УДК 616.248-07:616.21
DOI 10.56834/26631504_2022_1_101

Ш.О. Калиева
https:\\orcid.org\0000-0002-7631-6410
КГП на ПХВ «ВК ОФПЦ» УЗ ВКО,
г. Усть-Каменогорск, Казахстан

О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Резюме. *В статье рассматриваются основные принципы лечения бронхиальной астмы. Кроме того, излагается специфика базисной терапии и необходимость немедикаментозных мероприятий для успешного лечения данного заболевания.*
Ключевые слова*: бронхиальная астма, принципы лечения, ступенчатая терапия.*

Ш.О. Қалиева
https:\\orcid.org\0000-0002-7631-6410
ШҚО ДСБ "ШҚ ОӨҚО" ШЖҚ КМК,
Өскемен қаласы, Қазақстан

БРОНХ ДЕМІКПЕСІН КЕШЕНДІ ЕМДЕУ ТУРАЛЫ

Түйін. Бұл мақалада бронхиалдық астма ауыруында қолданалатын кешенді емдеу принциптері қарастырылады. Сонымен қатар, негізгі терапияның ерекшеліктері және медикаментозды емес шаралардың маңызы да көрсетілген.
Түйінді сөздер: бронх демікпесі, емдеу принциптері, қадамдық терапия

Sh.O. Kalieva
https:\\orcid.org\0000-0002-7631-6410
KGP on PCV "VK OFPC" UZ of East Kazakhstan region,
Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan

ABOUT THE COMPLEX TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA

Resume. The article discusses the basic principles of the treatment of bronchial asthma. In addition, the specifics of basic therapy and the need for non-drug measures for the successful treatment of this disease are outlined.
Keywords: bronchial asthma, principles of treatment, step therapy

Введение. Первый Международный астма-день был проведен в 1998 году в 35-ти странах мира в рамках первой всемирной встречи по проблемам астмы в Барселоне (Испания). В мае 2011года отмечался Международный день астмы, который провозглашен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и проводится ежегодно по инициативе проекта «Международная инициатива против астмы» (GINA) с целью привлечь внимание общественности всего мира к проблеме астмы. К началу 21-го века уровень смертности в мире по сравнению с 90-ми годами вырос 9 раз. И около 80% детских смертей бронхиальной астме приходится на возраст от 11до 16 лет. Бронхиальная астма (далее - БА) представляет глобальную проблему здравоохранения — в мире живет около 300 млн. больных БА. По данным ВОЗ к 2025г оду их станет на 100 млн. больше. По ориентировочным оценкам от БА умирают 250 000 человек в год.

Основополагающие причины астмы полностью не выяснены. Самыми значительными факторами риска развития астмы являются генетическая предрасположенность в сочетании с вдыхаемыми веществами и частичками, которое находятся в окружающей среде и могут провоцировать аллергические реакции или раздражать воздушные пути.

Это такие вещества и частички, как:

– аллергены внутри помещений (клещи домашней пыли в постельных принадлежностях, коврах и мягкой мебели, загрязнение воздуха и перхоть животных)
– аллергены вне помещений (цветочная пыль и плесень)
– табачный дым
– химические раздражающие вещества на рабочих местах загрязнение воздуха. Другие провоцирующие факторы включают холодный воздух, эмоциональное возбуждение (страх, гнев) и физические упражнения.

Астму могут спровоцировать и некоторые лечебные средства: аспирин и другие нестероидные противовоспалительные лекарства, а также бета-блокаторы.

Комплексная лечебная программа БА включает в себя:

– образовательную программу пациентов.
– динамический контроль тяжести заболевания и адекватности проводимой терапии с помощью клинических и функциональных исследований.
– разработку плана лечения и профилактику обострения

– динамическое наблюдение за пациентом.

Исходная тяжесть заболевания и интенсивность проводимых лечебных мероприятий, их объем и адекватность определяется при помощи динамического контроля за клиническим состоянием пациента, а также изменениями функциональных легочных тестов. В качестве наиболее доступного, недорого и удобного в амбулаторной практике прилагается метод пикфлоуметрии, позволяющего судить об амплитуде суточных колебании ПОС выд. Как критерии адекватности проводимой терапии, об эффективности проводимого лечения, а также может свидетельствовать о наступлении обострения заболевания.

В большинстве случае (особенно у детей) в заболевание связано с экзогенным воздействием сенсибилизирующих факторов аллергенной и не аллергенной природы. В связи с этим введение пациента должно научатся с элеменации или уменьшения экспозиции воздействия данного агента. Важнейшим аспектом санитарно-гигиенических мероприятий являются соблюдение гипоаллергенной диеты, входящих в ранг обязательных мероприятий, поддержание чистоты воздуха в жилище пациента, отказ от курения.

