министерство здравоохранения республики казахстан алматинский государственный медицинский институт имени с. д. асфендиярова

Кафедра внутренних болезней

(поликлиническое обучение)

Утверждено

на кафедральном совещании

протокол № 3 от 31 / Х 1996 г.

Зав. кафедрой

к. м. н. Бегимбетова Р. С.

учебно - методические разработки для студентов V курса

Тема: Бронхиальная астма. Амбулаторное лечение, показания к госпитализации,

диспансеризация, санаторно - курортное лечение.

Составила ассистент Калиева Г. А.

АЛМАТЫ 1996 Г.

Значение темы.

За последние годы в большинстве развитых стран отмечается рост распространённости и смертности, связанных с бронхиальной астмой (БА), несмотря на неуклонное увеличение числа аллергологов, пульмонологов, значительное увеличение числа выпускаемых разнообразных противоастматических и диагностических средств. Всё это явно свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы помощи.

В данной ситуации приоритетным становится лечение больных БА в амбулаторных условиях с диспансерным их ведением и использованием дневных стационаров для лечения обострений. При этом большая роль в лечении и эффективном диспансерном наблюдении отводится участковым терапевтам. Поэтому столь актуальна проблема обучения этих врачей, в том числе и на данном цикле (поликлиническое обучение). Узким же специалистам отведена роль консультантов и лечение наиболее тяжёлых больных.

Цель занятия.

* Овладеть ранней диагностикой БА.
* Определить этап развития болезни, клинико-патологический вариант, тяжесть течения, фазу заболевания и осложнения.
* Уметь спланировать лечение и диспансеризацию больных.
* Знать показания для госпитализации.
* Пути реабилитации.
* Показания для санаторно - курортного лечения.

Требования к базисным знаниям.

1. Клинические проявления и методы обследования при заболеваниях органов дыхания.
2. Классификация, патогенез БА.
3. Симптоматика БА.
4. Дифферинциальный диагноз между заболеваниями проявляющимися приступами удушья (сердечная астма, хронический обструктивный бронхит, трахеобронхиальная дискинезия, туберкулёз бронхов, инородные тела трахеи и бронхов).
5. Лечение в условиях терапевтического стационара. Механизм действия базисных препаратов (бронхолитиков, антигистаминных, антибактериальных), знание элементов натуротерапии, физиотерапии.

Список рекомендуемой литературы.

1. Г. Б. Федосеев, Г. П. Хлопотова. “Бронхиальная астма.” М. Медицина, 1988 г.
2. А. Г. Чучалин. “Бронхиальная астма.” М. Медицина, 1985 г.
3. Г. Б. Федосеев “Бронхиальная астма.” Медицинское информационное агентство, Санкт- Петербург, 1996 г. Библиотека врача общей практики. Том 2.
4. А. Н. Кокосов, В. С. Черемнов. “Астматический бронхит и бронхиальная астма. Физическая и медицинская реабилитация больных.” Минск. Беларусь, 1995 г.

Содержание темы.

Бронхиальная астма - заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом, или, при отсутствии таковых, симптомами дыхательного дискомфорта (приступообразный кашель, дистантные хрипы и одышка), сопровождающимися обратимой бронхиальной обструкцией на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, внелёгочных признаков аллергии, эозинофилии крови и (или) мокроты. (4 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. 15 - 19 марта 1994 г. Москва.).

С учётом требований МКБ (10 пересмотр ВОЗ, Женева, 1992 г.) , в которой астматический бронхит рассматривается как бесприступный вариант течения БА, больные с наличием 4-х признаков состояния предастмы (дыхательный дискомфорт с признаками обратимой обструкции бронхов, внелёгочные признаки аллергии, эозинофилия крови и (или) мокроты, наследственная предрасположенность к наследственным болезням), у которых ранее диагностировали астматический бронхит следует ставить диагноз бронхиальной астмы.

Наиболее приемлема для индивидуальной диагностики, терапии и профилактики расширенная и дополненная Г. Б. Федосеевым (1982 г.), классификация БА А. Д. Адо и П. К. Булатова (1969 г.)

**1. Этапы развития БА.**

1. Биологические дефекты у практически здоровых людей.
2. Состояние предастмы.
3. Клинически выраженная астма.

**2. Клинико - патогенетические варианты.**

1. Атопический.
2. Инфекционно - зависимый.
3. Аутоиммунный.
4. Дисгормональный (гормонозависимый).
5. Дизовариальный.
6. Выраженный адренергический дисбаланс.
7. Холинэргический.
8. Нервно - психический.
9. Аспириновый.
10. Первично - изменённая реактивности бронхов.

