

Серия «Практики здоровья»

Марина Голубовская

НАУЧИТЬСЯ ЖИТЬ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ростов-на-Дону
«ФЕНИКС»
2026

УДК 616.2
ББК 54.12
КТК 351
Г62

Голубовская, Марина.

Г62 Научиться жить с бронхиальной астмой / Марина Голубовская. — Ростов н/Д : Феникс, 2026. — 143 с. : ил. — (Практики здоровья).

ISBN 978-5-222-42235-9

Эта книга, основанная на обширном практическом опыте, станет незаменимым настольным руководством для людей, страдающих бронхиальной астмой. Простым и доступным языком автор рассказывает о заболевании, его причинах и механизмах развития, а также о методах контроля и лечения. Книга содержит реальные примеры из клинической практики, и это позволяет читателю легко понять, что нужно и чего нельзя делать при астме, какие препараты необходимо принимать на постоянной основе и почему, а какие — с осторожностью; также подробно объясняется, как правильно пользоваться ингаляционными и другими необходимыми астматическими устройствами.

Информация, представленная в книге, поможет пациенту наладить эффективное взаимодействие с лечащим врачом, стать его активным и осведомленным партнером в процессе лечения и контроля астмы. Каждый прочитавший эту книгу осознает, что астма — это не приговор и с правильным подходом можно вести полноценную жизнь, не уступающую в качестве жизни здоровых людей.

УДК 616.2
ББК 54.12

ISBN 978-5-222-42235-9

© Голубовская Марина, 2026
© Алифанова Светлана, дизайн обложки, 2026
© Оформление: ООО «Феникс», 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глоссарий	8
Что такое бронхиальная астма?	11
Дыхательная система	15
Причины развития бронхиальной астмы	20
Патологические процессы, развивающиеся в бронхах при бронхиальной астме	37
Клинические проявления бронхиальной астмы	42
Понятие контроля бронхиальной астмы	60
Диагностика бронхиальной астмы	66
Дневник самоконтроля	82
Лечение бронхиальной астмы	84
Немедикаментозное лечение астмы	116
Часто задаваемые пациентами вопросы о бронхиальной астме	130
Достижение и поддержание контроля астмы — залог успеха в борьбе с заболеванием	134
Список литературы	139

ВВЕДЕНИЕ

Почему я написала эту книгу?

В течение десятков лет я сталкиваюсь с проблемой бронхиальной астмы. Именно с проблемой. Это не только диагностика и лечение заболевания, это обучение пациентов, анализ научных статей, международных рекомендаций. Любая тема, касающаяся различных аспектов астмы, вызывает живой интерес как у врачей, так и у пациентов. Несмотря на усилия врачей всего мира, заболеваемость бронхиальной астмой растет, смертность не уменьшается. Во всех существующих рекомендациях по ведению больных с астмой указано: «обучение пациентов». Во многих странах на государственном уровне рекомендовано открытие астма-школ. Однако не все пациенты в силу занятости или недопонимания важности посещают эти школы; нет качественных материалов для пациентов.

Многие готовы к онлайн-обучению, но этого нет. Попробуйте найти какое-либо методическое руководство для пациентов. Таких книг мало, зачастую это очень перегруженные научно-медицинской информацией издания. В интернете слишком много противоречивой информации, которая, к сожалению, не всегда достоверна.

Несмотря на то что медицинское сообщество хорошо осведомлено о природе бронхиальной астмы, уровень заболеваемости продолжает расти, число случаев смерти увеличивается, а качество жизни пациентов остается неудовлетворительным. У нас доступны великолепные препараты для лечения астмы, а мы до сих пор не умеем правильно лечиться. Подчеркиваю: именно лечиться, так как неуспех в терапии астмы — это равная ответственность как врача, так и пациента.

Начать свой рассказ я хотела бы с первого (именно первого) пациента в моей врачебной практике.

