Ю.М. Мостовий, д.м.н., професор,
Н.О. Пентюк, к.м.н., кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Питання діагностики та лікування бронхіальної астми в окремих клінічних ситуаціях

Незважаючи на вагомі успіхи в діагностиці і лікуванні бронхіальної астми (БА), проблеми, пов'язані з курацією цього контингенту хворих, остаточно не вирішені.

Безумовно, впровадження з 1999 р. в практичну діяльність лікарів державних узгоджувальних документів позитивно вплинуло як на результати раннього виявлення БА, так і на ефективність лікування. Однак нерідко в повсякденній роботі пульмонолога виникають ситуації, що потребують знань не лише із сумісних терапевтичних, а й з інших медичних спеціальностей. Наведемо декілька нетипових клінічних випадків із нашої практики. Сподіваємося привернути увагу лікарів усіх терапевтичних спеціальностей, адже БА потрапляє в поле зору не лише пульмонологів та алергологів.

Клінічний випадок №1

Хворий 55 років протягом останніх 5 років спостерігається в пульмонолога з приводу персистуючої середньотяжкої БА контрольованого перебігу. Контроль над захворюванням забезпечується застосуванням флутиказону/сальметеролу в дозі 250/50 мкг двічі на добу. Нещодавно пацієнт переніс тяжкий стресовий епізод, після якого відмічає появу головного болю, запаморочення, стійке підвищення артеріального тиску (АТ) до 160/100 мм рт. ст. За рекомендацією кардіолога почав приймати еналаприл 10 мг на добу та дилтіазем 120 мг на добу. Через 3 тиж стан покращився, головний біль і запаморочення зникли, проте з'явились набряки нижніх кінцівок і сухий кашель. У зв'язку з цим хворий звернувся до пульмонолога.

Виявилося, що епізоди кашлю турбують хворого як уночі, так і вдень, це утруднює сон і знижує фізичну активність. Для угамування кашлю хворий застосовує β_2-агоніст короткої дії.

Під час фізикального обстеження: над легенями помірно жорстке везикулярне дихання, тони серця ритмічні, не змінені, набряки нижніх кінцівок. У зв'язку з новими симптомами лікар ставить діагноз «Персистуюча середньотяжка БА, частково контрольований перебіг. Гіпертонічна хвороба II стадії. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок» і призначає лікування: флутиказон/сальметерол 500/50 мкг, діосмін 600 мг та торасемід 10 мг на добу. Чи правильну тактику обрав пульмонолог?

Респіраторні симптоми, що турбують пацієнта вдень і вночі, можуть свідчити про втрату контролю над перебігом БА і будуть супроводжуватися відповідними змінами показників функції зовнішнього дихання (ФЗД). У той же час цілком імовірно, що поява сухого кашлю може бути пов'язана із застосуванням еналаприлу. Відомо, що кашель у разі терапії інгібіторами ангіотензинперетворювального ферменту виникає в 5-23% випадків і може з'являтися як після прийому першої дози, так і через кілька місяців лікування. Патогенез кашлю пов'язують із накопиченням брадикініну, субстанції Р та вторинною стимуляцією продукції простагландинів.

Набряки нижніх кінцівок, що виникли у хворого, навряд чи пов'язані з варикозною хворобою вен. Більш імовірно, що вони є небажаним ефектом дилтіазему, в такому випадку немає потреби в прийомі сечогінних і венотонізувальних засобів. Відомо, що набряки нижніх кінцівок виникають у 2,4% випадків у разі прийому дилтіазему, 10-25% – амлодипіну та 0,9% – лерканідипіну і пов'язані з підвищенням капілярного гідростатичного тиску внаслідок переважної дилатації прекапілярних судин. За нашими спостереженнями, 20-30% хворих на БА та ХОЗЛ страждають також і на гіпертонічну хворобу. У цих пацієнтів гіпотензивними препаратами вибору можуть стати блокатори рецепторів ангіотензину II, антагоністи кальцію III покоління та сечогінні препарати. З нашої точки зору, лікар повинен був у першу чергу змінити антигіпертензивну терапію і лише після цього переглядати основний діагноз за умови, що кашель зберігається і є відповідні зміни ФЗД.