**3. Тяжесть течения болезни.**

1. Лёгкое течение.
2. Течение средней тяжести.
3. Тяжёлое течение.

**4. Фазы течения БА.**

1. Обострение.
2. Нестабильная ремиссия.
3. Ремиссия.
4. Стойкая ремиссия. (более 2-х лет).

**5. Осложнения.**

1. Лёгочные: ателектаз, пневмоторакс, лёгочная недостаточность.
2. Внелёгочные: лёгочное сердце, сердечная недостаточность и др.

Первый этап развития болезни выявляется путём проведения провокационных проб для определения изменённой (чаще повышенной) чувствительности и реактивности бронхов по отношению к вазоконстрикторным веществам, физической нагрузке, холодному воздуху. Изменения чувствительности и реактивности бронхов могут сочетаться с нарушениями состояния эндокринной, иммунной и нервной систем, которые тоже не имеют клинических проявлений и выявляются лабораторными методами, чаще путём проведения нагрузочных проб.

Второй этап формирования БА имеет место не у всех больных и предшествует клинически выраженной БА у 20 - 40% больных. Состояние предастмы не нозологическая форма, а комплекс признаков, свидетельствующий о реальной угрозе возникновения клинически выраженной БА. Характеризуется наличием острых, рецидивирующих или хронических неспецифических заболеваний бронхов и лёгких с дыхательным дискомфортом и явлениями обратимой обструкции бронхов в сочетании с одним или двумя из числа следующих признаков: наследственного предрасположения к аллергическим заболеваниям и БА, внелёгочных проявлений аллергически изменённой реактивности организма, эозинофилии крови и (или) мокроты. Присутствие всех 4-х признаков может рассматриваться как наличие у больного бесприступного течения БА.

Бронхообструктивный синдром у больных в состоянии предастмы проявляется сильным, приступообразным кашлем, усиливающимся от разных запахов, при снижении температуры вдыхаемого воздуха, ночью и утром при вставании с постели, при заболевании гриппом, острым катаром верхних дыхательных путей, от физической нагрузки, нервного напряжения и других причин. Кашель утихает или становится менее интенсивным после приёма внутрь или ингаляции бронхолитиков. В некоторых случаях приступ завершается отхождением скудной, вязкой мокроты.

Другим симптомом обструкции бронхов у больных в состоянии предастмы считается появление одышки экспираторного характера, сопровождающейся ощущением заложенности бронхов и хрипами в грудной клетке, которые слышны самому больному. Нередко одышка провоцируется физической нагрузкой, резкими запахами, но затруднение дыхания при этом не достигает интенсивности приступа удушья, проходит самостоятельно. Перечисленные жалобы больных со стороны органов дыхания принято называть дыхательным дискомфортом. Внелёгочные проявления аллергии: вазомоторный ринит, крапивница, нейродермит, вазомоторный отёк Квинке, мигрень.

Диагностические критерии клинически выраженной БА.

Основным клиническим проявлением БА типичным для данного заболевания является приступ удушья, в котором различают 3 периода: период предвестников, период разгара и период обратного развития.

При длительно протекающих приступах удушья могут появляться признаки недостаточности правого желудочка. При рентгенологическом исследовании определяется повышенная прозрачность лёгочных полей, низкое стояние диафрагмы. Рёбра расположены горизонтально, межрёберные промежутки широкие.

В диагностике БА важную роль играют:

1. Тщательно собранный анамнез:

Что предшествует приступу удушья? :

* контакт с неинфекционными аллергенами: пылевыми, бытовыми, производственными, пищевыми, лекарственными и др. у больных с атопическим вариантом БА.
* воспалительные заболевания органов дыхания инфекционной природы у больных с инфекционно - зависимым вариантом.
* при гормональной зависимости ухудшение состояния при уменьшении дозы гормонов.
* при дизовариальном варианте - ухудшение состояния в связи с менструальным циклом.
* нервно - психический стресс, различные неприятности в семье, на работе в случае нервно - психического варианта.
* физическая нагрузка, дыхание холодным воздухом, вдыхание различных запахов.
* приём аспирина или других НПВП.

