

# Бронхиальная астма

В.А. Семенов, к.м.н., доцент  
кафедры общей терапии ФДПО  
РНИМУ

$$\text{ПСВ} = \left( \frac{\text{ПСВ}_{\text{веч}} - \text{ПСВ}_{\text{утр}}}{0,5 * (\text{ПСВ}_{\text{веч}} + \text{ПСВ}_{\text{утр}})} \right) * 100\%$$

# Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести

## Интермиттирующая БА:

- симптомы реже 1 раза в неделю
- короткие обострения
- ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц
- ОФВ<sub>1</sub> или ПСВ > 80% от должных значений
- вариабельность показателей ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> < 20%

## Легкая персистирующая БА:

- симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день
- обострения могут влиять на физическую активность и сон
- ночные симптомы чаще 2 раз в месяц
- ОФВ<sub>1</sub> или ПСВ > 80% от должных значений
- вариабельность показателей ПСВ или ОФВ<sub>1</sub> 20-30%

# Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести

## БА средней тяжести:

- ежедневные симптомы
- обострения могут влиять на физическую активность и сон
- ночные симптомы чаще 1 раза в неделю
- $ОФВ_1$  или ПСВ от 60 до 80% от должных значений
- вариабельность показателей ПСВ или  $ОФВ_1 > 30%$

## Тяжелая БА:

- частые обострения
- частые ночные симптомы
- ежедневные симптомы
- ограничение физической активности
- $ОФВ_1$  или ПСВ  $< 60%$  от должных значений
- вариабельность показателей ПСВ или  $ОФВ_1 > 30%$

# Степени контроля астмы

Характеристика	Контролируемая (все нижеперечисленные)	Частично контролируемая (любая симптоматика в любую неделю)	Неконтролируемая
Дневные симптомы	Нет (2 или менее в неделю)	Чаще чем 2 раза в неделю	3 или более симптомов частично контролируемой астмы в любую неделю
Ограничение активности	Нет	Какое-либо	
Ночные симптомы/ пробуждения	Нет	Какое-либо	
Необходимость препаратов для купирования приступов	Нет (2 или менее в неделю)	Чаще чем 2 раза в неделю	
Функция легких (PEF или FEV <sub>1</sub> )	Нормальная	<80% от должных или наилучшего для данного больного в	

# Клинические формы БА

Атопическая

Инфекционная

Аспириновая

БА физического усилия

Нутритивная

Стероидозависимая

# Структура диагноза

1. БА – клиническая форма, тяжесть течения, фаза течения, осложнения.
2. Ассоциированные аллергические болезни (ринит, конъюнктивит, атопический дерматит).
3. Фоновые заболевания/состояния (значимая сенсibilизация, непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП, стероидная зависимость, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), синуситы, тиреотоксикоз и т.д.
4. Осложнения терапии (синдром Иценко-Кушинга, остеопароз, надпочечниковая недостаточность и т.д.).
5. Сопутствующие заболевания.

# Причины обострения БА

- Отсутствие адекватной БТ – 68,0%
- Изменение погодных условий – 28,9%
- Эмоциональный стресс – 18,4%
- Влияние аллергенов и аэрополлютантов – 13,2%
- Физическая нагрузка – 10,5%
- Респираторная инфекция – 7,9%
- Сочетание нескольких факторов – 32,9%
- Причины не уточнены – 13,1%

# Базисная терапия

- Ингаляционные глюкокортикостероиды
- Антилейкотриеновые препараты
- Длительно действующие ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты (ддба)
- Теофиллины
- Кромоны
- Длительно действующие пероральные  $\beta_2$ -агонисты
- Анти IgE-препараты
- Системные глюкокортикостероиды

# Рекомендуемые суточные дозы (мкг) ИГКС для лечения БА

Препарат	Низкая доза	Средняя доза	Высокая доза
БДП	200-600	600-1000	>1000
БУД(ПИ)	200-600	600-1200	>1200
БУД (суспензия для небулайзера)			
ФЛУ	500-1000	1000-2000	>2000
ФП	100-300	300-750	>750
ТАА	100-1000	1000-2000	>2000

# Подходы к терапии БА (GINA 2006)

Ступени терапии				
Ступень 1	Ступень 2	Ступень 3	Ступень 4	Ступень 5
<b>Образование больных. Контроль факторов окружающей среды.</b>				
<b>B<sub>2</sub>-агонисты короткого действия</b>	<b>B<sub>2</sub>-агонисты короткого действия</b>			
<b>Контролирующие препараты</b>	<b>Выберите</b>	<b>Выберите</b>	<b>Добавьте</b>	<b>Добавьте</b>
	<b>Низкие дозы ИГКС</b>	<b>Низкие дозы ИГКС + ДДБА</b>	<b>Средне-высокие дозы ИГКС + ДДБА</b>	<b>Оральные ГКС (мин. Дозы)</b>
	<b>Блокаторы рецепторов ЛТ</b>	<b>Средне-высокие дозы ИГКС</b>	<b>Блокаторы рецепторов ЛТ</b>	
		<b>Низкие дозы ИГКС + блокаторы рЛТ</b>	<b>Низкие дозы ИГКС</b>	<b>Теофиллин</b>

# Использование АХП при бронхиальной астме

При хронической БА:

- У больных с генотипом В2-АР В16 Arg/Arg
- У больных пожилого возраста
- При наличии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний
- При ночной астме
- При хронических вирусных инфекциях
- При «влажной» астме (?)
- При тяжелой рефрактерной астме (?)

При обострении БА:

- При обострении БА
- При ОФВ или ПСВ < 50%
- При вирусной инфекции
- При бронхоспазме индуцированном  $\beta$ -блокаторами

# Основные симптомы БА и ХОБЛ и их модификация при сочетании этих заболеваний

Признаки	БА = ХОБЛ
Анамнестические данные	Сочетание в различных соотношениях
Кашель	При ХОБЛ – появление приступов, при БА – постоянное покашливание наряду с приступами
Выделение мокроты	Не существенно
Одышка	При ХОБЛ – возникновение приступов с волнообразным течением, при БА – появление постоянной неуклонно прогрессирующей одышки в сочетании с приступами
Переносимость физической нагрузки	В любом варианте прогрессивно и неуклонно снижается
Внелегочные проявления	Сочетание в разных пропорциях

# Диагностические критерии

БА	ХОБЛ
Действие факторов риска	Действие факторов риска
Отягощенная наследственность	Возраст > 35 лет
Волнообразность клинических проявлений, отсутствие прогрессирования при неосложненных формах БА	Позднее появление и медленное неуклонное нарастание респираторных симптомов
Прирост $ОФВ_1 > 15\%$ в пробе с $\beta_2$ -агонистами	Снижение $ОФВ_1$ и $ОФВ_1/ФЖЕЛ$
Внелегочные проявления аллергии	Прирост $ОФВ_1 < 15\%$ в пробе с $\beta_2$ -агонистами
	Ранняя диагностика (в 1 стадии) возможна лишь при активном выявлении больных в контингентах

# Важнейшие клинические различия между БА и ХОБЛ

- Условия возникновения заболевания
- Основные клинические проявления
- Наличие или отсутствие прогрессирования болезни
- Особенности обострений
- Ответ на проводимую терапию
- Характер осложнений

Спасибо за внимание!