

Л.В. Юдина

Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Выявление астмы — важная задача терапевта на амбулаторном приеме

Ключевые слова: бронхиальная астма, гиподиагностика, раннее выявление, лечение комбинированными препаратами.

Бронхиальная астма (БА) является одной из самых актуальных проблем медицины. Астма относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека (5–8% в общей популяции). На сегодняшний день в мире этим заболеванием страдают около 300 млн человек, причем у подавляющего большинства пациентов БА не контролируется. Во многих странах мира статистика свидетельствует о сохраняющейся тенденции роста заболеваемости, инвалидности и смертности, обусловленных БА [1].

По официальным данным распространенность БА в России составляет менее 1%, тогда как в ряде исследований, выполненных в соответствии с рекомендациями Европейского общества пульмонологов, данный показатель соответствует 5% среди взрослого населения и более 7% — у детей, что в абсолютных цифрах составляет около 7 млн больных [2].

Официальная статистика в Украине не отражает истинной картины заболеваемости астмой. Считается, что в нашей стране БА страдает 5% населения, т.е. 2,3 млн человек, в то время как официально зарегистрировано около 250 тысяч больных.

Эпидемиологические исследования как среди детей, так и среди взрослых (особенно пожилых) свидетельствуют о том, что БА не полностью диагностируется, следовательно — недостаточно лечится. **Недостаточная настороженность в отношении астмы становится государственной проблемой Украины.**

Одна из проблем заключается в том, что многие пациенты терпят преходящие респираторные симптомы до того, как попадут к врачу. Перемежающий характер БА приводит к тому, что больной привыкает к симптоматике заболевания, считая его неотъемлемой частью своей жизни, и не понимает того, что при наличии болезни можно не иметь симптомов астмы (сейчас это называется полностью контролируемой астмой).

Другим важным фактором, приводящим к недостаточной диагностике БА, является неспецифическая природа симптомов, которые могут приводить к постановке альтернативных диагнозов. К сожалению, врачи не всегда распознают БА. Необходимо помнить, что правильный диагноз БА ведет к правильному назначению лекарственных препаратов [3]. По данным главного терапевта г. Москвы [4], большую часть рецептов на препараты, используемые для лечения БА и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ), выписывают терапевты (53%) и педиатры (25%). На долю пульмонологов и аллергологов приходится соответственно всего 5% и 4% всех рецептов. Поэтому умение вовремя диагностировать БА и оценить степень ее тяжести — очень важно для практических врачей.

Клинические маркеры БА:

- наличие повторных обострений болезни, провоцируемых аллергенами, физической нагрузкой, вирусной инфекцией;
- исчезновение симптомов спонтанно или, что более типично, при применении бронходилататоров или противовоспалительных средств;
- сезонная вариабельность симптомов;
- наличие в семейном анамнезе БА и/или аллергических заболеваний.

Клиническая картина БА складывается из периодов обострения и ремиссии. Для периода обострения наиболее типичным является приступ удушья, протекающий по типу пароксизма экспираторного диспноэ. Такая эпизодическая *одышка (удушьё)* не всегда сопровождается свистящими хрипами. Клинические признаки чаще определяются, если пациент обследуется в период обострения. Нормальные данные при исследовании грудной клетки не исключают БА. Несмотря на то, что сухие хрипы являются наиболее частым симптомом

БА, они могут отсутствовать при выраженном обострении. Качественной характеристикой одышки в период обострения БА является *чувство стеснения в груди*. В случаях более тяжелого течения болезни, когда нарастают обструктивные нарушения вентиляционной функции легких, у больных возникает чувство напряжения при дыхании, которое усиливается при физической нагрузке.

Чувство нехватки воздуха и неспособность глубоко вдохнуть свидетельствует об очень тяжелом течении болезни, т.е. наличие одышки при БА отражает патофизиологические изменения дыхательной системы и для опытного клинициста может дать ценную информацию о степени тяжести заболевания.

