в качестве монотерапии антилейкотриеновые препараты, как правило, обеспечивают менее выраженный эффект, чем низкие дозы ИГКС. Допол-

нительное использование антилейкотриенов позволяет уменьшить дозу ИГКС, необходимую при БА средней тяжести или тяжелой БА, а также может улучшить контроль БА у пациентов с недостаточной эффективностью низких или высоких доз ИГКС. Установлено, что добавление антилейкотриеновых препаратов к ИГКС менее эффективно, чем добавление ингаляционных бета<sub>2</sub>-агонистов длительного действия. Антилейкотриены хорошо переносятся: побочные эффекты немногочисленны или отсутствуют.

Ингаляционные бета<sub>2</sub>-агонисты длительного действия (ИБ<sub>2</sub>АДД), к которым относятся формотерол и сальметерол, не должны использоваться в качестве монотерапии БА, так как не обладают доказанным противовоспалительным действием. Препараты наиболее эффективны в сочетании с ИГКС, что обусловило создание ингаляторов, содержащих фиксированные комбинации флутиказона пропионата с сальметеролом или будесонида с формотеролом. Фиксированные комбинации формотерола (но не сальметерола!) и будесонида, могут применяться как для неотложной помощи, так и для регулярной поддерживающей терапии БА (схема SMART), что существенно улучшает compliance (выполнение пациентами назначений врача) [66].

Терапия ИБ<sub>2</sub>АДД сравнительно редко сопровождается тахикардией, повышением системного АД, тремором скелетных мышц и гипокалиемией.

Теofilлин при назначении в низких дозах обладает небольшим противовоспалительным эффектом. Выпускается в виде лекарственных форм с замедленным высвобождением, которые можно принимать один или два раза в сутки. Имеющиеся данные позволяют предположить незначительную эффективность теofilлина на замедленного высвобождения в качестве первого препарата для поддерживающего лечения БА. При добавлении к ИГКС теofilлин менее эффективен, чем ИБ<sub>2</sub>АДД.

К побочным эффектам теофиллина, особенно в высоких дозах (более 10 мг/кг в сутки), относятся нарушения ритма сердца, судороги и даже смерть. Самыми частыми расстройствами при применении препарата являются тошнота и рвота. Побочные эффекты можно уменьшить путем тщательного подбора доз и динамического контроля концентраций теофиллина в крови. Это исследование является обязательным при наличии у пациента заболевания/состояния, которое может влиять на метаболизм препарата. Так, лихорадка, беременность и прием противотуберкулезных медикаментов приводят к снижению концентрации теофиллина в крови, а заболевания печени, застойная сердечная недостаточность и терапия определенными лекарственными средствами, включающими циметидин, а также некоторые фторхинолоны и макролиды, повышают риск токсических эффектов теофиллина.

Кромоны ( кромогликат натрия и недокромил натрия) играют ограниченную роль в длительной терапии БА у взрослых, так как обладают слабым противовоспалительным эффектом.

Побочные эффекты развиваются редко и включают кашель после ингаляции и боли в горле.

Антитела к иммуноглобулину Е. Применение анти-IgE (омализумаба) ограничивается пациентами с повышенным уровнем IgE в сыворотке, а также с тяжелой аллергической БА, контроль над которой не достигается с помощью ИГКС. Вероятно, дальнейшие исследования позволят получить дополнительную информацию о применении анти-IgE и в других клинических ситуациях.

Побочные эффекты анти-IgE не зарегистрированы.

Системные глюкокортикостероиды (ГКС) в качестве базисной терапии назначают при тяжелой неконтролируемой БА. Терапевтический индекс длительной терапии ИГКС (т.е. отношение величины эффекта к величине побочных эффектов) всегда превосходит таковой у системных ГКС. Для продолжительной терапии предпочтительно назначение пероральных препаратов, так как по сравнению с парентеральными (внутримышечными или внутривенными) они обладают менее выраженным минералокортикоидным эффектом, относительно коротким временем полужизни, меньшим воздействием на поперечно-полосатую мускулатуру, а также большей гибкостью дозировок, что позволяет титровать дозу до минимальной, необходимой для поддержания контроля над БА.

К системным побочным эффектам длительной терапии оральными ГКС относят остеопороз, артериальную гипертензию, сахарный диабет, угнетение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, ожирение, катаракту, глаукому, мышечную слабость, а также истончение кожи.

Больным БА, длительно получающим любые формы системных ГКС, необходимо назначать препараты для профилактики остеопороза. Отмена пероральных ГКС может вызывать развитие надпочечниковой недостаточности. С особой осторожностью следует принимать решение о терапии системными ГКС у больных БА с сопутствующим туберкулезом, паразитарной инвазией, остеопорозом, глаукомой, сахарным диабетом, тяжелой депрессией или пептической язвой; такие больные нуждаются в тщательном наблюдении.

