**БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: НОВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ КОНСЕНСУС - НОВОЕ ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ?**

Мировое медицинское сообщество предпринимает интенсивные попытки выработки единых подходов к диагностике и лечению этой патологии. Созданы рекомендации Европейского Респираторного Общества. Американской Академии аллергологии и клинической иммунологии. Последним, наиболее полным и современным, является рекомендательный документ ВОЗ под названием "Global Initiative for Asthma" (Глобальная инициатива по астме), опубликованный в 1993 г. В настоящее время издана русская версия этого документа.

В соответствии с международными стандартами боль­шинство стран принимает свои методические рекомендации, адаптированные к социально- экономическим условиям, культурным.

Современные научные знания впервые в истории изучения заболевания позволяют рассматривать БА как самостоятельную нозологическую форму. Это заключение построено на анализе этиологических факторов, патоморфологических признаков и клинических проявлений болезни, а также методов специфической и неспецифической терапии. Таким образом, при постановке диагноза БА врачам рекомендуется оформлять нозологический диагноз, аналогично тому, как это принято при ИБС или ревматизме (с указанием формы болезни, степени тяжести, стадии течения, наличия дыхательной недостаточности и других осложнений) .

Консенсус констатировал, что исчерпывающего определения БА не существует до настоящего времени. Однако большинство исследователей рекомендуют выделять следующие основные признаки заболевания, который описывают наиболее важные клинические и пата-- морфологические изменения.

***БА - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующееся обратимой бронхиальной обструкцией и гиперреактивностью бронхов.*** Воспалительная природа заболевания, связанная с воздействием специфических и неспецифических факторов, проявляется в морфологических изменениях стенки бронхов - инфильтрации клеточными элементами, прежде всего эозинофилами, дисфункции ресничек мирнательного эпителия, деструкции эпителиальных клеток, вплоть до десквамации, дезорганизации основного вещества, гиперплазии и гипертрофии слизистых желез и бокаловидных клеток. В воспалительном процессе участвуют также другие клеточные элементы, в том числе тучные клетки, лимфоциты, макрофаги.

Длительное течение воспаления приводит к необратимым морфофункциональным изменениям, характеризующимся резким утолщением базальной мембраны с нарушением микроциркуляции, и склерозу стенки бронхов.

Описанные изменения приводят к формированию бронхообструктивного синдрома, обусловленного бронхоконстрикцией, отеком слизистой, дискринией и склеротическими изменениями. В зависимости от этиологического фактора заболевания, тяжести течения и этапа болезни может преобладать тот или иной компонент бронхиальной обструкции.

Основным патофизиологическим признаком считается гиперреактивность бронхов, являющаяся следствием воспалительного процесса в бронхиальной стенке и определяемая как повышенная чувствительность дыхательных путей к стимулам, индифферентным для здоровых лиц. Под специфической гиперреактивностью бронхов понимают повышенную чувствительность бронхиального дерева к определенным аллергенам, поднеспецифической - к разнообразным стимулам неаллергенной природы.

 БА может быть классифицирована по этиологии и степени тяжести. До настоящего времени отсутствует единая мировая классификация БА по этиологическому фактору, однако большинство исследователей выделяют БА атоническую (экзогенную, аллергическую, иммунологическую) и неатопическую (эндогенную, неиммунологическую).

Под атопическим механизмом развития болезни подразумевают иммунологическую реакцию, опосредуемую специфическим IgЕ. V детей этот механизм развития болезни является основным. Показано, что атония может наследоваться более чем в 30% случаев. Под неатопическим вариантом подразумевают заболевание, не имеющее механизма аллергической сенсибилизации. При этой форме болезни пусковыми агентами могут выступать респираторные инфекции, нарушения метаболизма арахидоновой кислоты, эндокринные и нервно-психические расстройства, нарушения рецепторного баланса и электролитного гомеостазадыхательных путей, профессиональные факторы и аэрополлютанты неаллергеннои природы. Следует отметить, что, несмотря на очевидность причинной роли большинства этиологических агентов неатопической БА, механизмы формирования этой формы заболевания не до конца изучены. В последние годы особое значение в формировании неаллергической БА придается загрязнению атмосферы продуктами урбанизационной деятельности человека, в том числе диоксидам азота и серы, озону.