Клінічний випадок №2

Лікар-кардіолог звернувся за порадою до колеги-пульмонолога стосовно пацієнта 57 років, якого він спостерігає з приводу ішемічної хвороби серця (ІХС), стабільної стенокардії напруги II ФК, пароксизмальної форми фібриляції передсердь, СН 0. Після нещодавно перенесеної негоспітальної пневмонії хворого стали турбувати епізоди свистячого дихання та експіраторної задишки 1-2 рази на міс вночі або вдень. Показники ФЗД, рентгенограма органів грудної клітки (ОГК) не змінені. Пульмонолог діагностував інтермітуючу БА та призначив β_2-агоністи короткої дії за потребою. Чи дозволяють наведені дані встановити такий діагноз і чи правильно обрано тактику лікування?

Вищенаведені симптоми характерні для інтермітуючої БА і згідно з нормативними документами в такому випадку слід призначати β_2-агоністи короткої дії за потребою. Однак в описаній ситуації необхідно зважати на супутню патологію хворого, оскільки у випадку ІХС навіть одноразовий прийом β_2-агоніста короткої дії пришвидшує ЧСС на 9-12 уд/хв, а в разі тривалого прийому відносний ризик виникнення синусової тахікардії становить 3,06, інфаркту міокарда – 3,22. Застосування β_2-агоністів короткої дії у хворих на ІХС має певні ризики і може призвести до непрогнозованих кардіальних подій (раптової смерті, інфаркту, тахіаритмій). На наш погляд, пацієнту слід призначити низькі дози інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІКС) і через 3 міс визначитися з подальшою тактикою: у разі ефективності терапії мінімізувати дозу ІКС, у випадку неефективності призначити комбіновану терапію. Відхилення від протоколу лікування в цьому випадку є клінічно виправданим.

Клінічний випадок №3

Жінка 52 років з надлишковою масою тіла спостерігається в пульмонолога протягом 10 років з приводу персистуючої середньотяжкої БА контрольованого перебігу. Постійно приймає флутиказон/сальметерол 250/50 мкг двічі на добу. Скаржиться на сухий кашель, епізоди кровохаркання, посилення задишки в разі незначного фізичного навантаження. З анамнезу відомо, що хвора була прооперована з приводу фіброміоми матки. Операція проведена під загальною анестезією (інгаляційний наркоз), пройшла задовільно; хвора перебувала на ліжковому режимі протягом 7 діб. На 4-ту добу після операції виник кашель, посилилась задишка, почали з'являтися домішки крові в мокротинні. Під час проведення рентгенографії ОГК та ЕКГ змін не виявлено. Пацієнтка була переведена до терапевтичного відділення, де її оглянув пульмонолог, діагностував загострення БА і призначив збільшити дозу флутиказону/сальметеролу до 500/50 мкг двічі на добу, проводити небулізацію розчином β_2-агоніста короткої дії і флутиказону, а також гемостатичну терапію. Чи можна розцінити такий стан як загострення БА у зв'язку з проведенням інгаляційного наркозу? Чи має місце інша причина, якщо так, то який об'єм обстежень потрібно виконати для уточнення діагнозу?

Уважний аналіз анамнезу дозволяє зрозуміти, що підстав думати про загострення БА немає. Разом з тим у цій ситуації необхідно виключити тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА), адже в пацієнтки є певні фактори ризику (надлишкова маса тіла, оперативне втручання, тривалий період гіподинамії), а наростаюча задишка і кровохаркання можуть бути симптомами цієї патології. Часто в разі БА задишка, ядуха, кашель стають звичними як для хворого, так і для лікаря, що може призводити не лише до гіпердіагностики неконтрольованого перебігу цього захворювання, а й до гіподіагностики інших станів, зокрема ТЕЛА.

