

Бронхообструктивный синдром на фоне сопутствующих заболеваний: клинические особенности и терапевтические вызовы

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

проф. Пацкань И.И., доц. Шалаева И.В., доц. Крюк М.А.,

доц. Колкина В.Я., доц. Воронин К.А.,

доц. Фоменко П.Г., асс. Дьячкова Л.Ю.

Бронхообструктивный синдром — симптомокомплекс, связанный с нарушением бронхиальной проходимости функционального или органического происхождения.

Он встречается при широком спектре заболеваний — не только при ХОБЛ и бронхиальной астме, но и при сердечной недостаточности, ГЭРБ, ожирении, сахарном диабете и др.

По данным Минздрава России, ХОБЛ диагностирована у 2,4 млн человек, а по оценкам Российского респираторного общества, реальное число пациентов достигает около 11 млн, включая недиагностированные случаи.

Коморбидность при БОС — не исключение, а правило. Сочетание двух и более хронических заболеваний значительно утяжеляет течение, повышает частоту обострений и госпитализаций, снижает качество жизни пациентов и увеличивает затраты системы здравоохранения.

Современные подходы к диагностике БОС

Золотой стандарт — спирометрия с бронходилатационным тестом ($\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 0,7$ подтверждает обструкцию).

Обновленные критерии ХОБЛ (КР МЗ РФ, 2025): учитываются не только спирометрические показатели, но и жалобы (прогрессирующая одышка, хронический кашель, продукция мокроты), факторы риска (курение, профессиональные вредности) и данные КТ ОГК.

Новая система оценки категорий ХОБЛ приведена в соответствие с GOLD. Уточнено, что снижение функций легких несет угрозу смерти от сердечно-сосудистых событий в равной степени с традиционными факторами риска.

Новые клинические рекомендации по БА (2025): в перечень диагнозов добавлено неблагоприятное воздействие производственных факторов (пыль, токсичные вещества и др.), включены положения об элиминации аллергенов, респираторной терапии и бронхиальной термопластике

Дифференциальная диагностика: ХОБЛ и ХСН

Одышка и бронхиальная обструкция — общие проявления обострения ХОБЛ и острой декомпенсации ХСН, что создает серьезные трудности дифференциальной диагностики, особенно при невозможности выполнения спирометрии.

Дополнительные КТ-критерии: выявление «воздушных ловушек» в 6 и более сегментах и внутридольковой эмфиземы в 8 и более сегментах повышает шансы диагностики ХОБЛ в 19,28 раза.

Биомаркеры: ЭхоКГ и уровень NT-proBNP помогают верифицировать ХСН и является оптимальным подходом.

Онкологическая настороженность: у пожилых пациентов с нарастающим БОС необходимо исключать новообразования легких.

Бронхообструктивный синдром + сердечно-сосудистые заболевания

ХОБЛ и нарушенная легочная функция ассоциированы с повышенным риском сердечно-сосудистых событий.

Клинические особенности: у пациентов с сочетанием ИБС и ХОБЛ/БА отмечается утяжеление симптомов, более частое развитие обострений и ухудшение бронхиальной проходимости.

Терапевтические подходы:

1. Двойная бронходилатация — основа терапии стабильной ХОБЛ.
2. Всем пациентам с ХОБЛ показана вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции.
3. Требуется тщательный контроль сердечно-сосудистой терапии с учетом возможных взаимодействий.

Бронхообструктивный синдром + ГЭРБ

ГЭРБ — один из факторов развития плохо контролируемой БА. Высокая распространенность гастроэзофагеальных рефлюксов (в т.ч. клинически «немых») среди пациентов с БА.

Клинические особенности: ГЭРБ может манифестировать преимущественно респираторными симптомами (кашель, хрипы, диспноэ), что затрудняет диагностику.

Терапевтические вызовы: лечение должно быть индивидуализированным, с учетом клинических проявлений и общих патогенетических факторов. Включение психотерапевтических методов в комплексную терапию пациентов с сочетанием БА и ГЭРБ оказывает дополнительный лечебный эффект и улучшает качество жизни

Бронхообструктивный синдром + сахарный диабет 2 типа

Коморбидность ХОБЛ и сахарного диабета 2 типа встречается часто и характеризуется отягощенным взаимовлиянием.

Особенности диагностики: для оценки изменений архитектоники мелких сосудов и ремоделирования бронхов у данной категории пациентов рационально выполнение тонкосрезовой МСКТ.

Влияние на прогноз: сочетание ХОБЛ и СД 2 типа ухудшает течение обоих заболеваний, увеличивает риск обострений и летальности.

Терапевтические подходы: требуется коррекция глюкозоснижающей терапии с учетом возможного влияния глюкокортикостероидов (особенно системных) на углеводный обмен. Предпочтительны ингаляционные формы ГКС

Фенотипы БА с ожирением

Ожирение — фактор риска развития БА и ее более тяжелого течения. Выделен особый фенотип — БА у пациентов с ожирением, при котором наличие и степень ожирения определяют тяжесть течения и резистентность к стандартной терапии.

