

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Перинатальная акушерства и гинекологии легкого факкультета
(наименование кафедры)

Рецензия _____
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ 1 _____ года обучения

по специальности акушерство и гинекология

Михайлова Александра Владимировна
(ФИО ординатора)

Тема реферата "Бронхиальная астма и беременность"

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	-
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	

Дата: « февраль 2010 год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

[Подпись]
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

Михайлова А.В.
(ФИО ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно- Ясенецкого" Министерства
здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«БЕРЕМЕННОСТЬ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии, акушерства
и гинекологии лечебного факультета
Михайлова А.В.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2020 г.

Содержание:

ВВЕДЕНИЕ

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

II. КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

III. ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У
БЕРЕМЕННЫХ

IV. ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

V. ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ

VI. ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

VII. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором играют роль многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление вызывает сопутствующее повышение гиперреактивности дыхательных путей, приводящим к повторным 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. Количество больных в мире сегодня оценивается более, чем в 300 млн человек; предполагается, что к 2025 их число достигнет 400 млн. Распространенность бронхиальной астмы в разных странах колеблется от 1 % до 18 % в общей популяции, среди беременных в России – в пределах 5–12 % в зависимости от региона, при этом до 2/3 беременных с бронхиальной астмой нуждаются в соответствующей терапии, но не получают ее.

КОД ПО МКБ-10

J45 Астма.

J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента.

J45.1 Неаллергическая астма.

J45.8 Смешанная астма.

J45.9 Астма неуточнённая.

O99.5 Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период.

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболеваемость бронхиальной астмой значительно возросла в последние три десятилетия. По заключению экспертов ВОЗ, бронхиальную астму относят к числу наиболее часто встречаемых хронических болезней: данное заболевание выявлено у 8–10% взрослого населения. В России бронхиальной астмой страдает более 8 млн человек. Женщины болеют бронхиальной астмой в два раза чаще, чем мужчины. Как правило, бронхиальная астма проявляется в детстве, что приводит к возрастанию числа больных детородного возраста. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в различных регионах Российской Федерации, существенно не отличаются от данных зарубежных авторов. Так, по данным ФГБУ «ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России, бронхиальной астмой страдает от 2 до 18% населения РФ, что составляет 7 млн. человек (9% среди детей, 5% среди взрослых).

Уровень заболеваемости бронхиальной астмы среди беременных женщин в РФ, по данным разных авторов, колеблется от 0,4–1,3 до 5,2%.

II. КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бронхиальную астму классифицируют на основе этиологии и тяжести заболевания, а также временных характеристик бронхиальной обструкции. В практическом отношении наиболее удобна классификация заболевания по степени тяжести. Данную классификацию применяют при ведении больных в период беременности. На основе отмеченных клинических признаков и показателей ФВД выделены четыре степени тяжести состояния пациента до начала лечения.

1. Бронхиальная астма интермитирующего
2. Бронхиальная астма лёгкого персистирующего течения
3. Бронхиальная астма средней тяжести
4. Бронхиальная астма тяжёлого течения

Бронхиальная астма интермитирующего (эпизодического) течения: симптомы возникают чаще одного раза в неделю, ночные симптомы не чаще двух раз в месяц, обострения коротки (от нескольких часов до нескольких дней), показатели функций лёгких вне обострения — в пределах нормы.

Бронхиальная астма лёгкого персистирующего течения: симптомы удушья возникают чаще одного раза в неделю, но реже одного раза в день, обострения могут нарушать физическую активность и сон, суточные колебания объёма форсированного выдоха за 1 с или пиковой скорости выдоха составляют 20–30%.

Бронхиальная астма средней тяжести: симптомы болезни проявляются ежедневно, обострения нарушают физическую активность и сон, ночные симптомы возникают чаще одного раза в неделю, объём

форсированного выдоха или пиковая скорость выдоха составляет от 60 до 80% должных значений, суточные колебания объёма форсированного выдоха или пиковая скорость выдоха 30%.

Бронхиальная астма тяжёлого течения: симптомы болезни проявляются ежедневно, обострения и ночные симптомы часты, физическая активность ограничена, объём форсированного выдоха или пиковая скорость выдоха 60% от должной величины, суточные колебания пиковой скорости выдоха 30%.