Сьогодні ТЕЛА вийшла з формату казуїстичної патології. Проведений нами аналіз 2260 історій хвороб померлих протягом 1993-2002 рр. свідчить, що в 5,3% випадків саме ТЕЛА стала причиною смерті пацієнтів. У клінічній картині ТЕЛА домінує низка синдромів: легенево-плевральний (бронхоспазм, диспное, кровохаркання, шум тертя плеври, плевральний випіт, рентгенологічні зміни), кардіальний (загрудинний біль, тахікардія, гіпотензія, блокада правої ніжки пучка Гіса, перевантаження правих відділів серця та ін.), абдомінальний (біль і важкість у правому підребер'ї), церебральний (синкопальні стани) та нирковий (олігоанурія) синдроми. Для верифікації діагнозу ТЕЛА слід провести комп'ютерну томографію (КТ) ОГК та визначити вміст продукту деградації фібрину D-димеру (перевищує 500 мкг/л).

Клінічний випадок №4

Чоловік 43 років близько 2 міс тому звернувся до пульмонолога зі скаргами на напади ядухи, що турбували щоденно, нічні напади кашлю близько 2 разів на тиждень. Хворий акцентує увагу на дихальному дискомфорті у вигляді «недостатності вдиху», внаслідок чого потрібно робити кілька вдихів для відчуття повноти дихання, а також на часте покашлювання протягом дня, порушення нічного сну.

Хворому виконано дослідження ФЗД, під час якого встановлено, що об'єм

Ю.М. Мостовий

форсованого видиху за 1-шу секунду ($ОФВ_1$) становить 70% від належного, а добові коливання $ОФВ_1$ – понад 30%. Встановлено діагноз «Персистуюча середньотяжка БА, неконтрольований перебіг». Рекомендовано флутиказон/сальметерол 250/50 двічі на добу. Через 2 міс стан покращився, напади ядухи зникли, однак дихальний дискомфорт та покашлювання продовжують турбувати хворого і наразі є домінуючими в його стані. Для виключення інших захворювань легень (раку, туберкульозу, ТЕЛА, фіброзувального альвеоліту) проведено КТ ОГК та бронхоскопію, для виключення рефлекс-езофагіту – езофагогастродуоденоскопію. Патологічних змін не виявлено. Чи потребує хворий перегляду діагнозу або збільшення дози флутиказону/сальметеролу і які подальші рекомендації слід дати цьому пацієнту?

Після тривалого обстеження пацієнта була висловлена точка зору, що симптомокомплекс може бути проявом соматоформної вегетативної дисфункції верхніх дихальних шляхів. Дійти такого висновку допомогла деталізація скарг, а саме: симптом «порожнього дихання» та покашлювання як прояв нав'язливого стану, безсоння. За нашими даними, соматопсихічні розлади є досить частими супутниками БА: невротичний, тривожний та депресивний синдроми зустрічаються відповідно у 42, 76 та 24% хворих на БА. Крім того, у 39% обстежених нами пацієнтів має місце поєднання критичних рівнів тривоги, невротизації та депресії. На нашу думку, діагноз БА у пацієнта не потребує перегляду, а доза флутиказону/сальметеролу є цілком адекватною. Хворий був проконсультований психіатром, йому призначено відповідні ліки. Через 3 тиж терапії симптоми дихального дискомфорту зникли.

Слід зазначити, що проблема соматоформної вегетативної дисфункції актуальна не лише для пульмонологів, а й для гастроентерологів, кардіологів, фахівців інших спеціальностей. Своєчасне її виявлення та призначення адекватного лікування дозволяє покращити якість життя хворого.

Проблема поєднаної патології в практиці лікаря набуває все більшої актуальності. Особливо складні ситуації виникають тоді, коли «маски» інших патологічних станів нашаровуються на класичні симптоми основного захворювання. Вважаємо, що розгляд клінічних ситуацій в площині коморбідності є важливим для лікаря-практика.