

КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.

ВКЛАД АКАДЕМИКА А.Д.АДО и ПРОФЕССОРА П.К.БУЛАТОВА В ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Профессор кафедры госпитальной терапии
Санкт-Петербургского государственного
медицинского Университета им. акад
И.П.Павлова член-корреспондент РАМН
Г.Б.Федосеев

Определение бронхиальной астмы,

разработанное рабочей группой на 4 Национальном конгрессе по болезням органов дыхания, Москва, 1994г.

«Бронхиальная астма – заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом или, при отсутствии таковых, дыхательным дискомфортом (приступообразный кашель, дистантные хрипы и одышка), сопровождающимся обратимой бронхиальной обструкцией на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, внелегочных признаков аллергии, эозинофилии крови и эозинофилов в мокроте».

Определение бронхиальной астмы

(Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы, 2002г, 2004г.)

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором играют роль многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление вызывает сопутствующее повышение гиперреактивности дыхательных путей, приводящее к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля, особенно ночью или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности бронхиальной обструкцией, которая часто является обратимой либо спонтанно, либо под влиянием лечения.

Global Strategy for Asthma Management and Prevention

Основные направления лечения и профилактики астмы

Всемирная организация здравоохранения

Национальный институт сердца, легкие и кровь

март 1993

Классификация астмы по тяжести течения

Клиническая картина до лечения

Легкое интермиттирующее течение

Кратковременные симптомы реже 1 раза в неделю

Короткие обострения (от нескольких часов до нескольких дней)

Ночные симптомы <2 раз в месяц

Отсутствие симптомов и нормальная функция внешнего дыхания
между обострениями

PEF или FEV1

- >80% от должных
- Разброс показателей <20%

Международная классификация астмы по тяжести течения. 1993 г. (2)

Клиническая картина до лечения

Легкое персистирующее течение

Симптомы от 1 раза в неделю до 1 раза в день. Обострения могут снижать физическую активность и нарушать сон. Ночные симптомы > 2 раз в месяц PEF или FEV1

- $\geq 80\%$ от должных
- разброс показателей 20 – 30%

Среднетяжелое течение

Ежедневные симптомы. Обострения могут приводить к ограничению физической активности и сна. Ночные симптомы > 1 раза в неделю. Ежедневный прием бета2 агонистов короткого действия.

PEF или FEV1

- 60% - 80% от должных
- суточный разброс > 30%

Тяжелое течение

Постоянное наличие симптомов. Частые обострения. Частые ночные симптомы. Ограничение физической активности из-за симптомов астмы.

PEF или FEV1

- < 60% от должных
- суточный показателей >30%

Утвержденная Всемирной организацией здравоохранения
классификация бронхиальной астмы
(X пересмотр, 1992 г.)

- 45. Астма.
 - 45.0 Преимущественно аллергическая астма.
 - Аллергический бронхит.
 - Аллергический ринит с астмой.
 - Атопическая астма.
 - Экзогенная аллергическая астма.
 - Сенная лихорадка с астмой.
 - 45.1. Неаллергическая астма.
 - Идиосинкрозическая астма.
 - Эндогенная неаллергическая астма.
 - 45.8. Смешанная астма.
 - 45.9. Неуточненная астма.
 - Астматический бронхит.
 - Поздно возникшая астма.
- 46. Астматический статус.
 - Острая тяжелая астма.

Классификация бронхиальной астмы А.Д.Адо и П.К.Булатова (1969г.), дополненная представлением о клинико-патогенетических вариантах (Г.Б.Федосеев,1982г.)

1. Этапы развития бронхиальной астмы:
 - 1.1. Биологические дефекты у практически здоровых людей
 - 1.2. Состояние преаастмы
 - 1.3. Клинически выраженная бронхиальная астма
2. Тяжесть течения бронхиальной астмы:
 - 2.1. Легкое течение
 - 2.2. Течение средней тяжести
 - 2.3. Тяжелое течение
3. Фазы течения бронхиальной астмы:
 - 3.1. Обострение
 - 3.2. Нестабильная ремиссия
 - 3.3. Ремиссия
 - 3.4.Стойкая ремиссия (более 2 лет)

Классификация бронхиальной астмы А.Д.Адо и П.К.Булатова (1969 г.), дополненная Г.Б.Федосеевым (1982) (продолжение)

4. Клинико-патогенетические варианты

4.1. Атопический

4.2. Инфекционнозависимый

4.3. Аутоиммунный

4.4. Стероидозависимый

4.5. Дизовариальный

4.6. Выраженный адренергический дисбаланс

4.7. Холинергический

4.8. Нервно-психический

4.9. Аспириновый

4.10. Астма физического усилия

5. Осложнения

5.1. Легочные: пневмоторакс, ателектаз и др.

