



следует проводить с учетом СКФ.

Осведомленность пациента, грамотность в вопросах ХБП, приверженность к выполнению рекомендаций врача улучшают прогноз ХБП: рекомендуется соблюдение диеты, исключение курения, приема алкоголя, контроль за АД, водным балансом. Следует воздерживаться от применения нефротоксичных препаратов, особенно йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ и нестероидных противовоспалительных средств. Беременность при ХБП III-V стадий противопоказана. Следует исключить воздействие аллергенов, гиповолемию, дегидратацию, кровопотерю.

В амбулаторных условиях на начальной и консервативной стадиях — соблюдение малобелковой диеты, жидкостного режима, ежедневное опорожнение кишечника, ограничение потребления поваренной соли при отеках и АГ, медикаментозная терапия — антигипертензивная, гиполипидемическая, препараты железа и эритропоэтин, адсорбенты, содовые клизмы, промывания желудка.

Прогноз. Зависит от основного заболевания, стадии ХБП, адекватности лечения, возраста, интеркуррентных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

- Бондаренко Б. Б., Киселева Е. И. Эпидемиология и течение хронической почечной недостаточности. // Хроническая почечная недостаточность (ред. проф. С. И. Рябов). — Л., «Медицина». — 1976. — С. 34-50.
- Ермоленко В. М. Хроническая почечная недостаточность. (ред. проф. И. Е. Тареева). — М., «Медицина». — 2000. — С. 596-698.
- Есаян А. М. Оценка значимости клинико-морфологических вариантов гломерулонефрита для темпов прогрессирования хронической почечной недостаточности. / А. М. Есаян. // Материалы второй научно-практической конференции 28-30 июня 1994 г. — 1994. — С. 74-75.
- Лавиль М. Роль артериальной гипертензии в прогрессировании почечной недостаточности и эффективность антигипертензивной терапии. // Нефрология. — 2000. — Т. 4. — № 1. — С. 119-121.
- Мухаметзянов И. Ш. Комплексная оценка потребности и обеспеченности в заместительном лечении больных с терминальной почечной недостаточностью. // Нефрология и диализ. — 2001. — Т. 3. — № 1. — С. 17-24.
- Мухин Н. А., Балкаров И. М., Моисеев С. В. и соавт. Хронические прогрессирующие нефропатии и образ жизни современного человека. // Тер. архив. — 2004. — № 9. — С. 5-11.
- Николаев А. Ю., Милованов Ю. С. Лечение почечной недостаточности. — М. — «Медицина». — 1999. — 362 с.
- О состоянии заместительной почечной терапии ХПН в Российской Федерации в 1998 г. [Ежегодный отчет по данным Российского регистра]. // Нефрология и диализ, 2000. — Т. 2. — № 1-2. — С. 4-24.
- Сигал В. Е. Состояние заместительной почечной терапии в Республике Татарстан: достижения и проблемы. // Медико-фармацевтический вестник Татарстана. — 2006. — № 31 (119) 16.08.2006 г. — С. 6.
- Сигитова О. Н. и соавт. Анализ заболеваемости хронической почечной недостаточностью в Республике Татарстан. / Сигитова О. Н., Надеева Р. А., Закирова В. А., Архипов Е. В., Щербакова А. Г. // Каз. мед. ж. — Т. LXXXIX. — № 4. — 2008. — С. 553-557.
- Смирнов А. В., Добронравов В. А., Каюков И. Г. и др. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек. // Нефрология. — 2006. — Т. 10. — № 1. — С. 7-13.
- Смирнов А. В., Есаян А. М., Каюков И. Г. и др. Современные подходы к замедлению прогрессирования болезни почек. // Нефрология. — 2003. — Т. 8. — № 3. — С. 89-99.
- Томилина Н. А., Бикбов Б. Т. Эпидемиология хронической почечной недостаточности и новые подходы к классификации и оценке тяжести хронических прогрессирующих заболеваний почек. // Терапевтический архив. — 2005. — № 6.
- Coresh V., Astor B. C., Green T. et al. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. // Am. J. Kidney Dis. — 2003. — Vol. 41 (1). — P. 1-12.
- Fester P., Ribstein J., du Cailar G., Mimran A. Determinants of cardiorenal damage progression in normotensive and never-treated hypertensive subjects. // Kidney Int. — 2005. — Vol. 67 (5). — P. 1974-1979.
- K/DOQI: Клинические практические рекомендации по Хроническому Заболеванию Почек: Оценка, Классификация и Стратификация // [Электронный ресурс, 2002].
- Munter P., Coresh J., Smith J. C. et al. Plasma lipids and risk of developing renal dysfunction. // Kidney int. — 2000. — Vol. 58 (1). — P. 293-301.
- Pinto-Sietsma S. J., Mulder J., Janssen W. M. et al. Smoking is related to albuminuria and abnormal renal function in nondiabetic persons. // Ann. Intern. Med. — 2000. — Vol. 133 (8). — P. 585-591.
- Tanaka H. et al. Metabolic syndrome and chronic kidney disease in Okinawa, Japan. // Kidney Int. — 2006. — Vol. 69 (2). — P. 369-374.
- Schiepati A., Remmuzzi G. Renal disease as a public health problem. Epidemiology, social and economic implications. // Kidney Int. — 2005. — Vol. 68. — P. 7-10.