Другой особенностью одышки при БА является то, что при назначении бронходилататоров выраженность данного симптома быстро уменьшается, но в течение некоторого времени бронхиальная проходимость, определяемая с помощью спирометрии, остается сниженной. Восстановление параметров функций внешнего дыхания (ФВД) происходит уже после появления положительных изменений в клинической картине одышки.

Частым симптомом, встречаемым при БА, являются *сухие свистящие хрипы* в грудной клетке, нередко слышимые на расстоянии, приступообразные, усиливающиеся на выдохе, купирующиеся ингаляционными бронхолитиками. У больного в этот момент может наблюдаться возбуждение, прерывистая речь, он может находиться в положении ортопноэ, чаще отмечается учащение (хотя бывает и урежение) дыхательных движений. Нередко БА у детей манифестирует с сухих свистящих хрипов, которые диагностируют как различные формы бронхита и, соответственно, назначают неадекватное и неэффективное лечение курсами антибиотиков и препаратами против кашля. Несмотря на часто упоминаемый тезис «*все, что сопровождается свистящими хрипами, следует считать БА, пока не будет доказано обратное*» [5], большинство врачей общей практики игнорируют это утверждение, и вслед за появлением свистящего дыхания у пациента следует назначение антибактериальных препаратов с полным набором сопутствующей терапии (антигистаминные, противогрибковые препараты, иммуномодуляторы, биогенные стимуляторы, пре- и пробиотики и т.д.), не имеющей никакого отношения к лечению БА.

Сопутствующим признаком синдрома удушья является *кашель*. Пароксизм кашля часто предшествует развитию удушья и вновь может беспокоить больного после его купирования. При развитии острого бронхоспазма кашель не приводит к дренированию дыхательных путей, и вязкая стекловидная мокрота остается в их просвете. При завершающей стадии удушья кашель сопровождается отхождением вязкого бронхиального секрета, что вскоре приносит облегчение [6].

Кашлю как одному из наиболее важных признаков болезни придается классификационное значение [4, 7]. Так, некоторые авторы выделяют *кашлевой вариант БА*. Пациенты с такой БА страдают хроническим кашлем, который является основным, если не единственным

симптомом. Он не перерастает в удушье. Обычно сухой или малопродуктивный кашель возникает по ночам. Кашель частый, интенсивный, нарушает дневную активность и сон. Провоцируется холодным воздухом, резкими запахами, гипервентиляцией, респираторными инфекциями; устойчив к терапии муколитиками и противокашлевыми средствами. В современных соглашениях по БА ее кашлевой вариант рассматривают как легкую степень тяжести болезни. К такому симптому, как сухой надсадный кашель по ночам или под утро, следует относиться особенно внимательно, так как он может указывать на наличие у больного БА.

Особенности кашлевого варианта БА:

- чаще является вариантом атопической БА и требует аллергологического обследования;
- хронический кашель является основным, часто единственным симптомом болезни;
- как правило, отсутствуют одышка, приступы удушья, сухие хрипы;
- ФВД может быть нормальной;
- тест на обратимость бронхиальной обструкции отрицательный (!);
- не характерны спонтанные ремиссии [4].

Нередко приступу астматического удушья может предшествовать *продромальная симптоматика*: зуд под подбородком, чувство дискомфорта между лопатками, необъяснимый страх, чихание, заложенность в носу, нарушение носового дыхания. Появляются другие симптомы, свидетельствующие о тяжести обострения: цианоз, сонливость, затруднения при разговоре, тахикардия, вздутие грудной клетки, включение дополнительных мышц в акт дыхания и втяжение межреберных промежутков [4, 6].