Середина 1990-х годов. Подходы к лечению такие же, как сегодня, но лекарства другие. Больные, поступающие в стационар, были разными: кто-то ложился, чтобы выздороветь, кто-то поступал с астматическим статусом, очень тяжелый. И вот я, вчерашняя студентка, в свой первый рабочий день захожу в палату к пациенту с сильнейшим приступом удушья. Как нас учили, начинаю опрашивать пациента. Пациент же кидает мне в лицо выписку из нашего стационара. Он выписался от нас три дня назад, и вот опять приступ удушья. Диагноз ясен, жалобы тоже, слов не нужно. Я бегу к медицинской сестре и прошу помочь больному, сделать внутривенную инъекцию раствора эуфиллина 10 мл. Так написано во всех учебниках, так нас учили, и я уверена, что это правильно. И тут второй удар: медицинская сестра говорит, что это не так, на практике так приступ не купируют...

Вот такой был мой первый пациент. Я благодарна судьбе, что сразу получила урок. Параллельно с работой я приступила опять к учебе... В ту пору интернета не было. Я нашла всю возможную литературу, проводила много времени в библиотеках. Также были бесконечные дежурства по стационару, которые многому научили. Были мои учителя: профессор Иоффе Лев Цодикович, врачи нашего отделения, медицинские сестры.

Но история с моим первым пациентом на этом не закончилась. Спустя год он потребовал, чтобы его лечащим врачом была только я. Теперь я получила самую высокую оценку как врач-пульмонолог.

За пять лет работы в стационаре я стала настоящим врачом-пульмонологом, кандидатом медицинских наук. Тема моей диссертации объединила две основные проблемы астмы: обучение пациентов, страдающих астмой, и правильные принципы их лечения. На протяжении многих лет я проводила астма-школы для пациентов. Этот опыт ни с чем не сравнить. Самый требовательный оппонент — это пациент. Пациенту интересны мельчайшие детали, он своими вопросами часто ставит в тупик. Как следствие — необходима серьезная подготовка со стороны врача. Важно не только знать ответ на вопрос, но и донести его на простом, понятном пациенту языке.

О чем эта книга? Это настольное руководство для пациентов: как понять бронхиальную астму и научиться жить с ней. Книга, основанная на большом практическом опыте.

В ней мы:

- дадим определение бронхиальной астмы как хронического воспалительного заболевания;

- пойдем строение дыхательных путей;
- обсудим факторы риска развития бронхиальной астмы;
- вспомним симптомы бронхиальной астмы;
- остановимся на основных методах диагностики астмы: пикфлоуметрии и спирометрии;
- разберем и пойдем, что такое контроль астмы;
- выясним, что значит мониторинг астмы;
- рассмотрим современные подходы к лечению бронхиальной астмы и лекарственные препараты: средства скорой помощи и базисную терапию;
- углубимся в ингаляционные средства доставки препаратов и технику использования различных типов ингаляционных устройств;
- рассмотрим немедикаментозное лечение астмы: что можно и нужно делать, а чего делать нельзя.

Поскольку мы будем касаться многих медицинских терминов, без которых очень сложно объяснить некоторые моменты, я решила сделать глоссарий, заглянув в который можно понять, что означает тот или иной медицинский термин, используемый в этой книге.

ГЛОССАРИЙ

Базисная терапия астмы — это постоянный длительный прием (ингаляция) противовоспалительных препаратов (глюкокортикостероидов).

Биодоступность — объем и скорость поступления активного вещества в системный кровоток.

Бокаловидные клетки — продуцирующие слизь клетки эпителия слизистой оболочки внутренних органов.

Бронхоспазм — это спазм бронхов, проявляющийся одышкой с затруднением выдоха или удушьем.

Гиперреактивность бронхов — состояние, проявляющееся в чрезмерной бронхоспастической реакции на различные раздражители (резкие запахи, дым, пыль, холодный или влажный воздух, физическую нагрузку и др.). Является ведущей характеристикой астмы.

Депозиция препарата — оседание препарата в дыхательных путях.

ИГКС — ингаляционные глюкокортикостероиды.

Медиаторы — биологически активные вещества, выделяемые нервными окончаниями.

ОФВ₁ — объем форсированного выдоха в первую секунду.

Парасимпатическая нервная система — часть вегетативной нервной системы, которая снижает частоту сердечных сокращений, сужает просвет бронхов, замедляет пищеварение, уменьшает интенсивность обмена веществ. Активизируется, когда возникает потребность отдохнуть и набраться сил, ночью.

Пикфлоуметрия — измерение пиковой скорости выдоха.

ПСВ — пиковая скорость выдоха.

Ремоделирование дыхательных путей — это устойчивое, необратимое изменение структуры дыхательных путей.