Новый подход к классификации бронхиальной астмы

Р. С. ФАССАХОВ

Казанская государственная медицинская академия

УДК 616.248

ФАССАХОВ РУСТЭМ САЛАХОВИЧ — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой аллергологии и иммунологии Казанской государственной медицинской академии, главный внештатный специалист-эксперт аллерголог МЗ РТ

Бронхиальная астма относится к наиболее распространенным заболеваниям дыхательных путей, существенно снижающим качество жизни больных. Растущая заболеваемость, тяжелое течение и связанный с этими обстоятельствами значительный социально-экономический ущерб

заставляет искать новые подходы к совершенствованию методов диагностики и терапии этого заболевания.

С 1995 года под эгидой ВОЗ ведется работа по созданию и совершенствованию руководства по диагностике и лечению бронхиальной астмы (GINA — глобальная инициатива при астме). За 13 лет работы вышло 3 издания этого документа, последний из них — версия 2006 года.

Что же принципиально нового в этом документе, на что следует обратить внимание врачам первичного звена?

1. Подтверждено, что в основе заболевания лежит воспаление дыхательных путей. И если в случае аллергической бронхиальной астмы с причиной воспаления все ясно — ингаляционные аллергены (клещи домашней пыли и пыльца, споры плесневых грибов и эпидермис, а также другие аллергенные компоненты, выделяемые домашними животными), то при неаллергической бронхиальной астме причина развития преимущественно эозинофильного воспаления бронхов пока не выявлена. Из представлений о воспалительной природе заболевания следует важнейший практический вывод — основой лечения бронхиальной астмы являются мероприятия, направленные на уменьшение воспаления бронхов, сводящиеся к уменьшению воздействия факторов, вызывающих и усиливающих воспаление, а также противовоспалительной терапии.

2. Предложен новый подход к классификации бронхиальной астмы.

До настоящего времени в классификации бронхиальной астмы использовалось 2 подхода: этиологический и характеризующий тяжесть течения.

Этиологическая классификация (согласно МКБ10) определяет, участвуют или не участвуют в развитии заболевания аллергические механизмы. И если врач-аллерголог после обследования больного доказал, что именно аллергия к домашней пыли или другим ингаляционным аллергенам является причиной приступов удушья, то ставится диагноз «Аллергическая (или как синоним этого определения атопическая) бронхиальная астма». Постановка этиологического диагноза принципиально важна, так как выставленный диагноз аллергической бронхиальной астмы определяет стратегию лечения. Если причиной астмы является аллерген, то основным противовоспалительным мероприятием у этих пациентов будет полное устранение или максимальное ограничение контакта с ним. Невозможно добиться хорошего результата даже с помощью самых современных препаратов, если у больного с аллергией на кошачью шерсть (а точнее компоненты слюны) животное продолжает оставаться в квартире. Если у вашего больного причиной бронхиальной астмы является аллергия к пыльце луговых трав, то вы обязательно порекомендуете ему начать прием противовоспалительных препаратов не в первой декаде

июня, когда пыльца уже появится в воздухе, а за 2-3 недели до этого — и таким образом предупредите обычное для него в это время года сезонное обострение заболевания.