GINA предлагает перечень вопросов, которые могут быть полезными при постановке диагноза БА:

Вопросы, позволяющие заподозрить диагноз БА

- *Бывают ли у пациента приступы (повторяющиеся приступы) свистящих хрипов?*
- *Бывает ли у пациента мучительный кашель по ночам?*
- *Бывают ли у пациента свистящие хрипы или кашель после физической нагрузки?*
- *Бывают ли у пациента свистящие хрипы, стеснение в грудной клетке или кашель в результате воздействия аэроаллергенов или поллютантов?*
- *«Спускается ли в грудь» или продолжается более 10 дней простуда?*
- *Наступает ли облегчение в результате антиастматического лечения?*

Для постановки диагноза обязательным является исследование ФВД, которое является неотъемлемым методом диагностики БА. Исследование ФВД обеспечивает прямую оценку гиперреактивности. Наиболее значимыми легочными функциональными тестами для диагностики БА являются измерения бронхиальной проходимости, ответ на ингаляции β_2 -агонистов короткого действия. Бронходилатационный ответ считается

достоверным, если отмечается повышение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) более чем на 12% от должного или на 200 мл от исходного [5]. Следует учитывать и вариабельность бронхиальной проходимости с помощью мониторингирования пиковой скорости выдоха (ПСВ). Правильно поставленный диагноз позволит назначить адекватную терапию.

В качестве примера можно продемонстрировать следующее наблюдение.

Больная Н., 45 лет, штукатур, болеет хроническим бронхитом более 10 лет. Обострения возникали несколько раз в году, сопровождались сухим надсадным кашлем с трудно отделяемой мокротой, дискомфортом при дыхании. Лечение проводилось амбулаторно. Каждый раз при обращении к врачу получала антибиотики, антигистаминные препараты, теофиллины, отхаркивающие средства. В последнее время состояние больной ухудшилось: сухой надсадный кашель по ночам был столь невыносимым и продолжительным, что больная не могла не только спать, но и принимать горизонтальное положение, наблюдалось ощущение нехватки воздуха и появление свистящего дыхания при физической нагрузке. Такие «простуды» с появлением хрипов в груди и затруднением дыхания повторялись 3–4 раза в году. Никогда не наблюдалось четко очерченных приступов удушья с выделением стекловидной мокроты. Возможно, именно поэтому мысли о наличии у больной какого-то другого заболевания, кроме «хронического бронхита с астматическим компонентом», у лечащего врача и не возникало. Как ни странно, больной даже в виде симптоматической терапии не были предложены ингаляционные бронхолитики. К моменту поступления в стационар пациентка не могла спать по ночам из-за сухого кашля, затрудненного дыхания и невозможности откашливать мокроту.

Помимо общепринятых методов исследования, для подтверждения диагноза пациентке было проведено спирометрическое исследование и сделана проба с бронхолитиком короткого действия (сальбутамолом 400 мкг). Данные этого исследования отображены на рисунке 1.

Как видно на спирограмме, ОФВ₁ (FEV₁) составлял 1,01 л или 35,9% от должных величин. После вдоха 400 мкг сальбутамола этот показатель составил 2,38 л или 84,4% от должных величин. Прирост показателя

после вдыхания бронхолитика составил 134,9%! Вспомним, если прирост показателя ОФВ₁ составляет более 12% (по данным Американского торакального общества) или 15% (по данным Европейского респираторного общества), это говорит об обратимости обструкции, т.е. о наличии у больного БА. Целесообразно оценивать и проходимость бронхов на уровне крупных, средних и мелких бронхов (об этом говорят показатели FEV₂₅, FEV₅₀ и FEV₇₅ соответственно). У больной эти показатели были резко снижены: проходимость на уровне крупных бронхов составляла всего 19,1% от должных величин, на уровне средних – 16,3%, а проходимость на уровне мелких бронхов вообще не определялась, что говорит об очень тяжелом состоянии больной. Положительным фактом было то, что обратимость обструкции на уровне крупных бронхов составила 265,7%, средних – 204,8%. Процент обратимости бронхиальной обструкции оценить было невозможно, поскольку спирограмма не зафиксировала проходимость на уровне мелких бронхов при поступлении больной в стационар (не с чем было сравнить). Столь высокий процент прироста показателей после вдыхания бронхолитика свидетельствует о том, что у больной, без сомнения, имеет место неконтролируемая БА, которая не была выявлена на амбулаторном этапе.

