



Синдром перекреста бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (по материалам совместного документа рабочих групп экспертов GINA и GOLD)

А.С. Белевский

Обсуждается проблема дифференциального диагноза бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Рассмотрены основные положения международных рекомендаций GINA и GOLD по диагностике состояния, сочетающего в себе симптомы БА и ХОБЛ, для которого предложен термин “синдром перекреста БА–ХОБЛ” (СПБАХ). Приводятся и обсуждаются таблицы, содержащие современные определения БА, ХОБЛ и СПБАХ, признаки, характерные для БА, ХОБЛ и СПБАХ, показатели спирометрии при БА, ХОБЛ и СПБАХ, сводную информацию по синдромальному подходу к хроническим заболеваниям с ограничением воздушного потока, информацию о специализированных методах исследования, которые могут использоваться для дифференциального диагноза БА и ХОБЛ. Обсуждается роль бронходилататоров и ингаляционных глюкокортикостероидов в лечении БА, ХОБЛ и СПБАХ.

Ключевые слова: бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, синдром перекреста БА–ХОБЛ, международные рекомендации, GINA, GOLD.

В последние годы не прекращается дискуссия о проблемах дифференциального диагноза бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Действительно, развитие представлений по этой проблеме происходит спиралеобразно. Процесс идет от полного “ясного и безусловного” разграничения этих двух болезней до полной капитуляции с признанием невозможности разделить данные нозологии. Это, конечно, крайности. Тем не менее спиралеобразность заключается в том, что к одним и тем же вопросам возвращаются снова и снова, но каждый раз на другом, более высоком научном уровне, опираясь на новые знания.

В начале 2014 г. на сайтах GINA (The Global Initiative for Asthma – Глобальная инициатива по бронхиальной астме) и GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease – Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких) был представлен документ, посвященный синдрому перекреста БА и ХОБЛ (СПБАХ). Необходимость этого документа очевидна, споры о том, могут сочетаться БА и ХОБЛ или не могут, не утихают, как и споры о том, как лечить сочетание этих состояний.

Андрей Станиславович Белевский – профессор, кафедра пульмонологии факультета усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва.

Прочитируем начальные строки этого документа: “У значительной доли пациентов с симптомами хронического заболевания дыхательных путей выявляются признаки как БА, так и ХОБЛ [1–5]. Таких пациентов описывают с помощью ряда диагностических терминов, большинство из которых включают в себя словосочетание “перекрестный синдром”, и это состояние активно изучается [2, 6–8]. В то же время для этой категории заболеваний с хроническим ограничением воздушного потока отсутствует общепринятый термин или определяющие симптомы, несмотря на то что было опубликовано основанное на соглашении экспертов определение перекрестного синдрома у пациентов с ХОБЛ [9].

Несмотря на эту неопределенность, существует общее соглашение о том, что у пациентов с признаками как БА, так и ХОБЛ отмечаются более частые обострения, для них характерны более низкое качество жизни, более быстрое ухудшение функции внешнего дыхания и более высокая смертность, а кроме того, эти пациенты нуждаются в более интенсивном использовании ресурсов здравоохранения, чем пациенты только с БА или только с ХОБЛ [2, 10–12]. В указанных публикациях доля пациентов с признаками как БА, так и ХОБЛ неизвестна и зависит от того, какие используются критерии для их оценки. В целом распространенность этого состояния находится в



Таблица 1. Текущие определения БА, ХОБЛ и клиническое описание СПБАХ

Бронхиальная астма
Это гетерогенное заболевание, обычно характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей. Оно диагностируется при наличии в анамнезе симптомов со стороны органов дыхания, таких как свистящие хрипы, одышка, ощущение заложенности в груди и кашель, которые варьируют в зависимости от времени суток и по интенсивности, а также изменяющейся по своей выраженности обструкции дыхательных путей (GINA, 2014)
Хроническая обструктивная болезнь легких
Это распространенное заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся персистирующим ограничением воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с повышенным хроническим воспалительным ответом дыхательных путей и легких на действие патогенных частиц или газов. У некоторых пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ (GOLD, 2014)
Синдром перекреста БА–ХОБЛ – описание для клинического использования
Характеризуется персистирующим ограничением воздушного потока и рядом симптомов, которые обычно связаны с БА, а также рядом симптомов, которые обычно характерны для ХОБЛ. В соответствии с этим СПБАХ определяется по симптомам, которые характерны как для БА, так и для ХОБЛ