А в идеальной ситуации больным с аллергической бронхиальной астмой аллерголог может провести специфическую иммунотерапию — и добиться полного излечения заболевания.

Классификация по степени тяжести. Оценивает тяжесть течения заболевания. Имеет определяющее значение при выборе препаратов и их дозировок для достижения контроля заболевания.

Тяжесть течения оценивают с учетом 3 показателей: клинической картины, показателей проходимости бронхов (таблица 1), и (!) объема получаемой больным фармакотерапии. Поставить степень тяжести по первым 2 параметрам с использованием таблицы несложно — а в тех случаях, когда один из показателей (скажем, клиническая картина) соответствует средней степени тяжести, а показатели ФВД — тяжелой (или наоборот) GINA дает четкие рекомендации — при несовпадении этих показателей ставят степень тяжести по более тяжелому показателю.

Однако, кроме клинических показателей и данных ФВД, важное значение при постановке степени тяжести имеет и получаемая больным терапия. Если больной бронхиальной астмой среднетяжелого (или даже тяжелого) течения получает адекватную терапию, то и показатели ФВД, и клинические параметры у него будут в пределах нормы — собственно говоря, мы к этому и стремимся, назначая ему лечение. То есть и у больного с тяжелым течением заболевания ОФВ1 может быть на уровне 100%, и ночные приступы его не беспокоят, и сальбутамолом он пользуется раз или 2 в неделю — но это при том, что он получает ежедневно комбинированный препарат ингаляционного кортикостероида и длительно действующего бета-2-агониста в суточной дозе ИГКС 1000 мкг — что соответствует терапии астмы тяжелого течения.

Новый подход к классификации, предложенный в том числе в издании GINA 2006 года, — классификация по уровню контроля заболевания, поскольку основной целью лечения бронхиальной астмы ставится задача достижение контроля заболевания.

По этой классификации выделяют 3 уровня контроля: хорошо контролируемое, частично контролируемое и неконтролируемое течение бронхиальной астмы (табл. 2).

И если на первом визите пациента врач оценивает тяжесть течения бронхиальной астмы и назначает ему соответствующую степени тяжести терапию (табл. 3), то на последующих визитах оценивается уже то, насколько с помощью назначенной терапии удалось достигнуть контроля бронхиальной астмы терапия.

Таблица 1
Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести

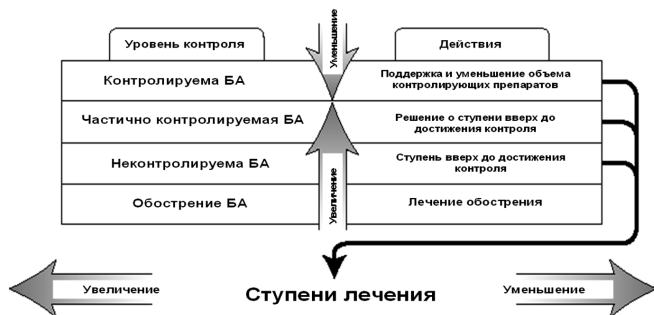
	Дневные симптомы	Ночные симптомы	ПСВ или ОФВ ₁ / Вариабельность ПСВ
Степень I. Интермиттирующая	< 1 в неделю. Нет симптомов и нормальная ПСВ вне обострения	≤ 2 в месяц	≥ 80% / <20%
Степень II. Легкая персистирующая	>1 в неделю, но < 1 в день. Обострения могут нарушать активность	> 2 в месяц	≥ 80% / 20-30%
Степень III. Средней тяжести персистирующая	Ежедневно. Обострения нарушают активность	> 1 в неделю	60-80% / >30%
Степень IV. Тяжелая персистирующая	Постоянные. Ограничение физической активности	Частые	≤60% / >30%