Реснитчатый эпителий — это микроскопические реснички на поверхности слизистой оболочки дыхательных путей, находящиеся в постоянном движении.

Рецепторы — нервные окончания.

Сенсибилизация организма — приобретение организмом специфической повышенной чувствительности к чужеродным веществам — аллергенам, повышение его чувствительности к воздействию раздражителей.

Симпатическая нервная система — часть вегетативной нервной системы, которая растрчивает энергию с целью активизации организма, учащает сердцебиение, расширяет просвет бронхов, активизирует процесс пищеварения, повышает интенсивность обмена веществ. Ее активность наиболее выражена в дневное время.

Спирометрия — метод функциональной диагностики легких, основанный на объемных и скоростных показателях.

Толерантность — привыкание, снижение реакции.

Тропность — избирательность, привязанность к определенным типам клеток, тканей или органов.

Фенотип — совокупность внешних и внутренних признаков организма, приобретенных в результате индивидуального развития. То есть это физическое проявление организма, которое можно наблюдать визуально, не прибегая к лабораторным исследованиям. Цвет глаз, окрас шерсти у животного, ранняя седина, строение тела, форма ушей — это все фенотипические признаки.

Элиминация — процесс выведения вещества из организма.

Эозинофилы — это тип белых кровяных клеток, которые играют важную роль в ответе организма при аллергических реакциях, астме и заражении паразитами.

ЧТО ТАКОЕ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА?

Приведу определение бронхиальной астмы, используемое врачами всего мира.

Бронхиальная астма — заболевание, которое может быть вызвано разными причинами, обычно сопровождается *хроническим воспалением дыхательных путей* и проявляется повторными эпизодами респираторных симптомов в виде свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди и кашля, *вариабельными по продолжительности и интенсивности*, вместе с *вариабельным ограничением скорости воздушного потока*. [1]

1. Заболевание может быть вызвано разными причинами — таковых у астмы множество. Это не только аллергия, как считают многие. Это гораздо большее количество вариантов. Астма многолика, у нее большое количество фенотипов. Фенотип — это отличие по внешним признакам. При проведении фенотипирования врачи находят ответы на вопросы о пусковых механизмах, особенностях клинического течения и необходимости персонализированной терапии астмы. [2]

2. Хроническое воспаление дыхательных путей — да, астма является хроническим заболеванием. Если диагноз поставлен, то это на всю жизнь. Как у любого хронического заболевания, у астмы есть периоды обострения и ремиссии; как любое хроническое заболевание, астму нужно контролировать и учиться с ней жить. Характер воспаления при астме — эозинофильный. Многие знают, что эозинофилы — это маркеры аллергии. Отсюда вывод: при астме есть аллергический компонент и его нужно лечить.
3. Повторные эпизоды респираторных симптомов в виде свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди и кашля — здесь отмечу только ключевые моменты. Более детально поговорим об этом в соответствующей главе. Итак, свистящее дыхание возникает на выдохе, одышка проявляется затруднением выдоха. Кашель, как правило, малопродуктивный. Мокрота прозрачная, стекловидная, скудная.
4. Симптомы переменны по продолжительности и интенсивности — приступ одышки может быть ночью, а утром пациент чувствует себя хорошо, иногда даже врач не верит, что ночью был приступ. Другой пример — когда пациент с астмой знает, что ему будет плохо в холодное время года, а в теплое он чувствует себя абсолютно здоровым. Одним словом, если спросить у астматика: «Бывают ли у вас светлые промежутки времени, когда вы чувствуете себя абсолютно здоровым?», пациент, страдающий бронхиальной астмой, ответит: «Да». Это и есть переменность.

5. Вариабельное ограничение скорости воздушного потока — ограничение воздушного потока измеряется при спирометрии или пикфлоуметрии. Как мы уже говорили, у пациентов затруднен выдох. Поэтому его и нужно измерить. Проблемы выдоха также вариабельны.

Вот так кратко я попыталась объяснить, что же такое бронхиальная астма.

Случай из практики.