диапазоне от 15 до 55% и варьирует в зависимости от пола и возраста больных [7, 13, 14]. Частота установленных врачом сопутствующих диагнозов БА и ХОБЛ составила от 15 до 20% [4, 9, 15, 16]. Этот документ разработан научными комитетами GINA и GOLD на основании подробного обзора имеющейся литературы и соглашения экспертов. Он содержит методику разграничения БА, ХОБЛ и состояния, сочетающего в себе симптомы БА и ХОБЛ, для которого предложен термин “синдром перекреста БА–ХОБЛ” [9]. Вместо попытки привести формальное определение СПБАХ в документе описаны признаки, которые позволяют идентифицировать и охарактеризовать СПБАХ, придавая одинаковое значение симптомам БА и ХОБЛ. Также представлен простой подход к начальному лечению СПБАХ. Признается, что в рамках определения СПБАХ существует большое количество фенотипов, которые, в свою очередь, должны быть описаны более подробно, на основании клинических, патофизиологических и генетических факторов [14, 16]. Первичная цель такого подхода – проинформировать о проблеме практических врачей с использованием имеющихся на настоящий момент сведений”.

Действительно, ценность представленного документа заключается в том, что авторы попытались на основании имеющихся научных данных изложить в наиболее простой и доступной форме процесс диагностики, дифференциальной диагностики и определения возможного сочетания этих двух нозологий.

Основные положения проблемы излагаются следующим образом:

- проведение дифференциальной диагностики между БА и ХОБЛ может быть сложным, особенно у курильщиков и пациентов старшего возраста;

- СПБАХ определяется по признакам, характерным как для БА, так и для ХОБЛ;
- рекомендуется поэтапный подход к постановке диагноза, который включает в себя установление наличия хронического заболевания дыхательных путей, синдромальную диагностику (БА, ХОБЛ или СПБАХ), подтверждение диагноза с помощью спирометрии и, при необходимости, направление пациента на специализированные исследования;
- несмотря на то что начальная диагностика и лечение СПБАХ могут проводиться в медицинских учреждениях первичного уровня, рекомендуется направлять пациентов на подтверждающие исследования, так как исходы СПБАХ часто бывают более тяжелыми, чем исходы БА и ХОБЛ по отдельности;
- начальное лечение должно быть выбрано таким образом, чтобы обеспечить следующее:
 - пациенты с симптомами БА получают адекватную терапию препаратами для контроля заболевания, включая ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), но не бронходилататоры длительного действия в виде монотерапии;
 - пациенты с ХОБЛ получают надлежащее симптоматическое лечение бронходилататорами или комбинированное лечение, но не ИГКС в виде монотерапии;
- основанное на соглашении экспертов описание СПБАХ предназначено для того, чтобы стимулировать проведение дальнейших исследований по изучению природы этого часто встречающегося клинического состояния и подходов к его лечению.

В документе приведены определения БА, ХОБЛ и СПБАХ. Если определения БА и ХОБЛ хорошо известны, то на определение СПБАХ следует обратить особое внимание (табл. 1).