Классификация бронхиальной астмы по уровню контроля

Характеристика	Хорошо контролируемая БА	Частично контролируемая БА	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Нет (2 и менее за 1 нед.)	Чаще, чем 2 раза в нед.	Три или более признака частично контролируемой БА еженедельно
Ограничение активности	Нет	Незначительное	
Ночные симптомы / пробуждения	Нет	Незначительное	
Потребности в ситуационных препаратах	Нет (2 и менее за 1 нед.)	Чаще, чем 2 раза в нед.	
Функция дыхания (ПСВ или ОФВ1)	Нормальные	<80% от долж. или лучшего, если известно	
Обострения	Нет	Одно или более в год	Еженедельно

Ступени лечения бронхиальной астмы

Степень 1	Степень 2	Степень 3	Степень 4	Степень 5
Обучение. Контроль окружающей среды				
По потребности КДБА	По потребности КДБА			
	Выбрать 1	Выбрать 1	Добавить 1 или бол.	Добавить 1 из 2
Контролирующие препараты	Низкие дозы ИГКС	Низкие дозы ИГКС + ДДБА	Средние или высокие дозы ИГКС + ДДБА	Оральные ГКС (наименьшие дозы)
	Модификаторы лейкотриенов	Средние/высокие дозы ИГКС	Модификаторы лейкотриенов	Лечение Анти IgE
		Низкие дозы ИГКС + Модификаторы лейкотриенов		
		Низкие дозы ИГКС + Теофиллины замедленного высвобождения		



синуситы), хроническое рецидивирующее течение которых усугубляет тяжесть бронхиальной астмы, а адекватное лечение приводит к улучшению контроля бронхиальной астмы. Необходимо еще раз внимательно отнестись к диагнозу — не исключено, что безуспешность терапии объясняется тем, что пациент страдает не бронхиальной астмой, а другим заболеванием со схожими симптомами — ХОБЛ, дисфункция голосовых связок. И наконец следующим шагом в достижении контроля является повышение терапии на уровень вверх (рис. 1).

Рис. 1. Ведение на основе уровня контроля БА (взрослые и дети старше 5 лет)

Уровень контроля бронхиальной астмы можно оценить и с помощью специальных опросников — например, используя АСТ (AsthmaControl Test). Русифицированный вариант этого опросника рекомендован к применению в России Российским респираторным обществом.

С учетом достижения контроля проводится и коррекция терапии. Если течение бронхиальной астмы не контролируется, то, во-первых, необходимо разобраться в причинах. Среди них следует, прежде всего, обратить внимание на полноценность выполнения рекомендаций по контролю окружающей среды: устранение контакта с аллергенами при аллергической астме, уменьшение воздействия триггеров (провокаторов обострения) заболевания. Таковыми могут быть и некоторые сопутствующие заболевания (ГЭРБ,

Как же формулировать диагноз с учетом новой классификации?

Пример:

Аллергическая бронхиальная астма, среднетяжелое контролируемое течение. Аллергия к клещу домашней пыли.

Или — неаллергическая бронхиальная астма, тяжелое неконтролируемое течение.

Новый подход к классификации бронхиальной астмы позволяет учитывать не только тяжесть течения, но и, что важно как для больного, так и для врача, — уровень контроля заболевания. Основываясь именно на уровне контроля принимается решение — усилить терапию (если астма плохо контролируется), или, наоборот, при хорошем контроле через 3-4 месяца можно приступить к снижению дозировок противовоспалительных препаратов.

Таким образом, новая классификация способствует достижению главной цели лечения — достижению контроля над астмой.