Можно отметить некоторые врачебные ошибки при терапии БА:

не назначение ИГКС;

недооценка степени тяжести на предшествующих этапах; - попытка контроля воспаления в период обострения низкими дозами ГК, применение бета-блокаторов;

неправильный подбор системы доставки для ИГК;

продолжающая экспозиция аллергена.

Лечение БА рекомендуется проводить по ступенчатому принципу с усилением или уменьшением медикаментозной терапии в зависимости от ее эффективности и клинической картины.

При неэффективности терапии необходимо переходить на более высокую ступень, но прежде необходимо исключить неучтенное влияние неправильной техники ингаляции, воздействия аллергенов и факторов риска, возможность неправильной постановки диагноза.

Материалы и методы: описание принципов лечения бронхиальной астмы.

Результаты и обсуждение:

Стратификация тяжести: при оценке тяжести заболевания учитывают

количество ночных симптомов в месяц, неделю, сутки;

количество дневных симптомов в неделю, день;

выраженность нарушений физической активности и сна;

лучшие показатели $ОФВ_1$ и ПСВ за сутки;

суточные колебания $ОФВ_1$ и ПСВ.

В стратификации астмы по степени тяжести имеется понятие ступени, соответствующей определенным градациям признаков симптомокомплекса астмы. Выделяют четыре ступени, если пациент не принимает базисных препаратов, то каждая из этих ступеней соответствует одной из четырех степеней тяжести

Снижение ступени возможно при достижении контроля БА, но не ранее чем через 3 месяца после достижения контроля и низком риске обострений. Полная отмена ИГКС не рекомендуется. На каждой ступени терапии пациенты могут использовать препараты «скорой помощи» (КДБА) или формотерол/будесонид в режиме «единого ингалятора» для купирования острых симптомов.

Ступенчатая терапия БА (рисунок):

Ступень 1 (интермиттирующая БА): короткодействующие ингаляционные ß2-адреномиметики (сальбутамол, фенотерол) по потребности. Возможно назначение низких доз ИГКС (будесонид 200-400 мкг/сутки, флутиказон 100-250 мкг/сутки, циклезонид 80-160 мкг/сутки, беклометазон 200-500 мкг/сутки). В случае эпизодов ухудшения или учащения симптомов назначается регулярная терапия, как для ступени 2.

Ступень 2 (обычно соответствует легкой персистирующей астме). Необходим регулярный прием одного из поддерживающих препаратов, обычно ИГКС в низких дозах (смотри ступень 1), а также КДБА при необходимости. Альтернативой являются антилейкотриеновые препараты (АЛР) (монтелукаст). ИГКС более эффективны, чем АЛР. В случае недостаточной эффективности рекомендуется переход на ступень 3.

Ступень 3 (обычно соответствует среднетяжелой персистирующей БА). Рекомендуется назначение комбинированных ИГКС/ДДБА в низких-средних дозах (дозы рассчитываются по ИГКС, смотри ступень 2; максимальная дозировка ДДБА составляет в сутки для формотерола – 54 мкг, для сальметерола 100 мкг, для вилантерола – 22 мкг). Рекомендовано применение КДБА при необходимости. Допустимо использование формотерол/будесонид (4.5/80-160) в режиме «единого ингалятора» для ежедневной контролирующей терапии снятия острых симптомов.

Альтернативой комбинированным препаратам на этой ступени может быть:

а) моно ИГКС в средних или высоких дозах (будесонид 400-2000 мкг/сутки, флутиказон 250-1000 мкг/сутки, циклезонид 160-640 мкг/сутки, беклометазон 500-2000 мкг/сутки);

или

б) моно ИГКС в низких дозах плюс АЛР (или теофиллин замедленного высвобождения).

Ступень 4 (обычно соответствует тяжелой персистирующей БА). Рекомендуется назначение комбинированных ИГКС/ДДБА в средних/высоких дозах (смотри ступень 3). Для пациентов с обострениями БА в анамнезе рекомендуется добавление тиотропия в виде мягкого туманного ингалятора (mist soft inhaler). Ингаляции КДБА при необходимости или комбинации формотерола/будесонида в режиме «единого ингалятора».

Альтернативой комбинированным препаратам на этой ступени может быть назначение моно ИГКС в средних/высоких дозах плюс АЛР (или теофиллин замедленного высвобождения).

Ступень 5 (тяжелая, неконтролируемая БА на фоне терапии ступени 4, но с сохраняющимися ежедневными симптомами и частыми обострениями). Требуется добавление дополнительных препаратов – тиотропия в виде мягкого туманного ингалятора (mist soft inhaler) и/или пероральных ГКС в минимальных эффективных дозировках (пациент должен быть информирован о риске развития нежелательных эффектов).