1. Отягощённая наследственность: наличие БА и аллергических заболеваний у кровных родственников.
2. Инструментальные методы: показатели функции внешнего дыхания (ОФВ1 и др.).
3. Лабораторные исследования:

* определение уровня общего и специфического иммуноглобулина Е.
* проведение провокационных проб с неинфекционными аллергенами.
* высев содержимого бронхов (высев мокроты, смыв из бронхов).
* положительные кожные пробы с грибковым антигеном.
* выявление вирусных антигенов в эпителии слизистой бронхов; 4-х кратный прирост в сыворотке крови титров антител к вирусам, бактериям, грибам.
* появление противолёгочных антител, повышение концентрации иммунных комплексов и активности щелочной фосфатазы.
* определение уровня (суммарно) 11 ОКС или кортизола в плазме крови, 17 ОКСИ и кетостероидов в моче, суточный клиренс кортикостероидов, поглощение кортизола лимфоцитами или количество кортикостероидных рецепторов в лимфоцитах, проведение малого дексаметазонового теста.

Диагностика БА, патогенетического варианта, состояния предастмы и его патогенетического варианта не отличаются. При формулировке диагноза у больных в состоянии предастмы необходимо указывать клинико - патогенетический вариант.

Клинические критерии оценки степени тяжести течения БА.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лёгкое | Среднее | Тяжёлое |
| Обострения не чаще 2 раз в год, купирование симптомов не требует парэнтерального введения лекарственных препаратов.  В фазу ремиссии кратковременные затруднения дыхания не чаще 2 раз в неделю, ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц.  Максимально достижимые уровни ПОС, ОФВ1 - 80%, суточная изменчивость - 20% | Обострения 3 -5 раз в год, возможны астматические состояния, купирование требует парэнтерального введения препаратов, в т. ч. глюкокортикоидных гормонов.  В фазу ремиссии возможны затруднения дыхания чаще 2 раз в неделю, ночные симптомы чаще 2 раз в месяц.  Максимально достижимые уровни ПОС, ОФВ1 - 60-80%, суточная изменчивость - 20-30% | Непрерывно - рецидивирующее течение, астматические состояния, для купирования симптомов обострения требуется парэнтеральное введение препаратов. Нередко постоянная глюкокортикоидная терапия.  Максимально достижимые уровни ПОС, ОФВ1 - 60%, суточная изменчивость - 30% |

Принципы комплексного индивидуального лечения больных БА.

Правильное построение индивидуального лечения зависит от следующего:

* фазы заболевания (тактическая терапия в фазе обострения, стратегическая в фазе ремиссии)
* тяжести течения
* клинико-патогенетического варианта
* возрастных особенностей и сопутствующих заболеваний

Показания для госпитализации:

* тяжелые формы БА в фазе обострения
* средней степени тяжести в фазе обострения
* больные с впервые установленным диагнозом
* астматический статус

Лечение в поликлинике:

* больные БА в фазе нестабильной ремиссии
* больные БА в фазе стабильной ремиссии, в т.ч. стойкой для проведения элементов стратегической терапии
* больные БА легкой степени тяжести.

Комплексное лечение состоит из 3 частей:

1. элиминационной терапии, направленной на устранение причиннозначимых факторов внешней среды
2. патогенетической и симптоматической фармакотерапии, включая тренирующую терапию.

Элиминационные мероприятия имеют значение на обоих этапах, направлены на устранение причиннозначимых факторов из окружения больного, предусматривают создание гипоаллергенного быта и гипоаллергенной диеты.

Патогенетическая (базисная) и симптоматическая фармакотерапия должна проводиться с учетом тяжести течения (обострение), наличия или отсутствия активного клинически выраженного инфекционного воспаления и включает введение глюкокортикоидов, мембраностабилизирующих средств, противоинфекционных препаратов в случае активного клинически выраженного инфекционного воспаления, и бронхолитиков.

Индивидуальная терапия в соответствии с клинико-патогенетическим вариантом должна проводиться на этапе стратегической терапии (фаза ремиссии).

Основное значение тренирующей терапии должно уделяться в фазу ремиссии для профилактики обострений и уменьшения дозы лекарств.

Лекарственно лечение.

1. должно быть достаточным и минимальным (нужно стремиться к достижению максимального клинического эффекта минимальными лекарственными дозами).
2. При лечении больных БА с течением болезни средней тяжести и тяжелым, предпочтение следует отдавать противовоспалительным и мембраностабилизирующим, а не бронхолитическим препаратам.