***По степени тяжести Б А классифицируют на легкое, среднетяжелое и тяжелое заболевание. Тяжесть течения определяется врачом на основании комплекса клинических и функциональных признаков, включающих в себя частоту, тяжесть и продолжительность приступов экспираторного диспноэ, а также состояние больного в периоды, свободные от приступов. Степень тяжести течения заболевания может быть характеризована следующими критериями.***

***При легкой степени тяжести*** течение заболевания обычно характеризуется отсутствием классических развернутых приступов удушья, симптомы отмечаются реже 1-2 раз в неделю и кратковременны. Ночной сон пациентов характеризуется пробуждением от респираторного дискомфорта реже 1-2 раз в месяц. В межсимптомный период состояние больных стабильное. Оценка функциональных показателей для определения тяжести заболевания проводится в период отсутствия эпизодов экспираторного диспноэ. ПОСвыд или ОФВ1> 80% от должных величин, суточный разброс показателей менее 20%.

Исследуемые показатели принимают нормальные должные значения после ингаляции бронходилататоров.

***Астма среднетяжелого течения*** характеризуется возникновением развернутых приступов удушья, возникающих чаще 1-2 раз в неделю.

Приступы ночной астмы рецидивируют чаще двух раз в месяц. Отмечается ежедневная потребность в Симпатомиметиках. ПОСвыд или ОФВ1 составляет 60-80'% от должных величин, восстанавливающийся до нормальных значении после ингаляции бронхолитиков, суточный разброс показателей колеблется в пределах 20-30%.

***Астма тяжелого течения*** характеризуется частыми обострениями заболевания, представляющими опасность для жизни пациента, продолжительными симптомами, частыми ночными симптомами, снижением физической активности, наличием сохраняющихся симптомов в межприступный период. ПОСвыд или ОФВ1< 60% от должных величин, не восстанавливаются до нормальных значений после ингаляции бронхолитических препаратов, суточный разброс показателей более 30%.

***Комплексная лечебная программа БА включает в себя:***

**- *Образовательную программу пациентов.***

***- Динамический контроль тяжести заболевания и адекватности проводимой терапии с помощью клинических и функциональных исследований.***

***- Элиминацию или контроль причинных факторов.***

***- Разработку плана медикаментозной терапии.***

***- Профилактику обострения и разработку плана его лечения.***

***- Динамическое наблюдение за больным.***

Известно, что в большинстве случаев причины неудовлетворительных результатов лечения больных БА связаны с недоста­точной информированностью больного о своем заболевании. Образование больного должно начинаться в кабинете врача. Необходимо дать пациенту сведения о причинах и характере его заболевания, основных механизмах, приводящих к симптомам болезни. Необходимо также научить больного правильной технике ингаляционной терапии, применению спейсеров, использованию пикфлоуметра. Важным является ведение больным дневника самонаблюдения, где он мог бы отражать изменения симптомов, а также динамику показателей пикфлоуметрии при суточном и более продолжительном мониторировании.

Больному должен быть предложен план поддерживающих мероприятий и лечения, а также план поведения в период обострения заболевания.

 Большое значение имеет влияние на семью пациента с целью ознакомления с особен­ностями течения болезни и необходимыми санитарно-гигиеническими и профилактически- ми мероприятиями. Следует побуждать создание организаций, целью которых является обучение больных в различных формах.

 Исходная тяжесть заболевания и интенсивность проводимых лечебных мероприятий, их объем и адекватность определяются при помощи динамического контроля за клиническим состоянием пациента, а также изменениями функциональных легочных тестов. В качестве на­иболее доступного, недорогого и удобного в амбулаторной практике предлагается метод самостоятельного определения пиковой скорости выдоха с помощью пикфлоуметра. Динамическая пикфлоуметрия позволяет судить об амплитуде суточных колебании ПОСвыд\* как о критерии адекватности проводимой терапии, о значимости экзогенных производственных или бытовых факторов в течении заболевания, об эффективности проводимого лечения, а также может свидетельствовать о наступлении обострения заболевания.