При среднетяжелой или тяжелой астме с аллергическим генезом, не контролируемой

комбинацией других препаратов (включая высокие дозы ИГКС или пероральные ГКС), целесообразно применение дополнительной терапии (таргетной, биологической).

К этому типу лечения относится применение антител к иммуноглобулину Е (anti-IgE – омализумаб) в зависимости от исходного уровня IgE, массы тела пациента. Дополнительным факторов пользу терапии омализумабом является наличие у пациента аллергической крапивницы [3, 4]. Данный препарат применяется длительно, регулярными инъекциями, 1 раз в 2-4 недели. Таргетная биологическая терапия БА основана на оценке аллергологического статуса пациента, должна назначаться и контролироваться только подготовленными специалистами (аллерголог, пульмонолог). При необходимости назначения данного вида терапии целесообразно наличие консультативного/комиссионного заключения соответствующих специалистов (аллерголог и пульмонолог). Все пациенты с сохраняющимися симптомами и/или повторными обострениями БА, несмотря на правильную технику ингаляции и хорошую приверженность лечению, соответствующему ступени 4-5, должны быть направлены к специалисту пульмонологу, аллергологу.

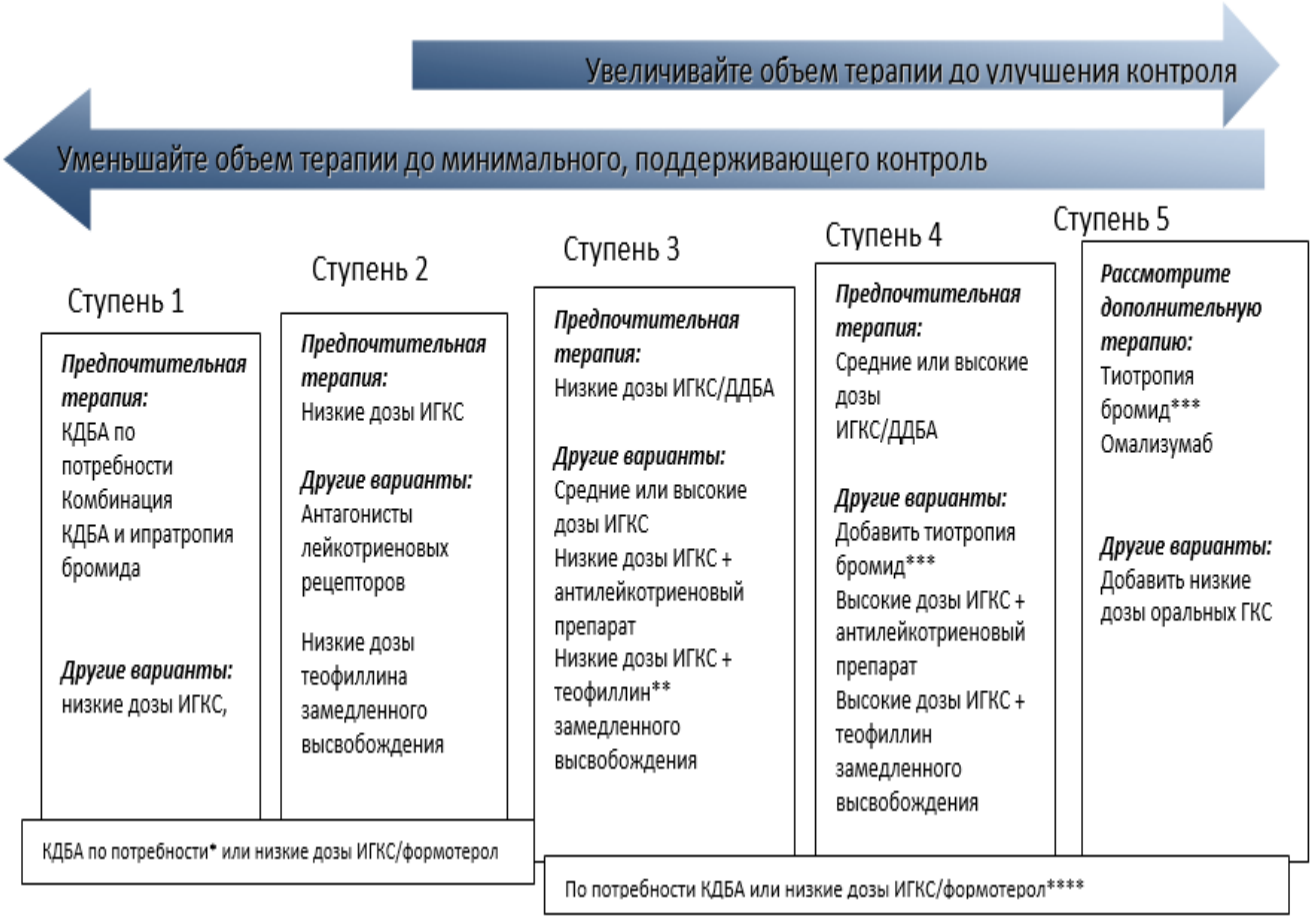

Рисунок - Ступенчатая терапия БА

** Регулярное назначение β2-агонистов как короткого, так и длительного действия не рекомендуется в отсутствие регулярной терапии ИГКС.*

