

# Взгляд практикующего пульмонолога на состояние проблемы бронхиальной астмы

**С.В. Усенко, Т.Ш. Бетанели, Б.Е. Бородулин**

**Бронхиальная астма** (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний, встречаясь в общей популяции более чем в 5% случаев, у детей – до 10%. Смертность от этой нозологии в различных странах колеблется в пределах 0,15–3,0 на 100 000 населения. БА относится к высоко инвалидизирующим заболеваниям (около 25% среди всех случаев инвалидности в связи с хроническими неспецифическими заболеваниями легких) и обуславливает большие затраты здравоохранения. В России около 7 млн. больных БА, из них около 1 млн. имеют тяжелые формы болезни.

**Целью настоящей работы** явилась оценка стратегии развития пульмонологической службы с внедрением современных методик лечения БА, основанных на международных согласительных документах, которая проводилась с точки зрения практикующего пульмонолога в крупном промышленном центре. В работе проведена оценка результатов, которые принесла стратегия оказания помощи пациентам с БА в г. Самаре в 1998–2005 годах. Разработанная стратегия основывалась, прежде всего, на повышении уровня образования врачей первичного звена по тактике ведения пациентов с БА, а также на обучении врачей-

пульмонологов современным взглядам на механизмы БА и лечение пациентов. Применялись ступенчатый подход к лечению БА, подход гибкого дозирования.

В Самаре – крупном промышленном центре, являющемся зоной с большим количеством неблагоприятных экологических факторов, зарегистрировано 11 653 больных БА, из них 11 131 находятся на диспансерном учете. В 2005 г. число впервые выявленных пациентов с БА составило 863 человека.

**Пульмонологическая служба** г. Самары представлена: амбулаторными районными пульмонологами, амбулаторным Астма-центром при поликлинике № 15, Самарским городским пульмонологическим центром при МСЧ № 12 (СГПЦ), который имеет в своем составе амбулаторный консультативно-диагностический кабинет, два пульмонологических отделения на 120 коек, отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на 6 коек, а также кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Самарского государственного медицинского университета.

Для того чтобы хорошо лечить, надо хорошо диагностировать. А для того чтобы хорошо лечить и хорошо диагностировать, необходимо повышать уровень образования врачей, прежде всего врачей первичного звена. В Самаре отработана целая система **образовательных программ** по пульмонологии для врачей общей практики. Современные подходы к диагностике и лечению БА преподаются на циклах первичного и сертификационного усовершенствования врачей общей практики и терапевтов, которые проводят-

ся сотрудниками Самарского государственного медицинского университета. На этих циклах за 2003–2005 годах прошли обучение более 300 врачей. Пульмонологи СГПЦ и районные пульмонологи проводят круглые столы, семинары, занятия на местах работы (в поликлиниках). Актуальные вопросы пульмонологии постоянно обсуждаются на Городском научно-практическом обществе фтизиатров и пульмонологов и в секции общества терапевтов. Образовательная система для врачей-пульмонологов включает в себя выездные циклы по отдельным разделам пульмонологии, участие в конференциях пульмонологического общества, участие в Национальных и Европейских конгрессах по пульмонологии.

Более 8 лет в лечебных учреждениях амбулаторного и стационарного звена Самары действуют **астма-школы**. Ведут их квалифицированные пульмонологи. Пациент, прошедший обучение в астма-школе, начинает понимать суть заболевания, усваивает систему лечения и правила самоведения во время ремиссии и обострения. Практически каждый пациент с БА на том или ином этапе своего заболевания прошел обучение в астма-школе.

В основе стратегии диагностики и лечения БА находится международное руководство – Глобальная стратегия лечения и профилактики БА (GINA). В соответствии с этим согласительным документом достижение и поддержание контроля БА основано на ступенчатом подходе, при котором объем проводимой терапии зависит от тяжести заболевания (от легкой интермиттирующей до тяжелой персистирующей). Что же дала данная стратегия практикующему врачу и пациенту с БА?

**С.В. Усенко** – Самарский городской пульмонологический центр МСЧ № 12.

**Тенгиз Шотович Бетанели** – канд. мед. наук, гл. пульмонолог г. Самара, Самарский городской пульмонологический центр МСЧ № 12.

**Борис Евгеньевич Бородулин** – профессор, зав. кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Самарского государственного медицинского университета.