В большом проценте случаев заболевание, в особенности у детей, связано с экзогенным воздействием сенсибилизирующих факторов аллерген ной и неаллергенной природы. Изо­лированная медикаментозная терапия при сохраняющейся экспозиции причинного фактора может быть недостаточно эффективной. В связи с этим ведение больного должно начинаться с попытки элиминации (если это возможно) или уменьшения экспозиции воздействия данного агента. Особую значимость имеет сенсибилизация аллергенами бытового окружения пациента, что заставляет применять мероприятия, направленные на снижение их концентрации в жилище больного. Наличие профессиональной БА заставляет рассматривать вопрос о смене рабочего места пациента. Важнейшими аспектами санитарно-гигиенических мероприятий являются соблюдение гипоаллергенной диеты, входящей в ранг обязательных мероприятий при наличии пищевой аллергии, поддержание чистоты воздуха в жилище пациента, отказ от курения.

 При составлении плана медикаментозного лечения БА представляется необходимым определить спектр основных противоастматических препаратов. К ним следует отнести:

**- *противовоспалительные:***

**\*Кромогликат, недокромил натрия** и новые генерации **мембраностабилизирующих препаратов**

\***Глюкокортикостероиды** ингаляционные, парентеральные, пероральные.

**- *симптоматические средства:***

*\** **Селективные В2-агонисты** короткого и пролонгированного действия

\* **Ксантины** короткого и пролонгированного действия

**\* Ингаляционные М-холинолитики** .

Предлагаются дифференцированные схемы терапии в зависимости от степени тяжести заболевания.

***Лечение БД легкой степени тяжести***предполагает, в зависимости от клинических симптомов, постоянное или эпизодическое (перед ожидаемой физической нагрузкой или контактом с аллергеном) применение кромогликата натрия. Ингаляционные В2-агонисты при­меняются по потребности, но не чаще трех раз в неделю.

***Медикаментозная терапия БА среднетяжелого течения***предусматривает ежедневное использование противовоспа­лительных препаратов (ингаляционные глюкокортикостероиды в дозе до 1000 мкг в сутки, кромогликат натрия), ежедневный прием В2-агонистов по потребности, но не более 3-4 раз в день. Возможно применение пролонгированных бронхолитиков, особенно при появлении ночных приступов удушья. В ряде случаев целесообразно включение в схему лечения ингаляционных холинолитиков.

***Лечение БА тяжелого течения*** включает ежедневный прием ингаляционных глюкокортикостероидов в дозе свыше 800 мкг в сутки под контролем врача, возможно системное применение глюкокортикостероидов, показано использование пролонгированных бронхолитиков в сочетании с плановым приемом ингаляционных В2-агонистов короткого действия утром и по потребности в течение суток, но не более 3-4 раз в день.

**Специфическая иммунотерапия** в лечении атонической БА применяется лишь при легком течении заболевания, причем показания и выбор схемы должны осуществляться аллергологом-иммунологом.

**Комплексная терапия *Б А*** не исключает применения немели каментозных методов лечения, оказывающих в основном симптоматическое и реже - патогенетическое воздействие, однако целесообразность их назначения должна согласовываться с лечащим врачом.

***Профилактика обострении БА*** включает в себя полноценное образование пациента, элиминацию или контроль причинных факторов, следование рекомендуемым схемам медикаментозной терапии, динамическое наблюдение за пациентом. Однако совокупность указанных мероприятий не исключает наступление обострения заболевания (респираторная инфекция, чрезмерная физическая и эмоциональная нагрузка, контакте высокой концентрацией аллергена и т.д), которое больной может определить самостоятельно по усугублению субъективных ощущений, нарастанию частоты использования ингаляционных В2-симпатомиметиков и снижению показателей пикфлоуметрии. **Образовательная программа** предусматривает обучение больного мероприятиям, направленным на изменение базисной терапии в случае обострения заболевания. В то же время необходимо оговорить условия обращения пациента за квалифицированной медицинской помощью. План действий устанавливается для каждого пациента с учетом его индивидуальных особенностей.

**Лечение больного *с* обосг*рением БА в условиях стационара*** определяется исходя из тяжести состояния при поступлении и базируется на основных противоастматических препаратах в сочетании с мероприятиями, направленными на борьбу с осложнениями заболевания.

**Важным условием успеха ведения больного *БА и обеспечения преемственности на различных этапах лечения является установление динамического наблюдения за больным, в ходе которого проводится контроль за из­менением тяжести состояния больного и в связи с этим коррекция терапии.***