Один пациент обратился ко мне с одышкой, с затруднением выдоха в большей или меньшей степени. Ему уже поставили диагноз «бронхиальная астма». Однако назначенные препараты для лечения астмы ему не помогли. Стали разбираться более детально. Пациенту был задан вопрос, бывают ли у него светлые промежутки времени, когда он чувствует себя абсолютно здоровым. Пациент ответил: «Нет, одышка присутствует всегда в большей или меньшей степени». Это и явилось ключевым фактором, чтобы задуматься о другом похожем заболевании. Действительно, после проведения соответствующей диагностики пациенту был поставлен другой диагноз: «ХОБЛ»¹ — и назначено соответствующее лечение, давшее положительный эффект.

Вот вам и одышка с затруднением выдоха.

¹ Хроническая обструктивная болезнь легких.

Астма — это хроническое заболевание.

Астма может возникнуть в любом возрасте.

Астма — воспалительное, но не инфекционное заболевание.

Астмой нельзя заразиться от других людей.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Дыхательная система обеспечивает поступление кислорода в организм и выделение углекислого газа. Дыхательная система включает в себя:

1. Органы дыхания — дыхательные пути (верхние и нижние), легкие, грудную клетку, дыхательную мускулатуру, плевральную полость.

2. Аппарат регуляции.

Верхние дыхательные пути (полость носа, ротовая полость, носоглотка, гортань) очищают, согревают, увлажняют поступающий воздух и проводят его в нижние дыхательные пути. Граница между верхними и нижними дыхательными путями — голосовые связки, которые находятся в гортани. Стенки полости носа имеют густую сеть кровеносных сосудов, там течет теплая артериальная кровь. Она и согревает вдыхаемый воздух. Слизистая оболочка носа имеет реснички, между которыми расположены бокаловидные клетки, выделяющие слизь. Реснички, подобно фильтру, очищают вдыхаемый воздух, они находятся в постоянном движении, причем движения их строго координированы в определенном направлении.

Продуцируемая бокаловидными клетками слизь способствует увлажнению воздуха. Она также обеспечивает подвижность ресничек. Сухие реснички двигаться не будут.

Ротовая полость позволяет воздуху пройти в дыхательные пути без согревания и очистки. Она служит дополнительной возможностью для захвата большего объема воздуха или, наоборот, его вывода при вдохе и выдохе. Ротовая полость отделена от носовой полости твердым нёбом, поэтому человек может дышать и глотать одновременно.

Большая часть гортани имеет такую же структуру слизистой оболочки, как и носовая полость. Гортань состоит из хрящей, подвижно соединенных между собой при помощи суставов. В гортани расположены голосовые связки.

Отсюда становится понятным, что при проблемах в носовой полости и затруднении носового дыхания человек начинает дышать ртом, соответственно, заглатывать холодный неочищенный воздух, что может привести к заболеваниям нижних дыхательных путей.

Если есть проблема в носовой полости, добиться хорошего результата в лечении бронхиальной астмы практически невозможно.

Нижние дыхательные пути представлены трахеей, бронхами и легкими (рис. 1).

Трахея расположена впереди пищевода и спереди состоит из хрящевых полуколец, т. е. ее передняя стенка твердая. На задней стенке, со стороны пищевода, коль-

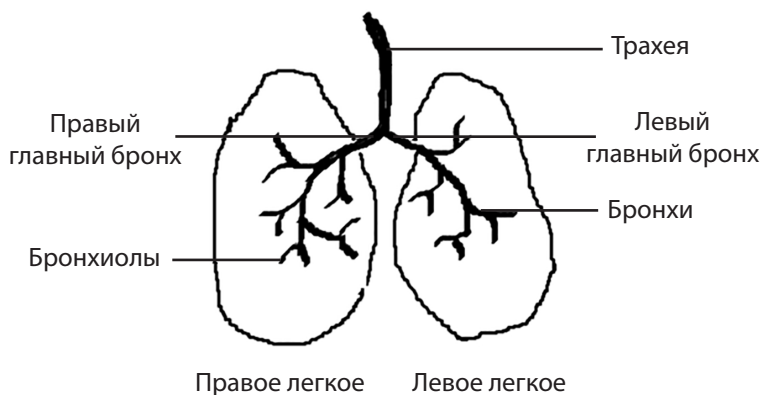


Рис. 1. Нижние дыхательные пути

ца мышечные. Это необходимо для свободного прохождения пищи по пищеводу, чтобы трахея этому не препятствовала. Далее трахея делится на два главных бронха: правый и левый, которые разделяются на более мелкие бронхи (I, II, III порядка и т. д.) по типу ветвей дерева. Чем дальше от главных бронхов, тем меньше диаметр бронхов. Заканчивается бронхиальное дерево мельчайшими бронхами — бронхиолами, которые открываются в легочную ткань.