БА в настоящее время представляется как хроническое воспаление дыхательных путей, поэтому основой терапии БА служат **ингаляционные глюкокортикостероиды** (ИГКС). В настоящее время в Самаре используются в основном 3 препарата данной группы: беклометазона дипропионат, будесонид, флутиказона пропионат. При правильном подборе дозировок этих препаратов и достаточном комплайнсе больного можно достигнуть хорошего контроля БА. Даже если больной принимает только ИГКС без  $\beta_2$ -агонистов длительного действия (также входящих в понятие базисных препаратов), можно достигнуть хорошего контроля БА. Нельзя говорить о превосходстве одного ИГКС над другим в стадии достижения контроля БА. Другое дело, если мы говорим о длительном применении ИГКС и преимуществе одного препарата перед другим в плане возможных нежелательных эффектов. В этих случаях мы всегда руководствуемся показателями биодоступности препарата (чем ниже биодоступность, тем меньше вероятность и выраженность системных нежелательных эффектов).

Еще одно интересное с нашей точки зрения наблюдение: нерегулярный прием ИГКС (2–4 дня в неделю), при средней продолжительности их действия 12 ч, приводит к недостаточному контролю симптомов БА, однако частота госпитализаций снижается, реже отмечаются вызовы скорой помощи, приступы удушья протекают легче и быстрее снимаются  $\beta_2$ -агонистами короткого действия.

Заслуживает отдельного рассмотрения применение **комбинированных препаратов** (ИГКС +  $\beta_2$ -агонист длительного действия) – серетид (флутиказона пропионат + сальметерол) и симбикорта (будесонид + формотерол). Каждый из этих препаратов доказал свою эффективность в лечении БА, и каждый из них занимает определенное место в арсенале врача.

**Серетид** – препарат для применения в фиксированной дозе. Этот препарат мы применяем у пациентов с тяжелой БА, которые прошли обучение в

астма-школе. Пациенты этой группы понимают, что без постоянного приема препарата качество жизни резко падает, возникают частые обострения, требующие госпитализации. Серетид мы назначаем также пациентам с тяжелой БА, которые не хотят применять два отдельных ингалятора (ИГКС и  $\beta_2$ -агонист длительного действия). При необоснованном снижении дозы серетида или прекращении его приема часто развиваются тяжелые обострения БА, больные поступают в специализированный стационар, нередко – в ОРИТ.

**Симбикорт** – это уникальная комбинация, которая начинает действовать через 1–3 мин после ингаляции за счет бронхорасширяющего эффекта формотерола. Мы используем формотерол (оксис) в стационаре при развитии у больного приступа удушья. Симбикорт в режиме гибкого дозирования мы назначаем больным с тяжелой и среднетяжелой БА, у которых имеется высокий комплайнс и достаточный интеллектуальный уровень: пациенту придется самостоятельно следовать индивидуальному плану лечения, назначенному врачом, повышая дозу препарата при ухудшении состояния и снижая при улучшении, использовать полученные в астма-школе знания и при необходимости контактировать с врачом-пульмонологом.

Особенно сложная категория – больные с **гормонозависимой БА**, которые постоянно принимают перорально **системные глюкокортикостероиды** (СГКС). У этой группы пациентов встречаются практически все возможные осложнения терапии СГКС, частота обострений достигает 3–6 раз в год. Они чаще всего госпитализируются в ОРИТ, большинство становится инвалидами. Убедить пациентов с гормонозависимой БА сделать попытку снижения дозы СГКС практически невозможно. Попытки нерационального снижения дозы СГКС, а в особенности их полная отмена могут привести к ухудшению состояния больного и создать угрозу его жизни. И все-таки при согласии пациента мы стараемся снизить дозу СГКС во время короткой ремиссии. Сначала пациент в течение

1,5–2 нед принимает СГКС (в прежней дозе) вместе с ИГКС +  $\beta_2$ -агонистом длительного действия (чаще всего комбинированный препарат – серетид или симбикорт). Через 2 нед начинаем постепенное снижение дозы СГКС по 1,25–2,5 мг в неделю (в пересчете на преднизолон). При снижении дозы на 50% необходимо остановиться, вновь оценить состояние пациента и попробовать через 1–3 мес добиться полной отмены СГКС. Если это не удастся, то даже снижение дозы СГКС на 5–10 мг является успехом и позволяет в будущем надеяться на полную их отмену.

В лечении **аспириновой БА** кроме базисной терапии (ИГКС +  $\beta_2$ -агонист длительного действия) мы используем антагонисты лейкотриеновых рецепторов (аколат). Данная комбинация назначается больным на длительные сроки.

Пациентам с БА, протекающей на фоне **гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**, наряду с базисными препаратами (ИГКС +  $\beta_2$ -агонисты длительного действия) мы назначаем ингибиторы протонной помпы (нексиум 40 мг 1 раз в сутки). При достижении эффекта (уменьшении или исчезновении кашля) увеличиваем интервал между приемами препарата до 2–5 дней (минимально – 1 раз в 5 дней по 20–40 мг).