Таблица 2. Перечень признаков, характерных для БА, ХОБЛ и СПБАХ

А. Признаки, характерные для БА, ХОБЛ и СПБАХ		Б. Признаки, характерные для БА или ХОБЛ	
Признак	БА	ХОБЛ	СПБАХ
Возраст начала заболевания	Обычно в детском возрасте, но может начинаться в любом возрасте	Обычно в возрасте >40 лет	Обычно в возрасте ≥40 лет, но симптомы могут появиться в детском возрасте или в молодом возрасте у взрослых
Характер симптомов со стороны органов дыхания	Симптомы могут варьировать во времени (день ото дня или на протяжении более длительных периодов), часто ограничивая активность. Часто провоцируются физической нагрузкой, эмоциями, включая смех, контактом с пылью или аллергенами	Хронические, обычно непрерывно существующие симптомы, особенно во время физической нагрузки, имеют место “хорошие” и “плохие” дни	Симптомы со стороны органов дыхания, включая одышку при физической нагрузке, персистируют, но их вариабельность может быть выраженной
Функция внешнего дыхания	Имеющиеся в настоящее время и/или в анамнезе вариабельное ограничение воздушного потока, например, обратная бронхообструкция под влиянием бронходилататоров, гиперреактивность дыхательных путей	ОФВ ₁ может улучшаться в результате лечения, но после применения бронходилататоров сохраняется соотношение ОФВ ₁ /ФЖЕЛ <0,7	Ограничение воздушного потока не является полностью обратимым, но часто отмечается вариабельность в настоящее время или в анамнезе
Функция внешнего дыхания вне симптомов	Может быть нормальной	Стойкое ограничение воздушного потока	Стойкое ограничение воздушного потока
Анамнез заболевания или семейный анамнез	У многих пациентов имеют место аллергии и БА в семейном анамнезе и/или БА в семейном анамнезе	В анамнезе – воздействие патогенных частиц или газов (в основном курение табака или воздействие топлива, получаемого из биомассы)	Часто имеется установленный врачом диагноз БА (в настоящее время или в анамнезе), аллергии и семейный анамнез БА и/или воздействие патогенных частиц
			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В возрасте <20 лет <input type="checkbox"/> Симптомы варьируют в течение минут, часов или дней <input type="checkbox"/> Симптомы ухудшаются ночью или ранним утром <input type="checkbox"/> Симптомы провоцируются физической нагрузкой, эмоциями, включая смех, контактом с пылью или аллергенами
			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Симптомы сохраняются, несмотря на лечение <input type="checkbox"/> Имеют место “хорошие” и “плохие” дни, но симптомы всегда регистрируются ежедневно, и отмечается одышка при физической нагрузке <input type="checkbox"/> Хронический кашель с отделением мокроты предшествует развитию одышки, не провоцируется триггерными факторами
			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Зарегистрировано стойкое ограничение воздушного потока (после применения бронходилататоров соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ <0,7)
			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Нарушение функции внешнего дыхания сохраняется в интервале между симптомами <input type="checkbox"/> Ранее установленный врачом диагноз ХОБЛ, хронического бронхита или эмфиземы легких <input type="checkbox"/> Выраженное воздействие фактора риска: курение табака, воздействие топлива, получаемого из биомассы



Таблица 2. Окончание

А. Признаки, характерные для БА, ХОБЛ и СПБАХ		Б. Признаки, характерные для БА или ХОБЛ		
Признак	БА	ХОБЛ	СПБАХ	
Характер течения заболевания	Часто состояние улучшается спонтанно или в результате лечения, однако может развиваться стойкое ограничение воздушного потока	Обычно медленное прогрессирование в течение нескольких лет, несмотря на лечение	Выраженность симптомов частично, но в значительной степени уменьшается в результате лечения. Обычно заболевание прогрессирует, и пациенты нуждаются в лечении	<input type="checkbox"/> Со временем симптомы медленно прогрессируют (прогрессирование заболевания в течение нескольких лет) <input type="checkbox"/> Бронходилататор короткого действия обеспечивает неполное улучшение
Рентгенография органов грудной клетки	Обычно без отклонений от нормы	Выраженная эмфизема и другие изменения, характерные для ХОБЛ	Как при ХОБЛ	<input type="checkbox"/> Без отклонений от нормы <input type="checkbox"/> Выраженная эмфизема
Обострения	Обострения развиваются, но их риск может быть в значительной степени снижен с помощью лечения	Выраженность обострений может быть снижена с помощью лечения. Сопутствующие заболевания усугубляют повреждение	Обострения могут развиваться чаще, чем при ХОБЛ, но их выраженность может быть снижена с помощью лечения. Сопутствующие заболевания усугубляют повреждение	
Типичное воспаление дыхательных путей	Эозинофилы и/или нейтрофилы	Нейтрофилы в мокроте, лимфоциты в дыхательных путях, может иметь место системное воспаление	Эозинофилы и/или нейтрофилы в мокроте	
Обозначения здесь и в табл. 3: ОФВ ₁ – объем форсированного выдоха за 1-ю секунду, ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких.				



Таким образом, важнейшим критерием диагностики СПБАХ является наличие симптомов, характерных для обоих заболеваний. К этому следует добавить, что у пациента, как правило, присутствуют и факторы риска обоих заболеваний. В этом плане характерен перечень анамнестических признаков, приведенных в документе, относящийся к **I этапу** ведения пациента, на котором определяют, имеется ли у больного хроническое заболевание легких с ограничением скорости воздушного потока.