К мембраностабилизирующим препаратам относятся натрия хромогликат (интал, ифирал, кромолин), кетотифен (позитан), антагонисты кальция (нифедипин).

Применяются для лечения БА и внелегочных проявлений аллергии. Необходимо помнить:

* препараты оказывают профилактическое действие и не обладают бронхорасширяющим эффектом
* полный терапевтический эффект наблюдается через 10-14 дней систематического применения
* необходимо длительное использование (3 - 4 месяца и более)
* безопасность для больного.

Глюкокортикоиды также относятся к базисным препаратам (противовоспалительный эффект). Используются системные ГКС и ГКС местного действия. Показанием к назначению ингаляционных ГКС является среднетяжелое и тяжелое течение. К ним относятся: беклометазона дипропионат (бекломет, бекотид, беклокорт, альдецин), ингакорт, фликсотид (пролонгированного действия ингаляционные ГКС). Рекомендуется сочетание ингаляционных ГКС с применением бронхолитиков. При невозможности добиться стабилизации состояния с помощью ингаляционных ГКС назначаются системные внутрь.

К бронхолитическим препаратам относятся: бета 2 адреномиметики: короткодействующие: фенотерол, альбутерол (сальбутамол), тербуталин, клинбутерол, гексапреналин; длительнодействующие: сальметерол и фориотерол; холинолитики: ипратпропиума бромид (атровент) и окситропиума бромид.

Комбинированные препараты: беродуал (дуовент), дитэк, интал-полюс, комбипэк.

Кроме того к бронхолитическим препаратам относятся производные теофиллина: эуфиллин (аминофилин), теопэк, теобилонг, ретафил, теотарт, теодур.

Антигистаминные препараты используются при лечении внелегочных аллергических заболеваний, часто сочетающихся с БА, перспективным является использование препаратов 2 поколения: терфенадин, астемизол, акривастин, лоратидин, (кларитин), цетиризин. Достоинства этих препаратов: отсутствие седативного и снотворного эффекта, быстрота развития терапевтического эффекта, отсутствие привыкания к ним при длительном применении.

Антибиотики не являются обязательными в лечении больных БА. Их назначение показано только в случаях достоверной верификации инфекционного воспаления органов дыхания. Больным БА противопоказаны антибиотики из группы пенициллинов из-за их высокой аллергизирующей активности. Назначение антибиотиков необходимо:

* при обострении инфекционно-зависимой БА, развившейся на фоне острой пневмонии, обострении хронического бронхита.
* в случае сочетания астмы с активными очагами инфекции в ЛОР органах у больных с гормонозависимой астмой, осложнённой грибковым поражением дыхательных путей.

Наиболее часто в клинической практике используются фторхинолоны, макролиды, линкомицин, цефалоспорины.

Иммуномодуляторы широко используются в пульмонологии: тактивин, тималин, антилимфоцитарный глобулин.

Антиоксиданты: витамины, микроэлементы, ацетилцистеин, флавоноиды (альфатокоферол ацетат, глутаминовая кислота, вит. С, соединения селена.

Ступенчатый подход к лечению астмы.

Одним из основных критериев, определяющих объем оказания помощи больным БА, является степень тяжести болезни на данном этапе обострения. Выбор препарата определяется степенью тяжести, обозначаемой как соответствующая ступень.

**1 ступень** - лёгкое эпизодическое течение.

Астму этого течения следует лечить путем активного выявления провоцирующих факторов и их устранения. Это даёт эффект в ряде случаев без каких-либо лечебных мер. При недостаточной их эффективности могут быть использованы адреномиметики короткого действия. Эти же препараты или же интал применяются профилактически перед физической нагрузкой или контактом с аллергеном. Курс противовоспалительной терапии может быть назначен в периоды обострения.

**2 ступень - легкое персистирующее течение.**

Астма характеризуется более отчетливой клинически и функционально выраженной персистирующей симптоматикой в периоды обострений, что свидетельствует о наличии текущего воспаления в дыхательных путях, требующего активного лечения.

Препаратами выбора являются ингаляционные противовоспалительные средства (интал, натрия недокромил), назначаемые на длительный срок. Кратковременно возникающие ухудшения в виде затруднения дыхания следует купировать бета 2 адреномиметиками короткого действия, назначаемыми по потребности, но не чаще 3-4 раз в сутки.

