


Бронхиальная астма



Бронхиальная астма представляет глобальную проблему здравоохранения

Люди всех возрастов во всем мире страдают этим хроническим заболеванием дыхательных путей, которое при недостаточно эффективном лечении может значительно ограничивать повседневную жизнь пациентов и даже приводить к смерти. В большинстве стран распространенность БА возрастает, особенно среди детей.

В мире около 300 млн. больных БА

Ежегодно в мире от БА умирают 250000 чел.¹

По данным эпидемиологических исследований в России БА страдает 5% взрослого населения (около 7 млн. больных бронхиальной астмой, из них зарегистрировано только 1,4 млн.)

Определение

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы.


Оно определяется историей респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель (особенно по ночам или ранним утром).

Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения.



Что может вызвать приступ бронхиальной астмы





Причины, влияющие на развитие и проявления бронхиальной астмы

Внутренние факторы (обуславливающие развитие БА) :

1. Генетические

- гены, предрасполагающие к атопии
- гены, предрасполагающие к бронхиальной гиперреактивности

2. Ожирение

3. Пол (мальчики в детском возрасте, женщины – во взрослом)



Внешние факторы (провоцирующие появление симптомов) :

1. Аллергены

- аллергены помещений: клещи домашней пыли, шерсть домашних животных (собак, кошек, мышей), аллергены тараканов, грибы, в том числе плесневые и дрожжевые
- внешние аллергены: пыльца, грибы, в том числе плесневые и дрожжевые

2. Инфекции (главным образом, вирусные)

3. Профессиональные сенсибилизаторы

4. Курение табака

- пассивное курение
- активное курение

5. Загрязнение воздуха внутри и снаружи помещения

6. Питание




Цель терапии бронхиальной астмы

Главная цель терапии бронхиальной астмы- достичь полного контроля над клиническими симптомами

Астма под «контролем» ,если:

- 1)Симптомы отсутствуют полностью в дневное время(или не более 2х эпизодов в неделю)
- 2)Отсутствуют ограничения в повседневной активности,включая физические упражнения.
- 3) Отсутствуют ночные симптомы или пробуждения из-за БА
- 4)Нет необходимости в постоянном применении препарата неотложной помощи (применяется не более 2х раз в неделю).



Факторы и заболевания, препятствующие достижению хорошего контроля над астмой:

1) Факторы риска обострений БА:

Интубация из-за БА;

- Неконтролируемые симптомы БА;
- Наличие ≥ 1 обострения БА за последние 12 месяцев;
- Низкий ОФВ₁;
- Неправильная техника ингаляции и/или плохая приверженность лечению;
- Курение;
- Ожирение;
- Беременность, менопауза;
- Эозинофилия крови и/или мокроты

2) Факторы риска для развития фиксированной обструкции дыхательных путей:


Экспозиция с: табачным дымом, вредными химическими, профессиональными агентами;

- Низкий исходный ОФВ₁, хроническая гиперсекреция слизи;
- Эозинофилия мокроты или крови

3) Факторы риска для развития нежелательных побочных эффектов лекарств:

Частое применение системных ГКС;

- Длительное применение высоких доз сильнодействующих ИГКС;
- Применение Р450-ингибиторов



Лечение бронхиальной астмы в амбулаторных условиях

Основные цели и задачи терапии бронхиальной астмы:


- ликвидация или смягчение клинических проявлений заболевания (достижение контроля над заболеванием);
- уменьшение частоты и выраженности обострений;
- предотвращение развития угрожающих жизни состояний и летальных исходов;
- нормализация или улучшение показателей функции внешнего дыхания.
- восстановление и поддержание жизненной активности (соответствующей возрасту), включая переносимость физических нагрузок.
- отсутствие или снижение потребности в бронхолитической терапии;
- предотвращение побочных эффектов лекарственной терапии;
- предупреждение инвалидизации.