Признаки, которые позволяют заподозрить хроническое заболевание дыхательных путей, следующие:

- наличие в анамнезе хронического или повторяющегося кашля, отделения мокроты, одышки или свистящих хрипов либо рецидивирующих инфекций нижних дыхательных путей;
- диагноз БА или ХОБЛ, установленный ранее врачом;
- лечение ингаляционными препаратами в анамнезе;
- курение табака и/или других веществ в анамнезе;
- воздействие вредных факторов окружающей среды, например, загрязняющих веществ, переносимых по воздуху, на работе или в домашних условиях.

В этот перечень входят характеристики, относящиеся как к БА, так и к ХОБЛ.

В документе приведена таблица, которая значительно упрощает подход к диагностике и дифференциальной диагностике рассматриваемых нозологий и синдромов, во всяком случае на уровне врача-терапевта (табл. 2).

Оценка данных, представленных в табл. 2, является **II этапом** в ведении пациента, который позволяет разделить болезни или установить диагноз СПБАХ. Алгоритм действий врача следующий.

а. Выделить признаки, свидетельствующие в пользу БА или ХОБЛ.

В части Б табл. 2 признаки, наиболее характерные для БА или ХОБЛ, сопровождаются клетками для отметки. Следует обратить внимание на то, что перечисляются не все признаки БА или ХОБЛ, а только те, с помощью которых проще всего провести дифференциальную диагностику между БА и ХОБЛ.

б. Сравнить количество признаков, свидетельствующих в пользу БА или ХОБЛ.

Необходимо сосчитать количество отмеченных пунктов в каждой колонке части Б табл. 2. Если выбрано несколько (3 или более) признаков, свидетельствующих в пользу БА или ХОБЛ, при отсутствии признаков, свидетельствующих в

пользу альтернативных диагнозов, то это говорит о высокой вероятности правильного диагноза. В то же время отсутствие какого-либо из признаков обладает менее существенным прогностическим значением и не позволяет исключить тот или иной диагноз. Например, наличие в анамнезе аллергии увеличивает вероятность того, что симптомы со стороны дыхательных путей обусловлены БА, однако это не является обязательным условием, так как широко распространена неаллергическая БА, а в общей популяции, включая лиц, у которых впоследствии развивается ХОБЛ, часто встречается атопия. Если количество признаков, характерных для БА и ХОБЛ, совпадает, то следует рассмотреть наличие СПБАХ.

в. Оценить степень уверенности в диагнозе БА или ХОБЛ или, при наличии признаков, характерных для обоих заболеваний, заподозрить возможность наличия СПБАХ.

При отсутствии патогномичных признаков врач устанавливает диагноз на основании убедительности того или иного симптома при условии отсутствия симптомов, однозначно исключающих один из диагнозов. Врач способен оценить степень своей уверенности и учесть этот фактор при назначении лечения. Разумный подход к этому моменту способствует правильному выбору лечения, а при наличии существенных сомнений врач может направить свой выбор в сторону наиболее безопасной терапии, а именно лечения состояния, которое нельзя пропустить и не назначить по его поводу лечение.

III этапом ведения является использование спирографии. Она во многих случаях позволяет установить правильный диагноз, демонстрируя характерные изменения. Однако, к сожалению, спирография не всегда может помочь в определении диагноза, и тогда врач должен ориентироваться на совокупность клинических, лабораторных, инструментальных и функциональных признаков. Ниже приведена таблица спирометрических характеристик болезней из цитируемого документа (табл. 3).

IV этапом является начало лечения.

- Если синдромальная диагностика позволяет заподозрить БА или СПБАХ или имеют место значительные сомнения в диагнозе ХОБЛ, то разумным является начать лечение как при БА до того момента, когда будут проведены дальнейшие исследования, которые смогут подтвердить или опровергнуть исходное предположение:

– лечение должно включать в себя ИГКС (в низкой или умеренной дозе в зависимости от выраженности симптомов);

– также следует продолжать лечение β_2 -агонистами длительного действия (БАДД), если