Если пациент уже проходит лечение, определять тяжесть заболевания необходимо, основываясь на выявленных клинических признаках и количестве ежедневно принимаемых лекарственных препаратов. Если симптомы лёгкой персистирующей бронхиальной астмы сохраняются, несмотря на проведение соответствующей терапии, заболевание определяют как персистирующую бронхиальную астму средней тяжести. Если на фоне лечения у больного появляются симптомы персистирующей бронхиальной астмы средней тяжести, ставят диагноз «Бронхиальная астма, тяжёлое персистирующее течение».

III. ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Доказано, что бронхиальная астма — наследственное заболевание. Дети больных бронхиальной астмой страдают данным заболеванием чаще, чем дети здоровых родителей. Выделяют следующие факторы риска развития бронхиальной астмы:

1. атопия;
2. гиперреактивность дыхательных путей, имеющая наследственный компонент и тесно связанная с уровнем IgE в плазме крови, воспалением дыхательных путей;
3. аллергены (домашний клещ, шерсть животных, плесневые и дрожжевые грибы, пыльца растений);
4. профессиональные сенсibilизирующие факторы (известно более 300 веществ, имеющих отношение к профессиональной бронхиальной астме);
5. табакокурение;
6. загрязнённость воздуха (диоксид серы, озон, окислы азота);

IV. ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

Развитие осложнений беременности и перинатальной патологии связано с тяжестью протекания бронхиальной астмы у матери, наличием обострений данного заболевания во время беременности и качеством проводимой терапии. У женщин, имевших обострения бронхиальной астмы во время беременности, вероятность возникновения перинатальной патологии в три раза выше, чем у пациенток со стабильным течением

болезни. К непосредственным причинам осложнённого течения беременности у больных бронхиальной астмой относят:

1. изменения ФВД (гипоксия);
2. иммунные нарушения;
3. нарушения гемостатического гомеостаза;
4. метаболические нарушения.

Изменения ФВД — главная причина гипоксии. Они напрямую связаны с тяжестью бронхиальной астмы и качеством проводимого в период беременности лечения. Иммунные нарушения способствуют развитию аутоиммунных процессов (АФС) и снижению противовирусной противомикробной защиты. Перечисленные особенности — главные причины часто встречаемой внутриутробной инфекции у беременных с бронхиальной астмой.

В период беременности аутоиммунные процессы, в частности АФС, могут вызывать поражения сосудистого русла плаценты иммунными комплексами. В результате возникает плацентарная недостаточность и задержка развития плода. Гипоксия и поражение сосудистой стенки вызывают расстройство гемостатического гомеостаза (развитие хронического ДВСсиндрома) и нарушение микроциркуляции в плаценте. Ещё одна важная причина формирования плацентарной недостаточности у женщин с бронхиальной астмой — метаболические нарушения. Исследования показали, что у больных бронхиальной астмой усилено перекисное окисление липидов, снижена антиокислительная активность крови и уменьшена активность внутриклеточных ферментов.

Физиологические изменения функции внешнего дыхания при беременности:

Показатель	Изменения
ОФВ1 *	Не изменяется
Пиковая объемная скорость выдоха	Не изменяется
Минутный объем/вентиляция	От +30 до +50 %
Общий объем легких	От +30 до +50 %
ОФВ1	Не изменяется
ФЖЕЛ**	Не изменяется
ОФВ1/ФЖЕЛ	Не изменяется
МОС 25–75 %***	Не изменяется
Функциональный остаточный объем	–18 %

* ОФВ1 – объем форсированного выдоха за 1 с;

**ФЖЕЛ – функциональная жизненная емкость легких;

***МОС 25% (75%) – Максимальная объемная скорость при выдохе 25% (75 %).

V. ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ

При бронхиальной астме в большинстве случаев беременность не противопоказана. Однако при неконтролируемом течении заболевания частые приступы удушья, вызывающие гипоксию, могут привести к развитию осложнений у матери и у плода. Так, у беременных, больных БА, развитие преждевременных родов отмечают у 14,2%, угрозу прерывания беременности — у 26%, ЗРП — у 27%, гипотрофию плода — у 28%, гипоксии и асфиксии плода при рождении — у 33%. Оперативное родоразрешение при данном заболевании проводят в 28% случаях.