5.2. Внелегочные: легочное сердце, сердечная недостаточность и др.

Основные направления диагностики и лечения бронхиальной астмы

1. Диагностика БА

1.1 Диагностика наличия БА

1.2 Диагностика тяжести течения БА

1.3 Диагностика фазы БА

1.4 Диагностика этиологического фактора и клинико-патогенетического варианта течения БА

1.5 Формулировка диагноза

2. Дифференциальный диагноз

3. Лечение

3.1 Элиминационная терапия

3.2 Тактическая терапия в фазу обострения

3.3 Стратегическая терапия в фазу ремиссии

Диагностика наличия бронхиальной астмы

1. Дыхательный дискомфорт анамнестически, связь с факторами внешней среды.
2. Физикальные и инструментальные признаки обструкции бронхов, обратимость обструкции.
3. Внелегочные аллергические заболевания (аллергический ринит, атопический дерматит, крапивница, отеки Квинке).
4. Эозинофилия крови и/или эозинофилы мокроты.
5. Наследственное предрасположение к аллергическим болезням.

Диагностика тяжести течения бронхиальной астмы

1. БА легкого интермитирующего (эпизодического) течения:
 - обострения редко (не каждый год), кратковременные (до нескольких дней)
 - в фазу ремиссии симптомы БА реже 1 раза в неделю, ночные – не чаще 2 раз в месяц, нормальная функция легких, ПСВ >80%, суточные колебания <20%.
2. БА легкого персистирующего течения:
 - обострения не чаще 2 раз в год
 - в фазу ремиссии симптомы БА не более 1 раза в день, ночные – чаще 2 раз в месяц, ПСВ>80%, суточные колебания 20-30%.

Диагностика тяжести течения БА (продолжение)

3. БА средней тяжести:

- обострения 3-5 раз в год
- ежедневные симптомы , обострения нарушают работоспособность, физическую активность и сон, ежедневное использование бета2-агонистов короткого действия, ночные – чаще 2 раз в месяц, ПСВ 60-80%, суточные колебания 20-30%.

4. БА тяжелого течения :

- непрерывно рецидивирующее течение, физическая активность значительно ограничена, ПСВ<60%, суточные колебания >30%.

5. Потенциально смертельная БА:

крайне тяжелое, некурабельное течение.

Диагностика фазы течения БА

1. Доклиническая фаза – риск манифеста БА.
2. Фаза обострения – возобновление, учащение и усиление приступов удушья, кашля, одышки, дистантных хрипов, снижение эффективности бронхолитических препаратов. Может сопровождаться повышением температуры тела, ознобами, потливостью, лейкоцитозом, эозинофилией
3. Фаза нестабильной ремиссии.
4. Ремиссия бронхиальной астмы.
5. Стойкая ремиссия бронхиальной астмы – признаки обострения отсутствуют более двух лет.

Клинико-патогенетические варианты бронхиальной астмы

1. Атопический
2. Инфекционнозависимый
3. Стероидозависимый
4. Дизовариальный
5. Аспириновая бронхиальная астма
6. Бронхиальная астма физического усилия
7. Нервно-психический
8. Холинергический
9. Адренергический дисбаланс
10. Аутоиммунная бронхиальная астма

Атопическая бронхиальная астма

1. Аллергологический анамнез. Связь приступов и обострений БА с пылью, пылью, животным, пищей, лекарствами и др.
2. Кожные пробы с аллергенами.
3. Определение общего и специфических IgE.
4. Элиминационные пробы.
5. Провокационные пробы.