Таблица 3. Показатели спирометрии при БА, ХОБЛ и СПБАХ

Показатель	БА	ХОБЛ	СПБАХ
Нормальное соотношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ до и после применения бронходилататора	Соответствует диагнозу	Не соответствует диагнозу	Не соответствует диагнозу, при отсутствии других признаков хронического ограничения воздушного потока
Соотношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ после применения бронходилататора	Указывает на ограничение воздушного потока, но может улучшаться спонтанно или в результате лечения	Необходимо для установления диагноза (GOLD)	Обычно имеет место
$ОФВ_1 \geq 80\%$ от должного	Соответствует диагнозу (при хорошем контроле симптомов или в интервале между ними)	Соответствует легкому ограничению воздушного потока по классификации GOLD (категории А или В), если после применения бронходилататора соотношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$	Соответствует диагнозу легкого СПБАХ
$ОФВ_1 < 80\%$ от должного	Соответствует диагнозу. Фактор риска обострений	Указывает на тяжесть ограничения воздушного потока и риск дальнейшего ухудшения (например, смерти, обострений ХОБЛ)	Указывает на тяжесть ограничения воздушного потока и риск дальнейшего ухудшения (например, смерти, обострений)
Увеличение $ОФВ_1 > 12\%$ и 200 мл по сравнению с исходным значением после применения бронходилататора (обратимое ограничение воздушного потока)	Является обычным в определенные моменты в течении заболевания, однако может не выявляться у пациентов с хорошим контролем заболевания или при применении препаратов для контроля БА	Часто встречается и более вероятно при низком $ОФВ_1$, однако также возможно наличие СПБАХ	Часто встречается и более вероятно при низком $ОФВ_1$, однако также возможно наличие СПБАХ
Увеличение $ОФВ_1 > 12\%$ и 400 мл по сравнению с исходным значением после применения бронходилататора (обратимое ограничение воздушного потока)	Высокая вероятность наличия БА	Нечасто встречается при ХОБЛ. Вероятно наличие СПБАХ	Соответствует диагнозу СПБАХ

пациент уже получал их, или они должны быть добавлены к лечению. В любом случае важно, чтобы пациент не получал БАДД без ИГКС (так называемая монотерапия БАДД), если у него есть признаки БА.

- Если синдромальная диагностика позволяет заподозрить ХОБЛ, то необходимо назначить соответствующее симптоматическое лечение бронходилататорами или комбинированную терапию, но не следует назначать монотерапию ИГКС [17].
- Лечение СПБАХ должно включать в себя консультирование пациента в отношении других стратегий лечения [13]:
 - отказ от курения;
 - легочная реабилитация;
 - вакцинации;
 - лечение сопутствующих заболеваний, как указано в соответствующих рекомендациях GINA и GOLD.

В последние несколько лет разгорелась дискуссия по поводу места ИГКС при ХОБЛ. Дей-

ствительно, когда в нашей стране вводилось понятие ХОБЛ (начало 1990-х годов), то стандартом считалось назначение ИГКС в дозах, соответствующих тяжелой БА. Со временем подход подвергся пересмотру, и сейчас уже ясно, что ИГКС имеют более скромное значение в лечении ХОБЛ, по крайней мере в отношении дозы. Кроме того, развитие понятия “фенотипы” привело к повышению индивидуализации лечения в зависимости от клинической картины. Коротко говоря, можно отметить, что на сегодняшний день нет лечения БА без ИГКС и нет лечения ХОБЛ без пролонгированных бронхолитических препаратов. В то же время требуется более точное определение места ИГКС в терапии ХОБЛ, и особенно их дозировки. Становится понятным, что, например, 1000 мкг/сут флутиказона пропионата, назначение, которое часто встречается в общей терапевтической практике при ХОБЛ, является бессмысленным с точки зрения дозировки и небезопасным с точки зрения осложнений.



Таблица 4. Сводная информация по синдромальному подходу к хроническим заболеваниям с ограничением воздушного потока

