

Профессор С.И. Овчаренко
ММА имени И.М. Сеченова

Бронхиальная астма (БА) является распространенным заболеванием, наносящим существенный урон здоровью человека. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 4 до 10% населения планеты страдают БА различной степени тяжести (выраженности).

По определению экспертов ВОЗ, БА хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов, включая тучные клетки, эозинофилы и Т-лимфоциты. У предрасположенных лиц этот процесс приводит к развитию генерализованной бронхиальной обструкции различной степени выраженности, полностью или частично обратимой спонтанно или под влиянием лечения. Воспалительный процесс вызывает также содружественное усиление ответа дыхательных путей в виде бронхиальной обструкции на различные внешние и внутренние стимулы.

Постановка диагноза БА базируется на анализе следующих данных:

- жалоб, клинических симптомов и анамнеза заболевания;
- результатов физикального обследования;
- данных исследования функции внешнего дыхания;
- эозинофилии мокроты и/или бронхиального секрета (обязательный признак) и эозинофилии крови (дополнительный признак);
- аллергологического статуса (схемы 1–4).

При сомнительном диагнозе для уточнения наличия БА проводятся провокационные пробы с метахолином или гистамином.

Подходы к лечению больных БА определяются тяжестью заболевания и стадией болезни.

Степень тяжести БА устанавливается в соответствии с положениями, определенными Глобальной инициативой по профилактике и лечению БА (СВ1А, 1998, 2002 гг.), и базируется на следующих показателях:

- количество ночных симптомов в месяц, неделю, сутки;
- количество дневных симптомов в неделю, день;
- выраженность нарушений физической активности и сна;
- объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) и пиковая скорости выдоха (ПСВ), процентное соотношение с должными величинами или наилучшими значениями больного;
- суточные колебания величин ПСВ и ОФВ1.

Классификация бронхиальной астмы по тяжести течения

Легкое эпизодическое (интермиттирующее)

- Кратковременные симптомы реже 1 раза в неделю.
- Короткие обострения (от нескольких часов до нескольких дней).
- Ночные симптомы
- Отсутствие симптомов и нормальная функция внешнего дыхания между обострениями.
- ПСВ и ОФВ1: $\geq 80\%$ от должных.
- Разброс показателей ПСВ

Легкое персистирующее

- Симптомы от 1 раза в неделю до 1 раза в день.
- Обострения могут снижать физическую активность и нарушать сон.
- Ночные симптомы > 2 раз в месяц.
- ПСВ и ОФВ1: $\geq 80\%$ от должных.
- Разброс показателей ПСВ 20–30%.

Схема 1.

—

Схема 2. Оценка физикального обследования больного

Схема 3. Исследование функции внешнего дыхания

Схема 4. Оценка аллергологического статуса

Среднетяжелое

- Ежедневные симптомы.
- Обострения могут приводить к ограничению физической активности и сна.
- Ночные симптомы > 1 раза в неделю.
- ПСВ и ОФВ1: 60–80% от должных.
- Суточный разброс показателей ПСВ > 30%.

Тяжелое

- Постоянное наличие симптомов.
- Частые ночные симптомы.
- Ограничение физической активности из-за симптомов астмы.
- ПСВ и ОФВ1: =
- Суточный разброс показателей ПСВ > 30%.

С учетом тяжести заболевания в стабильном состоянии больного терапия должна осуществляться согласно рекомендациям, представленным в GINA (2002 г., табл. 1,2).

При лечении астмы в настоящее время применяют «ступенчатый» подход, при котором интенсивность терапии возрастает по мере увеличения степени тяжести астмы. Ступенчатый подход рекомендуется из-за того, что наблюдается большое разнообразие тяжести течения астмы у различных людей и даже у одного и того же пациента в разные временные периоды. Цель этого подхода состоит в достижении контроля астмы с применением наименьшего количества препаратов. Доза и кратность приема лекарств увеличиваются, если течение астмы ухудшается, и уменьшаются, если течение астмы хорошо контролируется. Только при хорошем контроле астмы в течение трех месяцев возможен переход с одной ступени на другую.

Схема 5. Лечение приступов бронхиальной астмы в условиях стационара

Важное место в лечении бронхиальной астмы отводится **купированию обострения заболевания**. Обострение астмы это эпизоды прогрессивного нарастания одышки, кашля, появления свистящих хрипов и чувства нехватки воздуха, сдавления грудной клетки или различных сочетаний этих симптомов, определяемые как приступы удушья разной степени выраженности (от легкой до угрожающей жизни).

Лечение приступов бронхиальной астмы следует начинать как можно раньше. Алгоритм лечения представлен на схеме 5.

После купирования приступов удушья, если больному назначались системные кортикостероиды, необходимо продолжать их прием в течение 7-14 дней, сочетая с ингаляционными кортикостероидами, доза которых должна быть выше, чем до обострения. Обязательно следует проводить мониторинг показателей пикфлоуметрии. Большое внимание должно уделяться просвещению больных, обучению их навыкам самоконтроля и правилам приема лекарственных препаратов.

Пациент остается в стационаре до прекращения ночных симптомов заболевания и до тех пор, пока значения ПСВ не достигнут уровня более 75% должных или наилучших для больного.

При выписке из стационара больному должен быть составлен письменный план лечения; пациенту предписано в течение первой недели посетить врача поликлиники.

В заключение следует обратить внимание врачей на то, что в рекомендациях GINA (2002 г.) указано, что, начиная со второй ступени, при недостаточности контроля астмы только ингаляционными глюкокортикоидами к ним необходимо добавлять β_2 -агонисты длительного действия. Главным преимуществом комбинированной терапии является повышение эффективности лечения при использовании более низких доз ингаляционных глюкокортикоидов, а соединение этих двух препаратов в одном ингаляторе облегчает пациенту выполнение назначения врача,

К таким препаратам относятся Серетид Мультидиск и Симбикорт Турбухалер. Составными компонентами серетида являются сальметерола ксинофоат и флютиказона пропионат. Препарат представлен в различных дозировках: 50/100, 50/250, 50/500 мкг соответственно сальметерола/флютиказона в одной ингалируемой дозе. Составными компонентами симбикорта являются будесонид и формотерола фумарат в стандартной дозировке 160/4,5 мкг, что дает возможность гибкого дозирования препарата (от 1 до 4 ингаляций в сутки) в зависимости от состояния больного.

Дозы беклометазона дипропионата (БДП) и эквивалентные ему дозы других ингаляционных глюкокортикоидов представлены в таблице 2.

Опубликовано с разрешения администрации Русского Медицинского Журнала.