Инфекционнозависимая бронхиальная астма

1. Клинически выраженной причиной возникновения и обострения БА являются острые и обострения хронических воспалительных заболеваний органов дыхания инфекционного генеза:
 - 1.1. Острый и обострение хронического бронхита
 - 1.2. Пневмония
 - 1.3. Гайморит
 - 1.4. Тонзиллит
 - 1.5. Острые респираторные вирусные инфекции, грипп

Инфекционно-зависимая бронхиальная астма (продолжение 1)

2. Установление наличия и выявление роли инфекции лабораторными методами:

2.1. Высев из содержимого бронхов в диагностических титрах патогенных бактерий (пневмококка, гемофильной палочки, патогенного стафилококка)

2.2. Определение в сыворотке крови антигенов и антител к хламидиям, маракселле, микоплазме

2.3. Высев из мокроты, мочи и кала грибов в диагностических титрах, кожные пробы с грибковыми аллергенами

2.4. Выявление вирусных антигенов в эпителии слизистой оболочки носа

2.5. Четырехкратный прирост титров антител к бактериям, вирусам и грибам

Инфекционнозависимая бронхиальная астма (продолжение 2)

3. Наличие присущих инфекционному воспалительному процессу в органах дыхания симптомов

3.1. Субфебрильная (реже фебрильная) температура тела

3.2. Ознобы, особенно в вечернее время

3.3. Потливость, особенно в ночное время, преимущественно верхняя часть спины, шея, затылок, симптом «мокрой подушки»

3.3. Клиническая, лабораторная и инструментальная симптоматика заболеваний, формирующих инфекционное воспаление у больных БА

Стероидозависимый вариант течения бронхиальной астмы

1. Течение БА, как правило, тяжелое, нередко аспириновая, инфекционнозависимая, аутоиммунная БА, сочетание нескольких клиникопатогенетических вариантов БА
2. Больные, для лечения которых необходимо применение глюкокортикоидных препаратов (ГК)
3. Отмена или уменьшение дозировки ГК приводит к ухудшению состояния
4. Выявление механизмов, формирующих стероидозависимый вариант БА (11-ОКС и/или кортизол в плазме крови, 17-ОКС и кортикостероиды в моче, суточный клиренс кортикостероидов, поглощение кортизола, малый дексометазоновый тест)
5. Диагностика осложнений ГК терапии

Аспириновый вариант бронхиальной астмы

1. Связь приступов БА с приемом нестероидных противовоспалительных средств. Приступ может сопровождаться гипотензией, гиперсаливацией, тошнотой, рвотой, болями в животе.
2. Может быть манифестным для БА, но может развиваться на фоне атопического, инфекционнозависимого и других клиникопатогенетических вариантов.
3. Изменяется течение БА: исчезают сезонность четкая очерченность приступов, возникает чувство постоянной заложенности в груди, снижается эффективность бронхолитических средств.
4. Часто сочетается с хроническим гастритом, язвенной болезнью, множественным полипозом (матки, желудка, кишечника).
5. Аспириновая астма часто сочетается с полипозом носа – «аспириновая триада».

Нервно-психический вариант течения бронхиальной астмы

1. Нервно-психические факторы способствуют обострению и фиксации астматических симптомов
2. Варианты: неврастеноподобный, истероподобный, «шунтовой», психастеноподобный
3. Формируется патологическая связь определенных факторов внешней среды с приступами удушья по типу «условного рефлекса»
4. Формируется своеобразная форма патологической адаптации больного к окружающей среде, включающая проявления БА
5. Негативное отношение к действиям по устранению причинно-значимых факторов внешней среды
6. Отрицание наличия болезни, негативное отношение к врачам и лекарствам

Астма физического усилия

1. Как самостоятельный клинико-патогенетический вариант развивается у больных БА при отсутствии у них признаков аллергии, инфекции, нарушений эндокринной и нервной систем.
2. Бронхообструкционный синдром развивается во время или после физической нагрузки.

Холинергический вариант течения бронхиальной астмы

1. Преимущественно у пожилых, через несколько лет после начала заболевания.
2. Непереносимость физической нагрузки, холодного воздуха, резких запахов.
3. Выраженная одышка, обилие сухих хрипов.
4. Признаки гиперваготонии:
приступы удушья и кашля преимущественно ночью (особенно во вторую половину ночи), повышенная потливость, гипергидроз ладоней, синусовая брадикардия, аритмии, артериальная гипотензия, стойкий красный дермографизм.
5. Обилие мокроты (до 500 мл и более в сутки).

Аутоиммунная бронхиальная астма

1. Чаще развивается на фоне инфекционно-зависимого и других клинико-патогенетического вариантов БА.
2. Недостаточная эффективность лечения.
3. Формирование стероидной зависимости и резистентности.
4. Наличие осложнений глюкокортикоидной терапии
5. Выявление противолегочных антител, повышение концентрации циркулирующих иммунных комплексов и активности кислой фосфотазы в сыворотке крови.

Распределение клинико-патогенетических вариантов и их сочетаний у 260 больных бронхиальной астмой (Г.Б.Федосеев, Г.П.Хлопотова, 1988 г.)