I ЭТАП ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ВОЗДУШНОГО ПОТОКА					
Позволяют ли симптомы заподозрить хроническое заболевание с ограничением воздушного потока?					
Да		Нет		Вначале рассмотрите другие заболевания	
II ЭТАП СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У ВЗРОСЛЫХ					
1. Укажите признаки, характерные для БА и ХОБЛ, которые лучше всего описывают пациента					
2. Сравните количество признаков в пользу каждого диагноза и выберите диагноз					
Характерный признак	БА			ХОБЛ	
Возраст начала заболевания	<input type="checkbox"/> <20 лет			<input type="checkbox"/> >40 лет	
Характер симптомов со стороны органов дыхания	<input type="checkbox"/> Симптомы варьируют в течение минут, часов или дней <input type="checkbox"/> Симптомы ухудшаются ночью или ранним утром <input type="checkbox"/> Симптомы провоцируются физической нагрузкой, эмоциями, включая смех, контактом с пылью или аллергенами			<input type="checkbox"/> Симптомы сохраняются, несмотря на лечение <input type="checkbox"/> Имеют место “хорошие” и “плохие” дни, но симптомы всегда регистрируются ежедневно, и отмечается одышка при физической нагрузке <input type="checkbox"/> Хронический кашель с отделением мокроты предшествует развитию одышки, не провоцируется триггерными факторами	
Функция внешнего дыхания	<input type="checkbox"/> Зарегистрировано переменное ограничение воздушного потока (с помощью спирометрии или пикфлоуметрии)			<input type="checkbox"/> Зарегистрировано стойкое ограничение воздушного потока (после применения бронходилататоров соотношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$)	
Функция внешнего дыхания вне симптомов	<input type="checkbox"/> Не нарушена			<input type="checkbox"/> Нарушена	
Анамнез заболевания или семейный анамнез	<input type="checkbox"/> Ранее установленный врачом диагноз БА <input type="checkbox"/> Наличие БА или другого аллергического заболевания в семейном анамнезе (аллергический ринит или экзема)			<input type="checkbox"/> Ранее установленный врачом диагноз ХОБЛ, хронического бронхита или эмфиземы легких <input type="checkbox"/> Выраженное воздействие фактора риска: курение табака, воздействие топлива, получаемого из биомассы	
Характер течения заболевания	<input type="checkbox"/> Отсутствие ухудшения симптомов со временем. Симптомы могут варьировать в зависимости от времени года или от года к году <input type="checkbox"/> Состояние может улучшаться спонтанно, или может отмечаться немедленный ответ на применение бронходилататоров, или улучшение в течение нескольких недель при применении ИГКС			<input type="checkbox"/> Со временем симптомы медленно прогрессируют (прогрессирование заболевания в течение нескольких лет) <input type="checkbox"/> Бронходилататор короткого действия обеспечивает неполное улучшение	
Рентгенография органов грудной клетки	<input type="checkbox"/> Без отклонений от нормы			<input type="checkbox"/> Выраженная эмфизема	
Примечания. • Эти признаки наиболее информативны при проведении дифференциальной диагностики между БА и ХОБЛ. • Наличие нескольких признаков БА или ХОБЛ (≥ 3) позволяет заподозрить наличие соответствующего заболевания. • При небольшом количестве признаков в пользу как БА, так и ХОБЛ возможно наличие СПБАХ					
Диагноз	БА	Некоторые признаки БА	Признаки как БА, так и ХОБЛ	Некоторые признаки ХОБЛ	ХОБЛ
Уверенность в диагнозе	БА	Возможно, БА	Возможно, СПБАХ	Возможно, ХОБЛ	ХОБЛ
III ЭТАП СПИРОМЕТРИЯ	Выраженное обратимое ограничение воздушного потока (после применения бронходилататора в сравнении с исходным значением) или другие подтверждения переменности ограничения воздушного потока			$ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ после применения бронходилататора	
IV ЭТАП НАЧАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ*	Препараты для лечения БА Монотерапия БАДД не разрешается	Препараты для лечения БА Монотерапия БАДД не разрешается	ИГКС, также рассмотреть возможность применения БАДД + мускариновый бронходилататор длительного действия	Препараты для лечения ХОБЛ	Препараты для лечения ХОБЛ
* Рекомендованные препараты приведены в документах GINA и GOLD.					
V ЭТАП СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ	<ul style="list-style-type: none"> • Персистирующие симптомы и обострения, несмотря на лечение • Неопределенность диагноза (например, подозрение на легочную гипертензию, заболевания сердечно-сосудистой системы и другие причины развития симптомов со стороны легких) • Подозрение на БА или ХОБЛ и наличие атипичных или дополнительных симптомов (например, кровохарканье, снижение массы тела, потоотделение по ночам, лихорадка, признаки бронхоэктатической болезни или другого структурного заболевания легких) • Небольшое количество признаков как БА, так и ХОБЛ • Наличие сопутствующих заболеваний • Направление на дополнительное обследование в соответствии с рекомендациями GINA и GOLD 				



Таблица 5. Специализированные методы исследования, которые могут использоваться для дифференциального диагноза БА и ХОБЛ