Показания к госпитализации

1) Плановая

2) Экстренная





Информация для пациента , которую должен донести участковый терапевт

1)Что такое бронхиальная астма

2)Что происходит при приступе удушья

3)От чего возникает обострение болезни

4)Что такое аллергия и аллергены

5)Как предотвратить или уменьшить воздействие аллергенов

6)Что такое индивидуальный пикфлоуметр и как им пользоваться

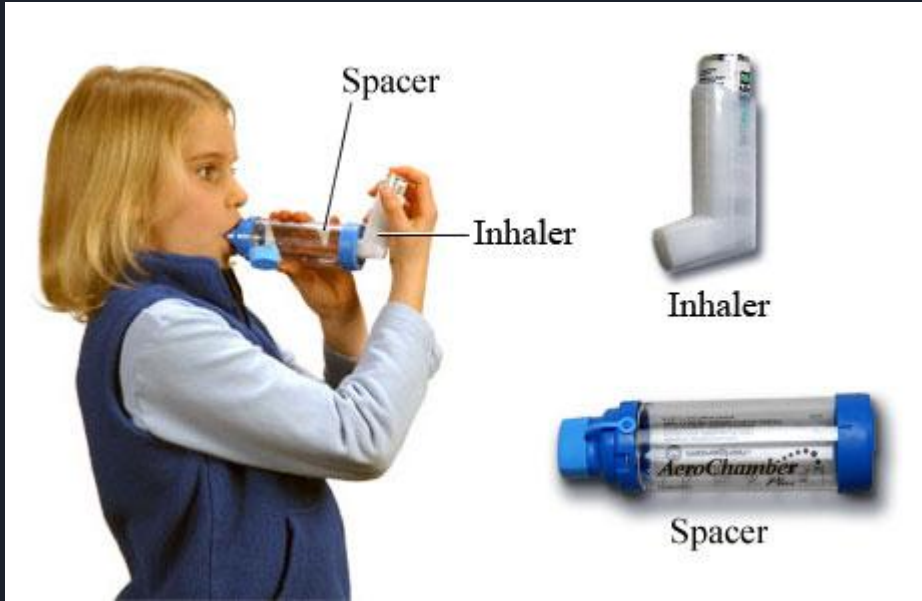
7)Как пользоваться ингалятором без спейсера.

8)Что такое спейсер и как им пользоваться

9)Что такое небулайзер и как им пользоваться

10)Как самому снять приступ удушья

11)Когда следует обязательно посетить врача



КОМПОНЕНТ 1: РАЗВИТИЕ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ВРАЧОМ

Для успешного лечения БА необходимо развитие сотрудничества между пациентом с БА и медицинским работником(ами), а также с родителями или лицами, осуществляющими уход за ребенком, в случае БА у детей. Цель такого сотрудничества – дать возможность пациенту с БА приобретать знания, навыки и уверенность в важности личного участия в лечении своего заболевания. Такое сотрудничество формируется и укрепляется по мере того как пациент и его лечащий врач обсуждают и согласовывают цели лечения, разрабатывают и записывают индивидуальный план самоведения (включающий самостоятельную оценку состояния пациентом) и периодически оценивают результаты лечения и уровень контроля над БА.



КОМПОНЕНТ 2: ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И УМЕНЬШЕНИЕ ИХ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Проводятся мероприятия по удалению из окружения большого аллергенов и неспецифических раздражителей, уменьшению их воздействия



КОМПОНЕНТ 3: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И МОНИТОРИРОВАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

1) ОЦЕНКА УРОВНЯ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Состояние каждого пациента/пациентки должно оцениваться, чтобы установить объем (режим) текущей тера пии, степень выполнения рекомендаций врача и уровень контроля над БА. Упрощенная схема для выявления контролируемой, частично контролируемой или неконтролируемой БА

Характеристики	Контролируемая БА (всё нижеперечисленное)	Частично контролируемая БА (любое проявление в течение любой недели)	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Отсутствуют (или ≤ 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 ≤ 2 эпизодов в неделю)	>2 эпизодов в неделю	
Функция легких (ПСВ или ОФВ ₁)*	Нормальная	$<80\%$ от должного значения или от наилучшего для данного пациента показателя (если таковой известен)	
Обострения	Отсутствуют	1 или более в год**	1 в течение любой недели***

2) ЛЕЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ

Выбор медикаментозной терапии зависит от текущего уровня контроля над БА и текущей терапии пациента. Так, если текущая терапия не обеспечивает контроля над БА, необходимо увеличивать объем терапии (переходить на более высокую ступень) до достижения контроля. В случае сохранения контроля над БА в течение 3 мес и более возможно уменьшение объема поддерживающей терапии с целью установления минимального объема терапии и наименьших доз препаратов, достаточных для поддержания контроля.