При сочетании БА с **аллергическим ринитом** к лечению добавляем глюкокортикостероиды в виде назальных спреев. Длительность их применения определяется особенностями течения ринита (сезонный, круглогодичный).

Прогнозировать тяжесть течения заболевания у больного с **впервые выявленной БА** практически невозможно. Однако к факторам, утяжеляющим его течение, относятся возраст старше 60 лет, наличие сопутствующей патологии, отягощенная наследственность, медленный и очень медленный тип ацетилирования. Схема базисной терапии подбирается индивидуально в зависимости от конкретной ситуации.

Эпизоды **обострения** служат важным признаком БА. Обострение БА

Число госпитализаций по поводу обострения БА

Год	Обострение БА	Астматический статус	
		I стадии	II–III стадии
1998	1082	197	15
1999	1086	188	14
2000	980	132	12
2001	875	122	16
2002	1036	81	7
2003	1016	52	6
2004	871	59	9
2005	884	63	6

характеризуется прогрессирующим нарастанием одышки, кашля, появлением свистящих хрипов, чувства нехватки воздуха и сдавления грудной клетки. Динамика числа госпитализаций в стационар СГПЦ больных с обострением БА и астматическим статусом в 1998–2005 годах (таблица) убедительно доказывает, что развитие пульмонологической службы в г. Самаре идет в верном направлении. Внедрение современной стратегии лечения БА неуклонно снижает количество обострений, особенно тяжелых, и необходимость в госпитализации.

Легкие обострения БА у лиц моложе 60 лет без сопутствующей тяжелой патологии можно лечить амбулаторно. Однако если в первые 2–3 дня не достигнуто значительное улучшение в состоянии больного, нет возможностей для динамического наблюдения за его состоянием и лечения на дому в полном объеме, пациента необходимо госпитализировать в пульмонологическое отделение.

Все больные БА, нуждающиеся в стационарной помощи, госпитализируются в СГПЦ. На совместных рабочих встречах с врачами скорой медицинской помощи (бригады оснащены небулайзерами) приняты единые подходы к лечению больных во время транспортировки в специализированный стационар. В СГПЦ существуют надежные критерии, по которым проводится непрерывное на-

блюдение за больными БА и решается вопрос о госпитализации или переводе в ОРИТ. В центре имеются 6 пульмонологических реанимационных коек, поэтому мы считаем более правильной раннюю госпитализацию в ОРИТ (при “неполном” наборе показаний), чем запоздалую – после проявления всех признаков тяжелого обострения.

После выписки из стационара больной БА получает подробный эпикриз с рекомендациями по ведению. Таким образом, имеющаяся система оказания помощи больным БА позволяет соблюдать принцип преемственности в лечении: от пульмонолога специализированного стационара до врача общей практики.

### Заключение

Ступенчатый подход к лечению БА является универсальным и позволяет быстро решить вопрос о необходимой терапии, в том числе о назначении ИГКС и  $\beta_2$ -агонистов длительного действия.

Обучение врачей общей практики и пульмонологов современным методам диагностики и лечения БА позволило повысить качество оказания помощи этой категории пациентов. Отмечается снижение частоты тяжелых и угрожающих жизни обострений БА и обусловленных ими госпитализаций, этому способствует и соблюдение преемственности в лечении.

После обучения в астма-школе пациенты лучше понимают механизмы БА, подходы к лечению и самоведению. Больные с достаточным комплаинсом становятся менее зависимыми от врача и от стационара (уменьшается количество обострений), снижается риск инвалидизации.

### Рекомендуемая литература

Бронхиальная астма / Под ред. Синопальникова А.И. М., 2003.

Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002 г. / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. М., 2002.

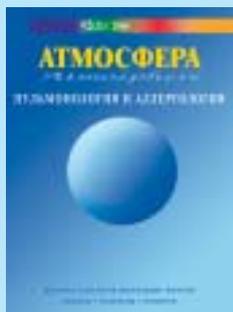
Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит / Под ред. Чучалина А.Г. М., 2002.

Цой А.Н., Архипов В.В. // Consilium Medicum. 2004. Т. 6. № 4. С. 248.

Barnes P.J. et al. // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 1998. V. 157. Pt. 2. Suppl. P. 1.

Barnes P.J. et al. // Eur. Respir. J. 1998. V. 12. P. 1209.

British Guideline on the Management of Asthma // Thorax. 2003. V. 58. Suppl. P. 1. ●



## Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 80 руб., на один номер – 40 руб.

**Подписной индекс 81166.**