Бронхи имеют хрящевой и мышечный каркас, что позволяет изменять диаметр бронха за счет сокращения мышц. Чем меньше диаметр бронха, тем больше мышечной ткани и меньше хрящевой. Как любой орган, бронхи кровоснабжаются, к ним также подходят нервы. Слизистая бронхов тоже содержит реснитчатые и бокаловидные клетки.

Как уже говорилось, конечные бронхиолы открываются в альвеолы (легочную ткань). Альвеола — это дыхательный мешочек, опутанный сетью мельчайших кровеносных сосудов — капилляров. Между стенками

альвеол и капилляров происходит обмен кислорода и углекислого газа.

У нас имеется два легких — правое и левое. Левое легкое чуть меньше, чем правое. Это связано с тем, что к нему прилежит сердце, которое находится в сердечной сумке — перикарде. Легкие находятся в грудной полости и защищены грудной клеткой.

Легкие покрыты плеврой — тонкой, гладкой и влажной оболочкой. Плевра окутывает каждое легкое и переходит на грудную стенку, поэтому вокруг легкого образуется замкнутое пространство — плевральная полость, которая заполнена небольшим количеством жидкости, играющей роль смазки. [3]

Аппарат регуляции дыхания

Управляет дыханием нервная система. Одна ее часть активирует дыхательные процессы, другая замедляет. Регуляция дыхания — достаточно сложный процесс, но мы рассмотрим его упрощенно и поговорим о двух частях нервной системы: симпатической и парасимпатической.

На стенках бронхов и в сердечной мышце находятся нервные окончания — рецепторы, восприимчивые к адреналину. Адреналин — это гормон надпочечников. Он также синтезируется в некоторых нервных клетках центральной и периферической нервной системы. Во время стрессовых ситуаций, физических нагрузок, страха или возбуждения адреналин высвобождается в кровь и действует на разные органы и ткани, оказывая стимулирующее влияние на сердечно-

сосудистую систему, дыхательную систему и обмен веществ.

Симпатическая нервная система, которая регулирует выделение адреналина, активнее работает днем, способствуя мобилизации ресурсов организма для активных действий и расхода энергии. Адреналин сужает сосуды, вызывает сердцебиение. Кроме того, адреналин, воздействуя на рецепторы бронхов (так называемые адренорецепторы бронхов), способствует их расширению.

Давайте сразу проведем аналогию с лекарственным препаратом *сальбутамол*. Молекулы сальбутамола активируют адренорецепторы бронхов и тем самым способствуют расширению бронхов. Но адренорецепторы, как уже упоминалось, находятся и на поверхности миокардиальных клеток (в сердце). Сальбутамол, воздействуя на бронхи положительно, действует на сердце, вызывая учащенное сердцебиение. Каждый пациент в большей или меньшей степени испытывал это не очень приятное состояние после ингаляции с сальбутамолом.

В нашем организме все сбалансировано, поэтому для уравнивания действия адреналина существует противоположный механизм — деятельность парасимпатической нервной системы. Она активизируется, когда возникает потребность в отдыхе и восстановлении сил. Возбуждение парасимпатической нервной системы проявляется преимущественно в ночное время и вызывает сужение бронхов, что объясняет возникновение ночных приступов удушья. Чтобы противодействовать этому эффекту, применяются специальные медикаменты, блокирующие сигналы данной системы и обеспечивающие расширение бронхов.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Роль наследственности

На сегодняшний день наследственная предрасположенность к развитию бронхиальной астмы рассматривается как основополагающий фактор. Бронхиальная астма — это генетически обусловленное заболевание. Исследования подтвердили значение наследственной предрасположенности к бронхиальной астме и позволили оценить степень риска возникновения заболевания. По данным авторов, наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями выявляется в 48,0–68,8 % случаев. [7]

Доказано, что гены играют важную роль в развитии предрасположенности к бронхиальной астме. Более чем 100 различных генов ассоциированы с бронхиальной астмой. Кроме того, существуют генетические вариации, способные повысить риск развития астмы. Такие гены могут повлиять на структуру и функцию бронхов, вызывая в них соответствующие изменения. В результате образуются уязвимые участки, предрасположенные к воспалительным процессам и сужению, что яв-

ляется предпосылкой к развитию бронхиальной астмы. Также установлены гены, регулирующие иммунные ответы. Мутации в них повышают предрасположенность к развитию астмы.

