

Т. А. Перцева**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ***Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины*

Бронхообструктивный синдром (БОС) — это патологическое состояние, связанное с нарушением бронхиальной проходимости и последующим увеличением сопротивления потока воздуха при вентиляции. Возникновение БОС, особенно при условии его несвоевременной или неадекватной терапии, негативно влияет на клиническое течение и прогноз заболевания, которые привели к его развитию.

Причинами развития БОС чаще всего служат бронхиальная астма, обострение ХОЗЛ, ОРВИ, острый бронхит.

К функциональным (обратимым) механизмам бронхообструкции относятся: бронхоспазм, воспалительная инфильтрация, отек и гиперплазия слизистой оболочки, мукоцилиарная недостаточность, гиперсекреция вязкой слизи. К органическим (необратимым) механизмам бронхообструкции относятся перибронхиальный фиброз, рубцовый стеноз бронха, сдавление бронха объемным процессом извне, сдавление бронха эмфизематозной тканью, объемные образования в просвете бронхов.

Клинические проявления БОС: одышка, как правило, экспираторного характера; приступы удушья; сухой приступообразный или малопродуктивный кашель; участие вспомогательной мускулатуры в дыхании; тимпанический оттенок перкуторного звука; удлинение фазы выдоха; появление экспираторных шумов в виде свистящего, шумного дыхания при аускультации или слышного на расстоянии, рассеянных сухих хрипов. Кроме указанных клинических признаков, для диагностики БОС также необходимы данные спирометрии (при снижении $ОФВ_1 < 80\%$ от должной величины и отношения $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ констатируется бронхиальная обструкция).

Развитие клинических проявлений БОС требует принятия неотложных мер по ликвидации бронхообструкции именно посредством воздействия на обратимый ее компонент, поскольку эффективно воздействовать на необратимый компонент бронхообструкции крайне проблематично.

БОС с наличием обратимой бронхиальной обструкции — ведущий клинический синдром БА. Для БА характерен приступообразный характер бронхообструкции, компенсация которой и является основным показателем контроля над течением этого заболевания.

С целью устранения проявлений БОС наибольшее значение в клинике имеют бронхолитические препараты (бронходилататоры). Основными свойствами бронходилататоров является способность устранять спазм мускулатуры бронхов и облегчать поступление воздуха в легкие.

Бронходилататоры целесообразно применять в ингаляционной форме, так как именно такой путь их введения способствует быстрому началу действия препаратов, созданию эффективной концентрации действующего вещества в бронхиальном дереве при незначительной концентрации его в системном кровотоке, минимизации побочных эффектов, удобству коррекции дозы препарата.

В клинической практике довольно часто возникают ситуации, когда одного бронхорасширяющего препарата оказывается недостаточно для достижения желаемого результата и возникает потребность в одновременном назначении нескольких бронхолитиков, обладающих разными механизмами действия и имеющих различные точки приложения. При сочетанном использовании лекарственных средств следует учитывать возможность взаимного усиления не только полезных фармакологических свойств, но также и нежелательных эффектов терапии. Наиболее оправданной, эффективной и безопасной является комбинация β_2 -агониста с антихолинергическим препаратом (АХП).

Следует отметить, что плотность как адренорецепторов, так и холинорецепторов неоднородна на всем протяжении бронхиального дерева. β_2 -адренорецепторы локализованы преимущественно в дистальных дыхательных путях, в периферических отделах легких (90 % всех адренорецепторов находятся в альвеолах), холинорецепторы расположены в основном в проксимальных отделах (в крупных бронхах). Таким образом, назначая комбинацию КДБА и АХП, мы не только влияем на два независимых компонента бронхоконстрикции (симпатический и парасимпатический), но также действуем и на различные отделы дыхательных путей (проксимальные и дистальные).

Несколько причин целесообразности «замены» бронхолитика группы β_2 -агонистов на комбинированный препарат: в состав комбинированной субстанции входит как β_2 -агонист, так и М-холинолитик, что сохраняет основное действие лекарственного средства; комбинация веществ обладает синергизмом бронхолитического действия без усиления побочных эффектов за счет уменьшения дозы каждой из лекарственных субстанций; дополнительно М-холинолитик снижает чувствительность кашлевых рецепторов и секрецию вязкой мокроты.

Применение Беродуала перекрывает оба возможных патогенетических звена развития БОС (действует на симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы), повышая тем самым уверенность в успехе терапии больших.