


# 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.<sup>1</sup>

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  $\geq 1$  обострения БА за последние 12 месяцев;
- Низкий ОФВ<sub>1</sub>;
- 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 ОФВ<sub>1</sub>, 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

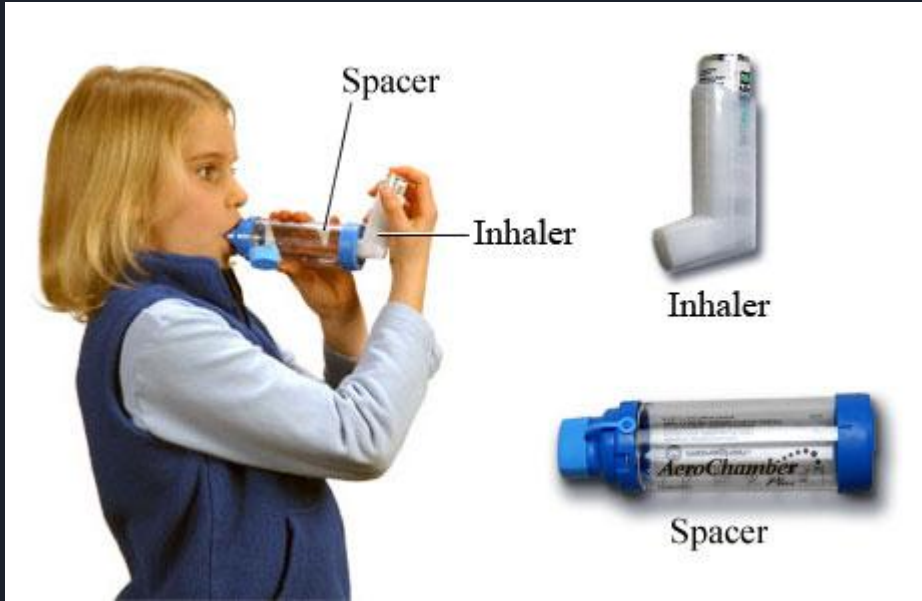
7)Как пользоваться ингалятором без спейсера.

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 $\leq 2$ 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 (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: $\beta_2$ -агонисты короткого действия; антихолинергические лекарственные средства короткого действия; теофиллины короткого действия
Длительно действующие бронхолитики: $\beta_2$ -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  $\beta$ 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  $\beta$ 2-агонистов быстрого действия (от 2 до 4 ингаляций каждые 20 мин в течение первого часа). После первого часа необходимая доза  $\beta$ 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)