Важным моментом в лечении БА является помощь при обострении. Наиболее мощными противовоспалительными препаратами, применяемыми при обострении БА, являются системные глюкокортикостероиды (СГКС). Однако даже короткие, но частые курсы СГКС у пациентов БА могут приводить к развитию тяжелых нежелательных реакций [8, 9]. Кроме того, эффект этих препаратов наступает довольно медленно – не ранее чем через 6–24 часа от начала терапии [8]. Альтернативой системным гормонам рассматриваются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), которые оказывают преимущественно местное действие, что в значительной степени снижает частоту системных побочных эффектов [5, 10]. В отличие от СГКС, ИГКС могут оказать более быстрый клинический эффект за счет непосредственного воздействия на слизистую оболочку бронхов: сосудосуживающий эффект и снижение бронхиального кровотока, уменьшение экссудации плазмы и продукции мокроты в дыхательных путях [10]. В ряде исследований было показано, что ИГКС (флутиказон, беклометазон, будесонид) вызывают дозозависимое уменьшение кровотока в сосудах слизистой оболочки бронхов (противовоспалительный эффект) в течение 30–60 минут после начала их введения. Быстрый положительный эффект ИГКС может быть связан с восстановлением чувствительности β₂-рецепторов к симпатомиметикам. Поэтому именно ИГКС в последнее десятилетие отводится центральная роль в лечении больных БА. Назначение ГКС в виде ингаляций имеет несомненные преимущества по сравнению с пероральным приемом благодаря меньшей выраженности системных эффектов [13] и более высокой степени проникновения в ткани респираторного тракта [14]. В то же время, получены данные о более быстром действии ГКС при их ингаляционном

	Pred	Act1/Act1/Pred	Act2/Act2/Pred	%Act2/1
VC MAX	3.35	1.92	57.2	3.33
IC	2.30	1.87	81.1	2.91
ERV	1.05	0.05	4.8	0.28
FVC	3.28	1.33	40.6	3.22
FEV 1	2.82	1.01	35.9	2.38
FEV1%M	80.74	52.76	65.3	71.42
PEF	6.65	1.25	18.8	5.22
FEF 25	5.81	1.11	19.1	4.06
FEF 50	4.10	0.67	16.3	2.04
FEF 75	1.74			0.85
MVV	104.09			
MV	14.57	15.98	109.7	19.44
VC EX	3.35	1.92	57.2	3.22

Subst. Dose Сальбутамол 2 инг.

Date 23/11/20 23/11/2006

Time 11:59:31 12:21:50

Рис. 1. Спирограмма и бронхолитический тест больной Н.

назначении (в течение 1–3 часов), что особенно важно при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе [8, 9]. Эффективным решением проблемы доставки ИГКС в дыхательные пути при обострении БА является назначение лекарственных препаратов в виде ингаляций через небулайзер (от лат. *nebula* – туман, т.е. туманообразование) – приспособление для распыления медикаментов и их доставки в дыхательные пути. В настоящее время **небулайзерная терапия при обострении БА рассматривается как достойная альтернатива парентеральному введению препаратов.** В Украине для небулайзации могут быть использованы несколько кортикостероидных препаратов. Это флутиказон – небулы по 2,0 мг (суточная доза – 2,0–4,0 мг) и будесонид (суточная доза составляет от 1 до 8 мг).

В качестве бронхолитика при обострении БА обычно применяют однократные дозы салбутамола (Вентолин™ Небулы™) 2,5 мг. Эффект развивается, как правило, в течение 10–15 минут. Если состояние больного не улучшается, назначают повторные дозы ингаляции. Рекомендуется следующая схема лечения: в первый час проводят три ингаляции салбутамола по 2,5 мг каждые 20 минут, затем их повторяют через каждый час до значимого улучшения состояния (до достижения ПСВ – 60–75% от должной или наилучшей для больного). Значительная разница в дозах β_2 -агонистов, используемых при применении небулайзеров и портативных ингаляторов, объясняется существенными потерями препаратов при небулайзации – около 65% во время ингаляции и до 20% задерживается в «остаточном объеме» небулайзера. Поэтому 2,5 мг салбутамола для небулайзации соответствуют 400–800 мкг салбутамола для дозированного ингалятора (ДИ).