VI. ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагноз бронхиальная астма является сугубо клиническим и устанавливается на основании жалоб и анамнестических данных пациента, клинико-функционального обследования с подтверждением обструкции ВП и ее обратимости, специфического аллергологического обследования (кожные тесты с аллергенами и/или определение специфического IgE в сыворотке крови) и исключения других заболеваний. Важнейшим фактором диагностики является тщательный сбор анамнеза, который укажет на причины возникновения, продолжительность клинических проявлений и разрешение симптомов, наличие аллергических реакций у пациента и его кровных родственников, причинно-следственные особенности возникновения признаков болезни и ее обострений.

Жалобы, анамнез, физикальное обследование:

Первичное обследование:

Диагностика бронхиальной астмы основана на обнаружении характерных симптомов и признаков при отсутствии альтернативного объяснения их возникновения. Главным является получение точной клинической картины (истории). Проводя первичную диагностику, основывайтесь на тщательной оценке симптомов и степени обструкции дыхательных путей.

Клинические признаки, повышающие вероятность наличия бронхиальной астмы:

1. Наличие более одного из следующих симптомов: хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, особенно в случаях:
 - ухудшения симптомов ночью и рано утром;
 - возникновения симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха;
 - возникновения симптомов после приема аспирина или бета-блокаторов.
2. Наличие атопических заболеваний в анамнезе;
3. Наличие БА и/или атопических заболеваний у родственников;

4. Распространенные сухие свистящие хрипы при выслушивании (аускультации) грудной клетки;
5. Низкие показатели пиковой скорости выдоха или объёма форсированного выдоха за 1 секунду (ретроспективно или в серии исследований), необъяснимые другими причинами;
6. Эозинофилия периферической крови, необъяснимая другими причинами.

Клинические признаки, уменьшающие вероятность наличия БА:

1. Выраженные головокружения, потемнение в глазах, парестезии;
2. Хронический продуктивный кашель при отсутствии свистящих хрипов или удушья;
3. Постоянные нормальные результаты обследования грудной клетки при наличии симптоматики;
4. Изменение голоса;
5. Возникновение симптомов исключительно на фоне простудных заболеваний;
6. Наличие существенной истории курения (более 20 пачек/лет);
7. Заболевания сердца;
8. Нормальные показатели пиковой скорости выдоха или спирометрии при наличии клинических проявлений (нормальная спирометрия при отсутствии клинических проявлений не исключает диагноза бронхиальной астмы. Повторные исследования функции легких часто более информативны, чем единичное обследование).

У пациентов с высокой вероятностью бронхиальной астмы сразу приступайте к пробному лечению. Если лечение не дает результатов, еще раз оцените комплайнс и технику использования ингаляторов, исключите наличие сопутствующих заболеваний, которые могут утяжелять симптомов бронхиальной астмы. У пациентов с низкой вероятностью бронхиальной астмы, у которых симптомы предположительно могут быть результатом другого диагноза, проведите обследование и назначьте лечение соответственно ситуации.

Инструментальная диагностика

Метод **спирометрии** позволяет выявить наличие обструкции и ее обратимость. Однако нормальные показатели спирометрии (или пикфлоуметрии) не исключают диагноза бронхиальной астмы. Бронходилатационный тест может выявить скрытую обратимую бронхиальную обструкцию. Тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР), а также маркеры аллергического воспаления дыхательных путей могут подтверждать диагноз бронхиальной астмы. Однако нормальные показатели, особенно в момент, когда симптоматика отсутствует, не исключают диагноз бронхиальной астмы.

Если при исходном спирометрическом исследовании регистрируются признаки бронхиальной обструкции, то выполняется тест на обратимость (бронходилатационный тест) с целью выявления степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов.

Исследование бронхиальной гиперреактивности

Тесты бронхиальной гиперреактивности (БГР) не применяются широко в клинической практике. Обычно выявление БГР основано на измерении ответа показателя ОФВ₁ в ответ на ингаляцию повышающихся концентраций метахолина. Ответ рассчитывается в виде концентрации (или дозы) провокационного агента, вызывающих 20% падение показателя ОФВ₁ (ПК20 или ПД20) с использованием линейной интерполяции логарифма концентрации кривой доза-ответ. Другие применяемые бронхоконстрикторные тесты – с непрямыми провокационными агентами (маннитол, тест с физической нагрузкой). Положительный ответ на эти стимулы (т.е. падение ОФВ₁ более, чем на 20%) – специфический индикатор бронхиальной астмы. Однако эти тесты менее специфичны, чем исследования с метахолином и гистамином, особенно у пациентов, получающих препараты для лечения бронхиальной астмы.