*** Предпочтительная терапия на ступени 3 – средние дозы ИГКС.*

**** Тиотропия бромид раствор в устройстве soft mist inhaler.*

***** Если пациент получает терапию фиксированными комбинациями будесонид/формотерол, возможно применение его для купирования симптомов, т.е. в режиме единого ингалятора.*

Для улучшения дренажной функции и санации бронхиального дерева применяют массаж, дыхательные упражнения, виброакустические воздействия и др.

Существует другие виды лечения БА: *аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)* – сублингвальная (SLIT) или подкожная (SCIT) является одним из методов лечения БА, особенно в сочетании с аллергическим ринитом (АР).

Лечение БА в сочетании с АР: нелеченный АР способен ухудшать течение БА, своевременное лечение АР способно снижать частоту и выраженность обострений БА, особенно при персистирующем, круглогодичном АР с сенсибилизацией к бытовым аллергенам, сопутствующим полипозом носа. Используются топические назальные глюкокортикостероиды и другие препараты.

Также при лечении АР при БА могут использоваться фиксированные комбинации антигистаминных препаратов и антилейкотриеновых средств (левоцетиризин/монтелукаст).

Вакцинация: снижает риск развития инфекций при БА (например, гриппа, УД D), но не снижает уровень тяжести обострений астмы. Вакцинация от пневмококковой инфекции имеет потенциальные положительные эффекты, особенно у пожилых (УДD). *Применение витамина Д:* недостаток витамина Д может привести к нарушению легочной

функции, учащению обострений и снижению эффекта ИГКС.

Выводы: В целом заболевание является хроническим и медленно прогрессирующим, адекватное лечение может полностью устранять симптомы, но не влияет на причину их возникновения. Прогноз для жизни и трудоспособности при адекватной терапии условно благоприятный. Периоды ремиссии могут продолжаться в течение нескольких лет. Индикаторами эффективности лечения являются повышение доли пациентов с легкими, контролируемыми формами БА, снижение случаев развития серьезных, жизнеугрожающих состояний, смертности, инвалидизации, а также тяжелых осложнений медикаментозной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Global strategy for asthma management and prevention, 2018 update (доступно с www.ginasthma.com)
2 British guideline on the management of asthma - a national clinical guideline. - London, 2016 (доступно с www.sign.ac.uk).
3 Чучалин А.Г. и соавт. Федеральные клинические рекомендации по бронхиальной астме.–Москва,2018. 95с.(доступнowww.spulmo.ru)
4 Протокол Клинический Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерстваздравоохранения Республики Казахстанот «04» апреля 2019 года Протокол №61. Категории МКБ: Астма (J45), Астматический статус [status asthmaticus] (J46).

REFERENCES

1 Global strategy for asthma management and prevention, 2018 update (dostupno s www.ginasthma.com)
2 British guideline on the management of asthma - a national clinical guideline. - London, 2016 (dostupno s www.sign.ac.uk).
3 Chuchalin A.G. i soavt. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po bronhial'noj astme.–Moskva,2018. 95s.(dostupnowww.spulmo.ru)
4 Protokol Klinicheskij Ob#edinennoj komissiej po kachestvu medicinskih uslug Ministerstvazdravoohranenija Respubliki Kazahstanot «04» aprelja 2019 goda Protokol №61. Kategorii MKB: Astma (J45), Astmaticheskij status [status asthmaticus] (J46).

Вклад авторов. Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.
Конфликт интересов – не заявлен.
Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами. При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами. Финансирование – не проводилось.

Авторлардың үлесі. Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.
Мүдделер қақтығысы – мәлімделген жоқ.
Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған. Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ. Қаржыландыру жүргізілмеді.

Authors' Contributions. All authors participated equally in the writing of this article.
No conflicts of interest have been declared.
This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers. There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work. Funding - no funding was provided.

Информация об авторах:

Калиева Ш.О.
https:\\orcid.org\0000-0002-7631-6410 КГП на ПХВ «ВК ОФПЦ» УЗ ВКО,
г. Усть-Каменогорск, Казахстан kalieva.sharbat@mail.ru