Клинико-патогенетические варианты и их сочетание	%% от общего числа
Атопический	17,7
Атопический в сочетании с другими КПВ	18,5
Инфекционнозависимый	24,2
Инфекционнозависимый в сочетании с сочетанием с другими КПВ	17,7
Нервно-психический в сочетании с другими КПВ	18,8
Аспириновая астма в сочетании с другими КПВ	16,9
Стероидозависимая астма в сочетании с другими КПВ	11,1
Адренергический дисбаланс в сочетании с другими КПВ	3,8
Аутоиммунный вариант в сочетании с другими КПВ	0,4

Формулировка диагноза у больных бронхиальной астмой

Диагноз должен включать:

1. Указание на нозологическую форму – бронхиальная астма, тяжесть, фазу течения, вариант течения в категориях, изложенных в МКБ 10 пересмотр с расшифровкой в отношении клинко-патогенетического варианта, характер течения (приступное или бесприступное).
2. Совместить варианты течения БА в категориях, изложенных в МКБ 10 пересмотр с клинко-патогенетическими вариантами в соответствии с расширенной классификацией БА А.Д.Адо и П.К.Булатова можно следующим образом: атопическая астма с указанием причиннозначимых факторов относится к рубрике 4.5.0.- аллергическая астма, все остальные клинко-патогенетические варианты включены в рубрику 4.5.1.- неаллергическая астма. Сочетание клинко-патогенетических вариантов – рубрика 4.5.8.- смешанная астма. Когда клинко-патогенетический неизвестен – рубрика 4.5.9.- неуточненная астма.
3. Сопутствующие заболевания и осложнения.
4. Функциональный диагноз.

Примеры диагнозов бронхиальная астма

1. Бронхиальная аллергическая: атопическая (бытовая пыль, пыльца) легкое течение, фаза обострения, приступное течение. Атопический дерматит, фаза обострения.
2. Бронхиальная астма смешанная: инфекционнозависимая, атопическая (пищевая и лекарственная непереносимость), течение средней тяжести, фаза неполной ремиссии. Гнойный бронхит, фаза обострения. Дыхательная недостаточность 1 степени.
3. Бронхиальная астма неаллергическая: стероидозависимая, аспириновая триада, инфекционнозависимая, тяжелое течение, фаза обострения. Хронический гнойный двусторонний гайморит, фаза обострения. Полипоз полости носа. Синдром Иценко-Кушинга.

**Для чего нужны введенные в
расширенную классификацию
бронхиальной астмы А.Д. Адо и
П.К.Булатова клинико-
патогенетические варианты?**

Для того, чтобы индивидуализируя терапию больных бронхиальной астмой, которые, как известно, чрезвычайно гетерогенны как по этиологии, так и по патогенезу, повысить эффективность лечения, добиваясь максимально длительной ремиссии.

От чего зависит и как достигается индивидуализация лечения больных бронхиальной астмой?

Зависит в острую фазу от тяжести течения, а в фазу ремиссии - от клинико-патогенетического варианта.

Достигается при организации лечения в острую фазу с учетом в первую очередь тяжести течения, а в фазу ремиссии с учетом прежде всего клинико-патогенетического варианта.

Этапы лечения больных бронхиальной астмой

Тактическая терапия – лечение в фазу обострения бронхиальной астмы:

1. Элиминационная терапия
2. Лечение преимущественно лекарствами
3. Зависит в основном от тяжести течения БА

Цель тактической терапии: скорейшее достижение ремиссии бронхиальной астмы

Стратегическая терапия – лечение в фазу ремиссии бронхиальной астмы:

1. Элиминационная терапия
2. Минимальная лекарственная терапия
3. Лечение преимущественно немедикаментозными средствами в зависимости от клинико-патогенетического варианта

Цель стратегической терапии: как можно более длительное сохранение ремиссии

В чем состоит вклад академика А.Д.Адо и профессора П.К.Булатова в формирование представления о бронхиальной астме

- 1. Сформировали представление о состоянии пред-астмы. В последующем это - «аллергический марш», «болезни аллергического круга», кашлевой вариант бронхиальной астмы.**
- 2. Сформировали представление о двух принципиально различных клинико-патогенетических вариантах бронхиальной астмы – атопическом и инфекционно-аллергическом.**
- 3. Сформулировали и обосновали роль инфекции, включая бактерии, вирусы и грибы, в возникновении и прогрессировании бронхиальной астмы.**