Мониторирование пиковой скорости выдоха

Регистрируется лучший показатель пиковой скорости выдоха (ПСВ) после 3 попыток выполнения форсированного маневра с паузой, не превышающей 2 сек после вдоха. Маневр выполняется сидя или стоя. Большее количество измерений выполняется в том случае, если разница между двумя максимальными показателями ПСВ превышает 40 л/мин.

VII. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

Профилактика осложнений гестации у беременных с бронхиальной астмой состоит в полноценном лечении заболевания. При необходимости проводят базисную терапию с использованием ингаляционных глюкокортикостероидов согласно рекомендациям группы Глобальной Инициативы по Астме (GINA). Обязательно лечение хронических очагов инфекции на этапе предгравидарной подготовки.

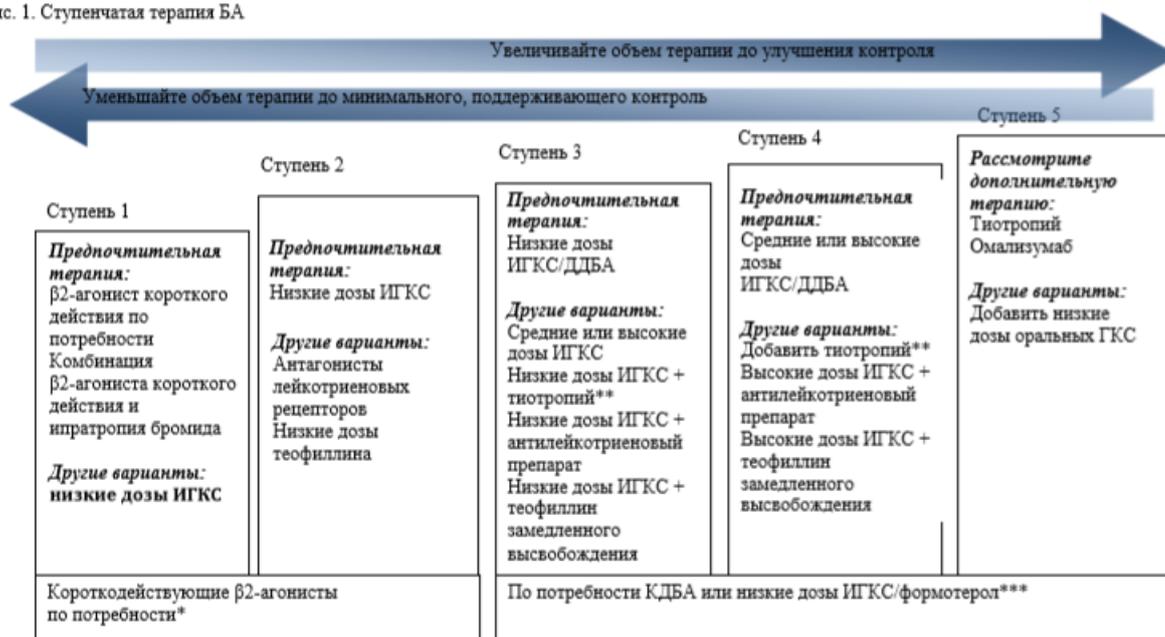
Ступенчатая терапия бронхиальной астмы:

- Основным принципом лечения бронхиальной астмы является ступенчатый подход с увеличением объема терапии при отсутствии контроля и/или наличии факторов риска обострений и снижении объема терапии при достижении и сохранении стабильного контроля и отсутствии факторов риска

- Каждая ступень включает варианты терапии, которые могут служить альтернативами при выборе поддерживающей терапии бронхиальной астмы, хотя и не являются одинаковыми по эффективности (рис. 1).
- Выбор объема терапии, соответствующего той или иной ступени, зависит от выраженности клинических проявлений бронхиальной астмы (рис. 1).
- Если лечение неэффективно или ответ на него недостаточен, проверьте технику ингаляции, соблюдение назначений, уточните диагноз и оцените сопутствующие заболевания; только после соблюдения этих условий следует повышать объем терапии (переход на ступень вверх).
- Обучение пациента и контроль над факторами окружающей среды являются важными составляющими эффективной терапии.
- При принятии решения, какой препарат снижать первым и с какой скоростью, должны быть приняты во внимание тяжесть бронхиальной астмы, побочные эффекты лечения, продолжительность приема текущей дозы, достигнутый положительный эффект и предпочтения пациента.
- Снижение дозы ИГКС должно быть медленным в связи с возможностью развития обострения. При достаточном контроле возможно снижение дозы каждые три месяца, примерно от 25% до 50%.

