

## Глава 5 Конкурирующие заболевания

*Наука – это истина,  
помноженная на сомнение*  
Валери

Бронхиальная астма (БА) и хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) разные патологические состояния. Разные, когда БА как картинка с выставки, и ХОЗЛ как картинка с выставки тоже.

Дифференцирование их проблема, когда «начинка» синдромов БА прямо так, скажем, на границе с ХОЗЛ, а синдромов ХОЗЛ – на границе с БА. Диагностика здесь, все равно, что балансирование... Правильно. На лезвии ножа.

Различия в БА и ХОЗЛ, которые определенные, в жизни часто – «седьмая вода на киселе». И причина тому не в акцентированной ситуации, что с балансированием, но в гораздо более частом, чем о том можно было бы думать, сочетании, или, если кому нравится больше, конкурентов этих патологических состояний. Когда БА осложняется ХОЗЛ. Или когда на фоне ХОЗЛ развивается БА. Или когда пациент пришел на прием, а у него уже БА и ХОЗЛ. В комплекте.

Быть БА и ХОЗЛ частыми в конкурентных отношениях читается по всем признакам, начиная факторами риска и заканчивая тонкими клиническими деталями.

Чаще всего БА и ХОЗЛ сочетаются в зрелом возрасте, его второй половине, у пациентов с длительным анамнезом, соответственно, БА или ХОЗЛ. Более часто ХОЗЛ присоединяется к БА, или, если быть более точным, осложняет БА. Присоединению ХОЗЛ к БА предшествует длительное воздействие факторов риска ХОЗЛ. Которые при БА и ХОЗЛ часто-густо пересекаются, что не трудно увидеть из табл. 6.

О присоединении ХОЗЛ к БА можно с уверенностью говорить, когда БА с контролируемыми симптомами проявляется малой вариабельностью пиковой скорости выдоха (ПСВ) и сниженным объемом форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ<sub>1</sub>) даже при высоком приросте в острой фармакологической пробе (ОФП) пробе с  $\beta_2$ -агонистом. При длительном наблюдении за пациентом обращают внимание прогрессирование хронической дыхательной недостаточности со снижением эффективности ингаляционных кортикостероидов. Как и при ХОЗЛ, пациенты показывают снижение переносимости физической нагрузки. Точно так же более рано

развиваются и более быстро прогрессируют хроническая дыхательная и сердечная недостаточность.

Таблица 6.  
Факторы риска ХОЗЛ и БА

Факторы риска		ХОЗЛ	БА
Эндогенные	Генетическая предрасположенность	+	+++
	Недоношенность	++	++
	Атопия	+	++++
	Бронхиальная гиперреактивность	++	++++
	Снижение синтеза IgA	++++	++
	Макрофагальная недостаточность	+++	+
	Оксидативный стресс	+++	+
Экзогенные	Аллергены (бытовые, профессиональные, другие)	++	++++
	Частые респираторные инфекции	+++	+++
	Лекарственные средства, вакцины		++++
	Погрешности в диете		++++
	Курение	++++	++
	Ожирение		++++
	Низкий социально-экономический статус	++++	++

О присоединении БА к ХОЗЛ свидетельствуют появление волнообразной симптоматики с пароксизмами респираторных синдромов в ночное время и увеличением различий в показателях утренней и вечерней пикфлоуметрии. В любом случае при присоединении второго заболевания наблюдается ухудшение состояния больного.

Клинические, лабораторные и функциональные признаки БА и ХОЗЛ суммированы в табл. 7-9.

Нетрудно видеть, что многие из них изначально характерны одновременно обоим патологическим состояниям, отличаясь разве что своей степенью и частотой появления. Основания этому не только в упомянутых уже во многом общих для БА и ХОЗЛ факторах риска, но и в одном субстрате лежащего в их основе патологического процесса. Сочетание БА и ХОЗЛ – это привнесение в клиническую картину конкурирующих заболеваний признаков, характерных одновременно каждому из патологических состояний. Ситуацию можно описать, как повышение в клинических проявлениях интенсивности большинства, если не всех, клинических признаков БА и ХОЗЛ.