Выделяют две основные группы лекарственных средств: превентивные (контролирующие, базисные) и облегчающие состояние (средства неотложной помощи, бронхолитические средства)

Контролирующие лекарственные средства	Лекарственные средства, облегчающие симптомы
Противовоспалительные лекарственные средства: ингаляционные глюкокортикоиды; кромоны; системные глюкокортикоиды.	Быстродействующие бронхолитики: β_2 -агонисты короткого действия; антихолинергические лекарственные средства короткого действия; теофиллины короткого действия
Длительно действующие бронхолитики: β_2 -агонисты длительного действия; теофиллины длительного действия	

Увеличивайте объем терапии до улучшения контроля

Уменьшайте объем терапии до минимального, поддерживающего контроль

Ступень 1

Предпочтительная терапия:

β2-агонист короткого действия по потребности

Комбинация β2-агониста короткого действия и инпратропия бромида

Другие варианты:
низкие дозы ИГКС

Короткодействующие β2-агонисты «по потребности» *

Ступень 2

Предпочтительная терапия:

Низкие дозы ИГКС

Другие варианты:
антагонисты лейкотриеновых рецепторов, низкие дозы теофиллина

Ступень 3

Предпочтительная терапия:

Низкие дозы ИГКС/ДДБА

Другие варианты:

Средние или высокие дозы ИГКС

Низкие дозы ИГКС + антилейкотриеновый препарат

Низкие дозы ИГКС + теофиллин замедленного

По потребности КДБА или низкие дозы ИГКС/формотерол ***

Ступень 4

Предпочтительная терапия:

Средние или высокие дозы ИГКС /ДДБА

Другие варианты:

Добавить тиотропий**

Высокие дозы ИГКС+антилейкотриеновый препарат

Высокие дозы ИГКС+теофиллин замедленного высвобождения

Ступень 5

Рассмотрите дополнительную терапию:

Тиотропий;
Омализумаб;

Другие варианты:
Добавить низкие дозы оральных ГКС



3) МОНИТОРИРОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ПОДДЕРЖАНИЯ КОНТРОЛЯ

Уровень контроля над БА должен оцениваться врачом, а также, желательно, и самим пациентом через регулярные промежутки времени.

Обычно пациенты посещают врача через 1–3 мес после первичного визита, затем каждые 3 мес. После обострения следует назначить визит последующего наблюдения через 2 нед–1 мес.



КОМПОНЕНТ 4: ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Большинство пациентов с тяжелым обострением следует лечить в режиме интенсивной терапии, например в отделении неотложной помощи больницы, где возможно обеспечить мониторинг, включающее объективную оценку бронхиальной обструкции, сатурации кислородом и функции сердца (по возможности). Более легкие обострения, для которых характерны снижение пиковой скорости выдоха менее чем на 20%, ночные пробуждения из-за БА и повышенная потребность в β 2-агонистах короткого действия, обычно можно лечить в амбулаторных условиях. Если пациент отвечает на увеличение дозы бронхолитика уже после первых нескольких ингаляций, необходимость обращения в отделение интенсивной терапии отсутствует, однако дальнейшее лечение под наблюдением врача первичного звена может включать применение ГКС. Следует также провести обучение пациента и пересмотреть поддерживающую терапию.

Терапия

Бронхолитики. При легком и среднетяжелом обострениях оптимальным и наиболее экономичным методом быстрого устранения бронхиальной обструкции является многократное применение ингаляционных β 2-агонистов быстрого действия (от 2 до 4 ингаляций каждые 20 мин в течение первого часа). После первого часа необходимая доза β 2-агонистов будет зависеть от степени тяжести обострения. Легкие обострения купируются 2–4 дозами («пшиками») каждые 3–4 ч; обострения средней тяжести потребуют 6–10 доз каждые 1–2 ч.



Глюкокортикостероиды.

Для лечения обострений, особенно если они развились после проведения других краткосрочных мероприятий, рекомендуемых при утрате контроля над БА, рекомендуются пероральные ГКС (преднизолон в дозе 0,5–1 мг/кг в сутки). Если терапия бронхолитиками не купирует приступ, о чем свидетельствует сохраняющаяся бронхиальная обструкция, то рекомендован срочный перевод в отделение неотложной помощи, особенно если пациент принадлежит к группе высокого риска.



Санаторно-курортное лечение

Санаторно - курортное лечение показано большинству больных лёгкого и среднетяжёлого течения в фазе ремиссии при удовлетворительных показаниях ФВД. БА тяжёлого течения, гормонозависимый вариант, являются противопоказаниями к направлению на СКЛ

.При отсутствии эффекта в местных условиях или неблагоприятном климате зоны проживания рекомендуется лечение в другом климатическом поясе: Крыма, Кавказа, Средней Азии, Прибалтики. Лечение на горноклиматических курортах (Кисловодск, Бакуриани, Шови, Иссык-Куль)