Для ликвидации обострения БА у пациентки Н. мы использовали вентолин 2,5 мг и фликсотид 2,0 мг через небулайзер в течение 5 дней. Базисную терапию начали с 3-го шага (комбинация β_2 -агонист длительного

действия + ИГКС) серетид-дискус в дозе 50/100 по 1 вдоху 2 раза в день. Неоспоримым преимуществом комбинированной терапии является одновременное воздействие на два звена патогенеза БА: воспаление (ИГКС) и гиперреактивность бронхов (пролонгированные β_2 -агонисты). ИГКС способен повышать чувствительность β_2 -адренорецепторов к бронходилататорам. В свою очередь, под влиянием пролонгированных β_2 -агонистов улучшается транслокация глюкокортикоидных рецепторов в ядро клетки, что повышает ее чувствительность к гормонам. Кроме того, в настоящее время известно, что стартовая поддерживающая терапия серетидом позволяет достичь контроля БА примерно в 5 раз быстрее, чем ИГКС в виде монотерапии.

К моменту выписки из стационара показатели ФВД у наблюдаемой больной восстановились полностью (рис. 2).

Данные спирограммы показывают, что ФВД восстановилась полностью, но назначенную дозу препарата больной рекомендовано принимать на протяжении 3–4 месяцев, а затем (по рекомендации GINA) при сохранении контроля – дозу можно уменьшить.

Таким образом, для своевременного выявления БА на амбулаторном этапе необходимо:

- тщательно собранный анамнез, оценка симптомов заболевания (приступы удушья могут пока не наблюдаться);
- объективное исследование (на момент осмотра аускультативные данные могут быть в норме);
- обязательное спирометрическое исследование, включающее бронхолитический тест с бронхолитиком короткого действия, идентичный 400 мг салбутамола;
- при обострении БА необходимо назначение бронхолитиков короткого действия, СГКС, при необходимости – кислородотерапия. Альтернативой СГКС является небулайзерная терапия;
- назначение базисной терапии (противовоспалительного и бронхолитического препаратов);
- достижение и поддержание контроля БА.

Литература

1. *Бронхиальная астма. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы* [Текст] / Под ред. А. Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2002.
2. *Верткин, А. Л.* Новые технологии и стандарты терапии при обострении бронхиальной астмы [Текст] / А. Л. Верткин, В.Л. Бераташвили, М. И. Лукашов. // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, №3. – С. 10–13.
3. *Лабуник, Л. Б.* Место врача общей практики в лечении бронхиальной астмы [Текст] / Л. Б. Лабуник // Consilium Medicum. Экстрывыпуск. Симпозиум по бронхиальной астме. – 2005. – №4–5.
4. *Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы* [Текст] / Под ред. А. Г. Чучалина. – М., 2005. – 51 с.
5. *Стандартизация легочных функциональных тестов. Официальный отчет Европейского респираторного общества* [Текст] // Пульмонология. – 1993. – Приложение. – С. 6–44.
6. *Чучалин, А. Г.* Диагностика и дифференциальная диагностика бронхиальной астмы [Текст] / А. Г. Чучалин // Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит. – М., 2002. – 272 с.

	Pred	Act	Act1/Pred
VC MAX	3.35	4.42	131.7
IC	2.30	4.00	173.8
ERV	1.05	0.41	39.3
FVC	3.28	4.30	131.3
FEV 1	2.82	3.22	114.4
FEV1%M	80.74	73.00	90.4
PEF	6.65	6.16	92.7
FEF 25	5.81	4.06	69.8
FEF 50	4.10	3.23	78.7
FEF 75	1.74	1.12	64.3
MVV	104.09		
MV	14.57	18.17	124.7
VC EX	3.35	4.34	129.3
Subst.			
Dose			
Date	24/11/2006		
Time	13:56:04		

Рис. 2. Данные спирометрии больной Н. после выписки из стационара

7. Аверьянов, А. В. Дифференцированный подход к диагностике хронического кашля [Текст] / А. В. Аверьянов // Пульмонология и аллергология. — 2005. — №1. — С. 23–27.