Клинические особенности: снижение контроля над заболеванием, повышение частоты обострений и длительности госпитализаций, снижение качества жизни.

Генетические ассоциации: полиморфизмы гена ADRB2 (rs1042713 и rs1042714) ассоциированы с риском неконтролируемого течения БА у пациентов с ожирением. В частности, генотип Gly16Gly повышает риск отсутствия контроля почти в 10 раз.

Терапевтические подходы: требуется междисциплинарный подход, включающий не только терапию БА (с возможным назначением более высоких доз ИГКС), но и меры по снижению массы тела

Бронхообструктивный синдром в постковидном периоде

Постковидный синдром часто включает бронхообструктивные проявления — от формирования гиперреактивности дыхательных путей до дебюта тяжелой бронхиальной астмы.

Терапевтические вызовы: у таких пациентов эффективна генно-инженерная биологическая терапия (таргетные препараты), которая позволяет достичь контроля над заболеванием.

Вывод: необходима настороженность в отношении дебюта респираторных заболеваний в постковидном периоде для своевременной диагностики и адекватной терапии

Терапевтические вызовы: персонализация и ГИБТ

Принципы ступенчатой терапии БА (GINA 2025, новые КР):

На Ступенях 1-2 предпочтительна терапия по требованию ИГКС-формотеролом.

На Ступенях 3-5 — режим постоянной поддерживающей терапии и купирования симптомов (MART).

Монотерапия короткодействующими β 2-агонистами (КДБА) более не рекомендуется из-за рисков.

Таргетная терапия при тяжелой БА:

Пять основных групп: омализумаб (анти-IgE), меполизумаб/реслизумаб (анти-IL-5), бенрализумаб (анти-IL-5R), дупилумаб (анти-IL-4R), тезепелумаб (анти-TSLP).

Тезепелумаб — первый биологический препарат для лечения неконтролируемой тяжелой БА независимо от фенотипа/эндотипа.

Раннее начало биологической терапии важно для предотвращения ремоделирования дыхательных путей.

Терапевтические вызовы: безопасность и приверженность

Проблема полипрагмазии: у коморбидных пациентов с БОС часто одновременно назначаются бронходилататоры, ИГКС, антигипертензивные препараты, антиагреганты, гипогликемические средства, антисекреторные препараты и др.

Ключевые риски взаимодействий:

β -блокаторы могут ухудшать бронхиальную проходимость (предпочтительны кардиоселективные).

Системные ГКС — гипергликемия, декомпенсация СД.

Ингибиторы АПФ — кашель (дифференциальная диагностика с обострением БА).

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) — могут провоцировать бронхоспазм.

Пути решения: междисциплинарное взаимодействие пульмонологов и врачей других специальностей, регулярный пересмотр списка препаратов («deprescribing»), обучение пациентов технике ингаляций и основам самоконтроля

Клинический алгоритм ведения пациента с коморбидным бронхообструктивным синдромом

Оценка фенотипа и нозологии: установление основного заболевания (ХОБЛ, БА, ХСН, ГЭРБ и др.) и выявление всех коморбидных состояний.

Диагностический минимум: спирометрия, ЭхоКГ, NT-proBNP, КТ ОГК (при неясной этиологии БОС), ЭГДС/рН-метрия (при подозрении на ГЭРБ).

Оценка контроля и рисков: частота обострений, функция легких, контроль симптомов (АСТ-тест, АСQ-5), качество жизни (SGRQ), оценка приверженности терапии.

Персонализированная терапия:

Базисная терапия ХОБЛ — двойная бронходилатация (ДДАХ/ДДБА).

Базисная терапия БА — ступенчатый подход с использованием ИГКС/ДДБА, при тяжелом течении — ГИБТ.

Лечение коморбидных заболеваний в соответствии с профильными КР.

Немедикаментозные меры (отказ от курения, вакцинация, физическая активность).

Мониторинг и коррекция: динамическое наблюдение, оценка эффективности и безопасности терапии, своевременная коррекция.

Заключение и выводы

БОС на фоне коморбидных заболеваний — частое и клинически значимое состояние, требующее междисциплинарного подхода и персонализированной терапии.

Новые клинические рекомендации МЗ РФ (2025) по ХОБЛ и БА акцентируют внимание на диагностике коморбидных состояний и комплексном ведении пациентов.

Дифференциальная диагностика причин БОС, особенно между ХОБЛ и ХСН, должна включать современные инструментальные методы (КТ, ЭхоКГ, NT-proBNP).

Персонализированная таргетная терапия (ГИБТ) открывает новые возможности для достижения контроля и даже клинической ремиссии у пациентов с тяжелой БА.

Терапевтические вызовы (полипрагмазия, взаимодействия, приверженность) требуют постоянного внимания и активного обучения пациентов.

Основной посыл: ведение пациента с БОС должно быть комплексным, с обязательным учетом всей коморбидной патологии, что является залогом эффективности лечения и улучшения прогноза.

**Благодарю за
внимание!**