**3 ступень - течение средней тяжести**

Характеризуется существенной вариабельностью частоты и тяжести астматических симптомов, от относительно легких до значительно выраженных и лабильностью функциональных показателей, поэтому важно чтобы терапия этих больных была как можно более индивидуальной. В лечении этих больных в различных комбинациях используется весь арсенал противоастматических средств с учетом воспалительной природы заболевания. Основную роль в лечении играют ингаляционные противовоспалительные (интал, недокромил натрия, ГКС), назначаемые ежедневно, длительно с подбором в последующем индивидуальных поддерживающих доз.

В целях контроля над ночными симптомами показано использование бронходилятаторов пролонгированного действия. Выбор бронходилятирующего препарата решается индивидуально в зависимости от получаемого эффекта и переносимости препаратов. Применение холинолитиков показано при ваготонии, что имеет место у больных старшего возраста. Для купирования умеренно выраженных кратковременных приступов можно использовать бета2 адреномиметики короткого действия. Остро возникающие или более длительные ухудшения, включая развитие приступов удушья различной интенсивности и длительности требует для купирования однократного или повторного парэнтерального введения бронхолитиков, а в случае их недостаточной эффективности - ГКС с индивидуальным подбором доз и длительности курса.

**4 ступень** - тяжёлое состояние, характеризуется непрерывным рецидивированием симптомов болезни, степень их выраженности столь значительна, что приводит к снижению физический активности и нередко к инвалидизации. Учитывая значительную выраженность воспалительных изменений, ведущее место в терапии больных этой группы принадлежит ГКС. Рекомендуется сочетать высокие дозы ингаляционных ГКС (до 1000 мкг и выше) с минимальными, индивидуально подобранными дозами системных ГКС. Полной нормализации клинических и функциональных показателей у этих больных достичь не удаётся в связи с опасностью длительного применения высоких доз системных стероидов. Основной задачей при лечении больных тяжёлой формой БА является снижение потребности в ГКС, что достигается путем сочетания их применения с различными группами бронхолитических препаратов пролонгированного действия. Контроль кратковременных умеренно выраженных приступов осуществляется с помощью редких (не чаще 3-4 раз в сутки) приемов адреномиметиков короткого действия.

Более выраженные ухудшения в течении заболевания требуют назначения дополнительных доз ГКС, вводимых парэнтерально или повышения поддерживающей дозы ГКС. Критериями эффективности проводимого лечения является снижение частоты возникновения астматических симптомов, положительная динамика данных объективного исследования больных, нормализация или устойчивая тенденция к нормализации лабораторных и функциональных показателей.

В соответствии со ступенчатым подходом лечения БА по достижении и сохранении стабильных результатов лечения можно снизить интенсивность терапии для установления минимальной степени воздействия лекарствами, необходимой для поддержания контроля заболевания (ступень вниз).

Обследование и лечение больных согласно стандартам ОМС.

Переход на ступень вверх (усиление медикаментозного лечения) необходим в случаях невозможности контроля заболевания на предыдущей ступени при условии правильного выполнения больным назначений врача.

Включение в арсенал лечебных мер других лекарственных средств и немедикаментозных средств осуществляется в соответствии с индивидуальными показаниями и противопоказаниями.

Больные БА должны находиться на диспансерном учёте у участковых врачей, которые в случае необходимости консультируют их с пульмонологом и др. специалистами ( аллергологом, дерматологом, ЛОР врачом), решают вопросы госпитализации, трудоустройства. Диспансерное наблюдение больных проводится согласно приказа № 770 (см. приложение).

Санаторно - курортное лечение больных БА.

Санаторно - курортное лечение показано большинству больных лёгкого и среднетяжёлого течения в фазе ремиссии при удовлетворительных показаниях ФВД. БА тяжёлого течения, гормонозависимый вариант, являются противопоказаниями к направлению на СКЛ.

СКЛ в местных условиях даёт хороший клинико - функциональный эффект у большинства больных БА. При отсутствии эффекта в местных условиях или неблагоприятном климате зоны проживания рекомендуется лечение в другом климатическом поясе: Крыма, Кавказа, Средней Азии, Прибалтики. Лечение на горноклиматических курортах (Кисловодск, Бакуриани, Шови, Иссык-Куль) показано больным с атопическим вариантом БА и может проводится круглый год. СКЛ на южных морских курортах (Ялта, Гаспра, Геленджик, Феодосия, Евпатория, Анапа) предпочтительнее у больных с инфекционно - зависимым вариантом, особенно в сочетании с воспалительными процессами в дыхательных путях (гайморитами, фарингитами, трахеобронхитами).