Схема ступенчатой терапии бронхиальной астмы приводится на рис. 1.

Рис. 1. Ступенчатая терапия БА



* Регулярное назначение β2-агонистов как короткого, так и длительного действия не рекомендуется в отсутствие регулярной терапии ИГКС.

** Тиотропий в ингаляторе, содержащем раствор (Респимат), зарегистрирован в РФ для лечения пациентов старше 18 лет с сохраняющимися симптомами на фоне приема ИГКС или ИГКС/ДБА.

*** Если пациент получает терапию фиксированными комбинациями будесонид/формотерол или беклометазон/формотерол в низких дозах, возможно применение тех же препаратов для купирования симптомов, т.е. в режиме единого ингалятора (только для пациентов старше 18 лет).

**** Для детей 6-11 лет теофиллин не рекомендован. Предпочтительная терапия на ступени 3 – средние дозы ИГКС/формотерол.

Лечение осложнений гестации по триместрам

В первом триместре лечение бронхиальной астмы при возникновении угрозы прерывания беременности не имеет характерных особенностей. Терапию проводят по общепринятым правилам.

Во втором и третьем триместре лечение акушерских и перинатальных осложнений должно включать коррекцию основного лёгочного заболевания, оптимизацию окислительно-восстановительных процессов. Для снижения интенсивности липидной перекисидации, стабилизации структурно-функциональных свойств клеточных мембран, нормализации и улучшения трофики плода применяют следующие лекарственные средства:

- фосфолипиды+поливитамины по 5 мл внутривенно в течение 5 дней, затем по 2 таблетки 3раза в день в течение трёх недель;
- витамин Е;
- актовегин© (400 мг внутривенно 5 дней, затем по 1 таблетке 2–3 раза в день в течение двух недель).

Для предотвращения развития инфекционных осложнений проводят иммунокоррекцию:

- иммунотерапия интерфероном-а2 (по 500 тысяч ректально дважды в сутки в течение 10 дней, затем дважды в сутки через день в течение 10 дней);
- антикоагулянтная терапия (гепарин, антиагреганты)

При выявлении повышенного уровня IgE в плазме крови, маркёров аутоиммунных процессов (волчаночный антикоагулянт, АТ к ХГЧ) с признаками внутриутробного страдания плода и отсутствии достаточного эффекта от консервативной терапии показано проведение лечебного плазмафереза. Проводят 4–5 процедур 1–2 раза в неделю с выведением до 30% объёма циркулирующей плазмы.

Лечение осложнений в родах и послеродовом периоде

Во время родов продолжают терапию, направленную на улучшение функций фетоплацентарного комплекса. Терапия включает введение препаратов, улучшающих плацентарный кровоток — ксантинола никотинат (10мл с 400мл изотонического раствора натрия хлорида), а также приём пирацетама для профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода (по 2 г в 200мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно). Для предотвращения приступов удушья, провоцирующих развитие гипоксии плода, во время родов продолжают терапию бронхиальной астмы с использованием ингаляционных глюкокортикоидов. Пациентам, принимавшим системные глюкокортикостероиды, а также при нестабильном течении бронхиальной астмы необходимо парентеральное введение преднизолона в дозе 30–60 мг (или дексаметазона в адекватной дозе) в начале первого периода родов, а при продолжительности родов более 6 часов инъекцию глюкокортикостероида повторяют в конце второго периода родов.

Используемая литература:

1. Клинические рекомендации: Бронхиальная астма.
Профессиональные ассоциации: МОО Российское респираторное общество, ММО Педиатрическое респираторное общество, 2016 год.
2. Бронхиальная астма и беременность. Лаврова О.В., Дымарская Ю.Р.
Журнал «Практическая пульмонология»
3. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных
Шехтман М.М. М., "Триада", 2005, - 610- 621 стр.