**Таблица 7.**  
**Клинические признаки БА и ХОЗЛ**

Клинические признаки		ХОЗЛ	БА
Анамнестические данные	Курение	++++	+
	Возраст >40 лет	++++	-
	Медленное нарастание симптоматики	++++	-
	Отягощенный аллергический анамнез	+	++++
	Начало в первой половине жизни	-	+++
Кашель	Преимущественно днем	++++	++
	Приступообразный, ночью или утром	++	++++
Мокрота	Скудная вязкая	++++	+
	Скудная стекловидная	+	++++
Одышка	Постоянная, медленно прогрессирующая	++++	+
	Приступообразная, периодическая или сезонная; прекращающаяся спонтанно или под влиянием лечения	-	++++
Переносимость физической нагрузки	Снижена, необратимо ухудшается	++++	+
	Снижается при обострении и восстанавливается в ремиссии	++	++++
Внегочные проявления	Цианоз	++	+
	Снижение массы тела	+++	+
	Правожелудочковая недостаточность	++++	++
	Аллергический ринит	-	+++
	Атопический дерматит	-	++++

**Таблица 8.**  
**Лабораторные признаки БА и ХОЗЛ**

Лабораторные признаки	ХОЗЛ	БА
Эозинофилия крови	-	++++
Эозинофилия мокроты	-	++++

Повышение Ig E	-	++++
Эритроцитоз	++++	+
Гематокрит	++++	+
Сенсибилизация к аллергенам	-	++++

**Таблица 9.**  
**Показатели функции внешнего дыхания при БА и ХОЗЛ**

Показатели	ХОЗЛ	БА
ОФВ <sub>1</sub> , ОФВ <sub>1</sub> /ФЖЕЛ	снижается при увеличении степени тяжести	снижается при увеличении степени тяжести в период обострения
Прирост ОФВ <sub>1</sub> в острой фармакологической пробе с бронхолитиками	<15	>15
Провокационная проба с физической нагрузкой	позитивная	позитивная
Провокационная проба с аллергенами, гистамином	негативная	позитивная
Суточные колебания ПОС выдоха	<15	>20
Ежегодное снижение ЖЕЛ	>36 мл	<30 мл
Гипоксемия, гиперкапния	постоянно, начиная с III степени тяжести	редко, при тяжелых обострениях
Экспираторный коллапс бронхиол на выдохе	характерно	не характерно

Из табл. 10 можно видеть, что при БА и ХОЗЛ, по крайней мере, внесенные в нее признаки воспаления подобны если не количественно, то качественно. В реальности степеней подобности еще больше, что мы уже успели не один раз заметить.

Что касается стратегии терапии сочетания БА и ХОЗЛ, она строится на принципах, подробно описанных в двух предыдущих главах. Это все те же немедикаментозные, физические и медикаментозные методы, в необходимых случаях интенсивная терапия и санаторно-курортное лечение.

Таблица 10.  
Особенности воспаления при БА и ХОЗЛ

Признаки воспаления		ХОЗЛ	БА
Клетки	Эозинофилы	+	++++
	Нейтрофилы	++++	+
	Тучные клетки	+	++++
	Макрофаги	++	++
	T – лимфоциты CD4 + (хелперы Th2)		++++
	T-лимфоциты CD8+ (киллеры/супрессоры)	++++	
Медиаторы	LTB4	++++	
	IL-8	++++	
	TNF- $\alpha$	++++	
	LTD4		++++
	IL-4, IL-5, IL-13		++++
	Гистамин		++++
Последствия	Протеолитическая деструкция паренхимы	++++	+
	Сквамозная метаплазия эпителия	++++	+
	Слущивание эпителия	+	+++
	Метаплазия слизистой оболочки	+++	+++
	Уплотнение базальной мембраны	+	+++
	Железистая гиперплазия	+++	+++

Останавливаться на их подробном описании, когда мы уже сделали это для БА и ХОЗЛ, извиняемся, означает – «толочь в ступе воду». Что, естественно, мы позволить себе никак не можем. Разве что можем сделать акцент на необходимости сочетания антихолинергических препаратов,  $\beta_2$ -агонистов и ингаляционных кортикостероидов, причем на принципах ступенчатой терапии.