Ранее мы отмечали, что астма — это многофакторное заболевание, обусловленное различными причинами.

Астма характеризуется сложным взаимодействием между факторами внешней и внутренней среды, в числе которых присутствует и генетический компонент. Другими словами, если у человека есть генетическая предрасположенность к астме, она может и не развиваться, если не будет воздействия соответствующих факторов окружающей среды. И наоборот, если человек находится в неблагоприятных условиях окружающей среды, то риск развития астмы увеличивается. [4]

Роль факторов внешней среды

Аллергены

Основным представителем группы бытовых аллергенов является домашняя пыль. Пыль может включать вещества животного, растительного, микробного, грибкового происхождения. Проблема домашней пыли связана с клещами. Обнаружено более 50 видов домашних клещей. Нужно помнить, что клещи могут вызывать не только бронхиальную астму, но и крапивницу, аллергический ринит, дерматит.

Особенности заболевания:

- эффект накопления, т. е. уменьшение или исчезновение симптомов вне дома, например в туристической поездке, санатории, на даче;

Популярное издание



Марина Алексеевна Голубовская

НАУЧИТЬСЯ ЖИТЬ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ответственный редактор
Выпускающий редактор
Технический редактор

И. Баткаева
Г. Логвинова
Т. Ткачук

- RU** **Научиться жить с бронхиальной астмой.**
Формат: 60×90/16. Тираж 3 500 экз. Заказ №
Издатель и изготовитель: ООО «Феникс». Юр. и факт. адрес: 344011, Россия, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, д. 150. Тел./факс: (863) 261-89-65, 261-89-50.
Изготовлено в России. Дата изготовления: 02.2026. Срок годности не ограничен.
Отпечатано в АО «ТАТМЕДИА» Филиал «Полиграфическо-издательский комплекс «Идел-Пресс»».
Юридический адрес: 420097, Россия, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Академическая, д. 2.
Фактический адрес: 420066, Россия, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Декабристов, д. 2.
- KZ** **Бронхиалды демікпемен өмір сүруді үйрену.**
Форматы: 60×90/16. Таралымы 3 500. Тапсырыс №
Баспагер және дайындаушы: «Феникс» ЖШҚ. Заңды және нақты мекенжайы: 344011, Ресей, Ростов обл., Дондағы Ростов қ., Варфоломеев к-сі, 150 үй. Тел./факс: (863) 261-89-65, 261-89-50.
Ресейде дайындалған. Дайындалған күні: 02.2026. Жарамдылық мерзімі шектелмеген.
Басылды «ТАТМЕДИА» АҚ. «Идел-Пресс» полиграфиялық-баспа кешені филиалы.
Орналасқан жері: 420097, Ресей, Татарстан Республикасы, Қазан қ., Академическая к-сі, 2 үй.
Нақты мекенжайы: 420066, Ресей, Татарстан Республикасы, Қазан қ., Декабристы к-сі, 2 ғимарат.
- BY** **Навучыцца жыць з бранхіальнай астмай.**
Фармат: 60×90/16. Тыраж 3 500. Заказ №
Выдавец і вытворца: ТАА «Феникс». Юр. і факт. адрас: 344011, Расія, Растоўская вобл., г. Растоў-на-Доне, вул. Варфаламеева, д. 150. Тэл./факс: (863) 261-89-65, 261-89-50.
Выраблена ў Расіі. Дата вырабу: 02.2026. Тэрмін прыдатнасці не абмежаваны.
Надрукавана ў АТ «ТАТМЕДИА» Філіял «Паліграфічна-выдавецкі комплекс «Идел-Пресс»».
Юрыдычны адрас: 420097, Расія, Рэспубліка Татарстан, г. Казань, вул. Акадэмічная, д. 2.
Фактычны адрас: 420066, Расія, Рэспубліка Татарстан, г. Казань, вул. Дзекабрыстаў, д. 2.