8. Авдеев, С. Н. Небулайзерная терапия суспензией Пульмикорта: место в лечении заболеваний дыхательных путей: Метод. пособие для врачей [Текст] / С. Н. Авдеев. — М., 2004. — 39 с.

9. Отечественные препараты для лечения бронхиальной астмы: Метод. рекомендации для врачей общей практики / Под ред. А. Г. Чучалина. — М., 2004. — 25 с.

10. Лапшин, В. Ф. Небулайзерная терапия в педиатрической практике [Текст] / В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманец, О. П. Дзись. — К., 2005. — 24 с.

11. Симбикорт у больных со стероидозависимой бронхиальной астмой: возможность снижения дозы системных стероидов [Текст] / С. Н. Авдеев [и др.] // Пульмонология. — 2005. — №4. — С. 71–79.

12. Биличенко, Т. Н. Эпидемиология бронхиальной астмы [Текст] // Бронхиальная астма / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Агар, 1997. — Т. 1. — С. 400–423.

13. Княжеская, Н. П. Эффективность и безопасность формотерола в лечении бронхиальной астмы [Текст] / Н. П. Княжеская, М. О. Потапова // Пульмонология и аллергология. — 2005. — №3. — С. 49–51.

14. Коростовцева, Д. С. Смертность при бронхиальной астме у детей. Материалы по Санкт-Петербургу за 24 года [Текст] / Д. С. Коростовцева, И. В. Макарова // Аллергология. — 1999. — №1. — С. 19–26.

ВИЯВЛЕННЯ АСТМИ – ВАЖЛИВЕ ЗАВДАННЯ ТЕРАПЕВТА НА АМБУЛАТОРНОМУ ПРИЙОМІ

Л.В. Юдіна

Резюме. В Україні, на жаль, зберігається низький відсоток виявлення бронхіальної астми (БА), що тягне за собою несвочасне і неадекватне лікування цього захворювання. Для своєчасної діагностики БА лікарям широкого профілю необхідно пам'ятати про те, що захворювання не обов'язково має перебіг з чітко окресленими нападами

задухи. Дебют БА може виявлятися тривалим надривним кашлем вночі, появою свистячого дихання при фізичному навантаженні тощо. Пацієнтам з подібними симптомами необхідно проводити спірометричне дослідження і бронхолітичний тест. Залежно від порушення функції зовнішнього дихання і відповіді на бронхолітики короткої дії доцільно починати лікування з комбінації β_2 -агоністів тривалої дії та інгаляційних глюкокортикостероїдів. Досвід показує, що це прискорює досягнення контролю БА і покращує прихильність пацієнтів до призначеної терапії.

Ключові слова: бронхіальна астма, гіподіагностика, раннє виявлення, лікування комбінованими препаратами.

DETECTABILITY OF ASTHMA – CRITICAL MISSION OF GENERAL PRACTITIONER DURING AMBULANT THERAPY

L.V. Judina

Summary. Unfortunately, in Ukraine detectability of asthma remains low, this situation entails a delayed and inadequate treatment of this disease. For timely diagnosis of asthma general practitioners have should keep in mind the fact that the disease does not necessarily proceed with clearly defined choking fits. The debut of asthma may be manifested with long hacking cough at night, with appearance of wheezing during physical exercises, etc. Spirometric research and broncholytic test must be conducted for patients with these symptoms. There are good reasons to begin treatment with a combination of long-acting β_2 -agonist and inhalant glucocorticosteroids depending on the external respiration dysfunction and response to short-acting bronchial spasmolytics. Experience shows that it speeds up the achievement of asthma control and improve patients' adherence to prescribed therapy.

Key words: bronchial asthma, Under-Diagnosis, early detection, combination medication therapy.

Публікується при піддержці «ООО ГлаксоСмитКляйн
Фармасьютикалз Україна»
SRTD/10\UA/11.03.2011/4713