Вспомогательные и нетрадиционные методы лечения, включающие акупунктуру, гомеопатию, траволечение, применение пищевых добавок или ионизаторов, аюрведическую медицину, остеопатию, хиропрактику, спелеотерапию и др., играют незначительную роль в лечении БА из-за отсутствия достаточного числа контролируемых исследований. В целом эти методы не прошли валидизацию по обычным стандартам и их эффективность останется неустановленной [4].

#### Средства неотложной помощи

Ингаляционные бета2-агонисты быстрого действия (ИБ<sub>2</sub>АБД) являются препаратами выбора для купирования бронхоспазма при обострении БА, а также для профилактики бронхоспазма, вызванного физической нагрузкой. К ним относятся сальбутамол, тербуталин и фенотерол. Благодаря быстрому началу действия формотерол, бета2-агонист длительного действия, также используется для облегчения симптомов БА, однако он может применяться для этой цели только у пациентов, получающих регулярную поддерживающую терапию ИГКС. ИБ<sub>2</sub>АБД необходимо применять только по потребности; дозы и кратность ингаляций должны быть по возможности наименьшими.

При передозировке ИБ<sub>2</sub>АБД имеют место тремор, тахикардия и повышение систолического АД.

Системные глюкокортикостероиды (ГКС) играют важную роль в лечении тяжелых обострений БА. При этом их основные эффекты появляются через 4–6 ч после применения. Стандартный короткий курс лечения обострения оральным ГКС – 40–50 мг преднизолона в сутки в течение 5–10 дней в зависимости от тяжести обострения. После купирования симптомов и возвращения показателей функции легких к лучшим значениям пациента возможна отмена или постепенное снижение дозы оральных ГКС при условии продолжения лечения ИГКС. Внутримышечное введение ГКС для предупреждения рецидива не имеет преимуществ перед коротким курсом лечения оральными ГКС.

Нежелательные эффекты коротких курсов терапии высокими дозами системных ГКС включают обратимые нарушения об-

мена глюкозы, повышенный аппетит, задержку жидкости, изменения настроения, артериальную гипертензию, пептические язвы и асептический некроз головки бедренной кости.

Антихолинергические препараты (ипратропия бромид и окситропия бромид) являются менее эффективными средствами для облегчения симптомов БА, чем ИБ<sub>2</sub>АБД. Ипратропия бромид является альтернативным бронхолитиком для больных, у которых при лечении ИБ<sub>2</sub>АБД возникают тахикардия, аритмия и тремор.

Ингаляции антихолинергических препаратов могут вызывать сухость и горечь во рту.

Теофиллин короткого действия может применяться для облегчения симптомов БА, однако мнения о его роли в лечении обострений БА остаются противоречивыми. Препарат не следует назначать пациентам, уже получающим теофиллин замедленного высвобождения.

#### Организационно-методические вопросы ведения больных БА

Согласно рекомендациям GINA-2006 [4] лечение БА подразделяется на 5 ступеней. При отсутствии достаточного контроля над течением БА следует перейти на ступень выше; при длительном поддержании контроля с помощью минимальных доз ИГКС или других лекарственных средств можно решать вопрос о снижении дозы до поддерживающей. Выбор объема терапии складывается из трех простых положений [3, 4]:

1. После достижения стойкого контроля над заболеванием объем терапии может быть уменьшен на 1 ступень.

2. При достижении неполного контроля объем терапии или увеличивается, или (на усмотрение врача) остается на прежнем уровне. В ряде случаев увеличение доз и числа применяемых препаратов может оказаться нерациональным. Например, после того как выраженность симптомов заболевания становится минимальной при использовании высоких доз ИГКС и других дополнительных препаратов, вероятно, не имеет смысла применять дополнительно ГКС внутрь для того, чтобы добиться полного отсутствия симптомов.

3. Если контроль БА не достигнут, то объем терапии должен быть увеличен на 1 ступень.

Начинать лечение больного БА следует с терапии, соответствующей 2-й или 3-й ступеням, то есть с ИГКС в низкой дозе (табл. 3). Если контроль не достигнут, то к терапии низкими дозами ИГКС присоединяется ИБ<sub>2</sub>АБД. Альтернативный вариант – назначение антилейкотриеновых препаратов или пролонгированного теофиллина. Если и при этом контроля БА достигнуть не удалось, у больных, которые раньше получали низкие дозы ИГКС

в сочетании с ИБ<sub>2</sub>АДД, дозы ИГКС повышаются до средних или высоких. Наконец, если контроля не удалось достигнуть даже при использовании высоких доз ИГКС в сочетании с ИБ<sub>2</sub>АДД и другими противоастматическими препаратами, то наряду с назначенной ранее терапией больной должен получать ГКС внутрь или анти-IgE-препараты. Подобная схема обеспечивает постепенное повышение объема терапии, причем в первую очередь за счет присоединения эффективных дополнительных средств, таких как ИБ<sub>2</sub>АДД. При этом доза ГКС повышается во вторую очередь, когда возможности дополнительной терапии исчерпаны.