Метод	БА	ХОБЛ
Оценка функции легких		
$D_{L_{CO}}$	Нормальная (или немного повышенная)	Часто сниженная
газы артериальной крови	Не изменены в период между обострениями	При тяжелых формах ХОБЛ в период между обострениями может отмечаться хроническое отклонение от нормы
гиперреактивность дыхательных путей	Сам по себе признак не используется для дифференциальной диагностики БА и ХОБЛ, но высокий уровень гиперреактивности дыхательных путей свидетельствует в пользу БА	
Рентгенографическое исследование		
компьютерная томография высокого разрешения	Обычно без отклонений от нормы, однако может наблюдаться повышение воздушности легочной ткани и увеличение плотности стенки бронхов	Могут выявляться зоны низкой плотности легочной ткани, соответствующие как повышенной воздушности легочной ткани, так и эмфизематозным изменениям; могут обнаруживаться утолщение стенки бронхов и признаки легочной гипертензии
Биомаркеры воспаления		
тесты на атопию (специфические IgE и/или скарификационные пробы)	Умеренно повышает вероятность наличия БА; не обязательно для установления диагноза	Соответствует распространенности в основной популяции; не исключает наличия ХОБЛ
FE_{NO}	Высокий уровень (>50 млрд. долей) у некурящих поддерживает диагноз эозинофильного воспаления дыхательных путей	Обычно в пределах нормы. Снижен у курильщиков (курящих в настоящее время)
эозинофилия в крови	Поддерживает диагноз БА	Может отмечаться во время обострений
анализ мокроты на воспалительные клетки	Значение для дифференциальной диагностики в крупных популяциях не установлено	
Обозначения: $D_{L_{CO}}$ – диффузионная способность легких по оксиду углерода, FE_{NO} – оксид азота в выдыхаемом воздухе.		

В этом отношении выделение СПБАХ – одна из важнейших составляющих в определении рациональной фармакотерапии, и наличие этого синдрома – одно из прямых показаний к назначению ИГКС (помимо частых обострений, как правило неинфекционных), в первую очередь в виде фиксированных комбинаций.

В таблице из цитируемого документа суммированы подходы к дифференциальной диагностике и лечению ХОБЛ, БА и СПБАХ (табл. 4). Хотелось бы обратить внимание на принципы лекарственной терапии: чем больше признаков БА – тем больше ИГКС, чем больше признаков ХОБЛ – тем меньше ИГКС.

Иногда для постановки дифференциального диагноза требуются более сложные мероприятия, которые назначаются и проводятся специалистом (табл. 5).

Таким образом, рассмотренный документ GINA и GOLD является весьма полезным для оптимизации диагностики и лечения не только СПБАХ, но и БА и ХОБЛ.

Список литературы

1. Abramson M.J. et al. // Prim. Care Respir. J. 2012. V. 21. P. 167.
2. Gibson P.G., Simpson J.L. // Thorax. 2009. V. 64. P. 728.
3. Mannino D.M. et al. // Arch. Intern. Med. 2000. V. 160. P. 1683.
4. Marsh S.E. et al. // Thorax. 2008. V. 63. P. 761.
5. Shirtcliffe P. et al. // Intern. Med. J. 2012. V. 42. P. 83.
6. Zeki A.A. et al. // J. Allergy (Cairo). 2011. V. 2011. P. 861926.
7. Louie S. et al. // Expert Rev. Clin. Pharmacol. 2013. V. 6. P. 197.
8. Miravittles M. et al. // Eur. Respir. J. 2013. V. 41. P. 1252.
9. Soler-Cataluna J.J. et al. // Arch. Bronconeumol. 2012. V. 48. P. 331.
10. Kauppi P. et al. // J. Asthma. 2011. V. 48. P. 279.
11. McDonald V.M. et al. // Age Ageing. 2011. V. 40. P. 42.
12. Andersen H. et al. // Clin. Respir. J. 2013. V. 7. P. 342.
13. Weatherall M. et al. // Eur. Respir. J. 2009. V. 34. P. 812.
14. Soriano J.B. et al. // Chest. 2003. V. 124. P. 474.
15. Carolan B.J., Sutherland E.R. // J. Allergy Clin. Immunol. 2013. V. 131. P. 627.
16. Hardin M. et al. // Respir. Res. 2011. V. 12. P. 127.
17. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD). Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Updated 2014 // <http://www.goldcopd.org>

Автор благодарит компанию АстраЗенека за научное сотрудничество при подготовке данной статьи.
Переводчик – Сергеев Дмитрий Владимирович, кандидат медицинских наук.