Опираясь на результаты рандомизированных клинических исследований, авторы GINA-2006 [4] считают, что для окончательной оценки эффективности низких доз ИГКС и решения вопроса о переходе со 2-й ступени к 3-й ступени требуется 3–4 месяца. Аналогичный процесс перехода с 3-й к 4-й ступени должен занимать 3–4 месяца, а от 4-й к 5-й – 3–6 месяцев.

Уменьшение объема терапии при контролируемой бронхиальной астме осуществляется следующим образом:

– При приеме ИГКС в качестве монотерапии в средних или высоких дозах через 3 месяца следует снизить дозы на 50%.

– После достижения контроля БА при приеме ИГКС в низких дозах большинство пациентов необходимо перевести на однократный прием препаратов.

– После достижения адекватного контроля БА на фоне приема комбинации ИГКС и ИБ<sub>2</sub>АДД предпочтительным является начальное снижение дозы ИГКС на 50%, продолжая при этом прием ИБ<sub>2</sub>АДД. При удержании контроля БА на

фоне снижения ИГКС, вплоть до низких доз, можно прекратить прием ИБ<sub>2</sub>АДД. Альтернативой может быть перевод пациента на комбинированное лечение посредством однократного приема препаратов. Вторым альтернативным подходом является ранняя отмена ИБ<sub>2</sub>АДД с заменой комбинированного лечения на монотерапию ИГКС в той же дозе, в которой он принимался перед этим.

– Лечение контролирующими препаратами может быть прекращено, если БА у пациента находится под контролем на фоне приема низких доз контролирующих средств и в течение последнего года не было рецидива симптоматики БА.

Увеличение объема терапии в ответ на утрату контроля БА проводится следующим образом:

– Повторные ингаляции быстродействующих бронходилататоров обеспечивают временное облегчение симптомов до момента исчезновения причин ухудшения. Потребность в повторных ингаляциях в течение 1–2 дней и более указывает на необходимость пересмотра и, возможно, увеличения объема поддерживающей терапии.

– Эффективность временного удвоения дозы ИГКС не доказана, и сейчас этот подход не рекомендуется. В то же время увеличение дозировок ИГКС в 4 раза и более в период обострения БА сопоставимо по эффективности с коротким курсом оральных ГКС.

– Использование комбинации быстрого и длительно действующего бронходилататора (например, формотерола) и ИГКС в одном ингаляторе эффективно для поддержания более высокого уровня контроля БА и уменьшения количества обострений, требующих применения системных ГКС.

– Обычной терапией обострения БА является назначение высоких доз бета<sub>2</sub>-агонистов и пульс-терапия системными ГКС, назначенными перорально или внутривенно. Последующее лечение обострения БА и поддерживающая терапия могут быть продолжены в соответствии с предыдущим уровнем, за исключением обострений, ассоциирующихся с постепенной утратой контроля по причине недостаточного лечения. В этом случае показано применение ингаляторов с возможностью пошагового усиления терапии за счет увеличения дозы и количества контролирующих препаратов.

Подводя итог сказанному, следует подчеркнуть, что в соответствии с рекомендациями GINA-2006 главной целью лечения БА является достижение длительного контроля заболевания с помощью минимального объема регулярной поддерживающей терапии. Именно идеология стремления к контролю над течением заболевания и определения на этой основе объема проводимой терапии и является важнейшим концептуальным изменением, которое было внесено в рекомендации GINA-2006 [3, 4].

## Литература

1. Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пulьмонологія"». [WWW-документ]. URL: <http://www.ijp.kiev.ua>.
2. Ю.І.Фещенко, А.І.Яшина. Достижение контроля – современная стратегия ведения бронхиальной астмы // Астма та алергія. – 2007. – №1-2. С.5-9.
3. А.Г. Чучалин, А.М., Осородова, А.А. Горячкина. GINA-2006: от общих целей врача и пациента – к лучшему контролю над бронхиальной астмой // Здоровье Украины. – 2007. – №10. С.34-36.
4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2006. [WWW-документ]. URL: <http://www.ginasthma.org>.

## Сучасна стратегія діагностики і лікування бронхіальної астми

С.С. Солдатченко, С.Г. Донич

В статті приведений новий погляд на класифікацію бронхіальної астми, заснований на понятті контролю захворювання, запропонований Глобальною ініціативою по боротьбі з бронхіальною астмою перегляду 2006 р. (GINA-2006). Освітлений покроковий контроль бронхіальної астми залежно від повноти контролю.

## Modern strategy of bronchial asthma diagnostics and treatment

S.S. Soldatchenko, S.G. Donich

New view on classification of bronchial asthma, based on conception of control, suggested by Global Initiative for Asthma Management, revealed 2006 (GINA-2006), was adduced in the article. It was covered stepwise approach to the asthma treatment in dependence of fullness of asthma control.