

Основные рекомендации по лечению больных легочным сердцем

Цели	Мероприятия
Предупреждение прогрессирования заболевания	Прекращение курения. Ограничение бытовых и производственных вредностей; борьба со сквозняком, охлаждением тела, загазованностью помещений, ношение белья из шерстяной или хлопчатобумажной ткани. Трудоустройство. Больные с легочным сердцем ограниченно трудоспособны или нетрудоспособны
Лечение хронических заболеваний и осложнений	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подавление инфекций: лечение сульфаниламидами пролонгированного действия, антибиотиками широкого спектра действия, но можно применять любые антибиотики 2. Улучшение бронхиальной проходимости: противовоспалительная терапия (аспирин, бутадюн, бруфен, ортофен, стероидные гормоны), бронхолитики (эуфиллин, теофедрин, теопэк, алуцент, сальбутамол, беротек, эфедрин, тербуталин и др.), санация бронхов, постуральный дренаж, физиотерапия 3. Отхаркивающие препараты (ацетилцистеин, бромгексин, протеолитические ферменты, термопсис, калия йодид, аммония хлорид и т. д.) 4. Кислородная терапия 5. Диета — стол № 10. Витамины, особенно А, В₂, РР, С 6. Сердечные гликозиды, диуретики, антагонисты альдостерона 7. Гипотензивные средства для снижения давления в малом круге (лучше антагонисты кальция) 8. Воздействие на реактивность организма: пентоксил, нуклеинат натрия, пирогенал, продигозан, декарис, диуцифон, тималин

и остром течении болезни для оценки природы возбудителя необходимо немедленное бактериоскопическое исследование мазка мокроты, обработанной по Мультену: мокроту собирают в стерильную посуду; бактериоскопию проводят не позже 1—2 часов с момента откашливания. Гнойные комочки мокроты тщательно промывают в стерильном физиологическом растворе в трех чашках Петри по минуте в каждой. Так же обрабатывают мокроту для бактериологического исследования. Отхаркивающие средства применяют не менее 6—8 раз в день. Калия йодид противопоказан при туберкулезном пневмосклерозе и его непереносимости. Стероидные гормоны назначают на 6—7 дней и отменяют сразу. Иногда проводят повторные кровопускания по 400—500 мл, с интервалами в 3—4 дня. Тяжелым больным иногда делают внутривенные вливания нескольких лекарственных средств: 500 мл раствора глюкозы, 6 мл кордиамина, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина, 30—90 мг преднизолона, 1 мл 0,025% раствора строфангина капельно, 2 раза в день. Еще одно замечание: не применять снотворные, препараты типа димедрола, транквилизаторы, морфий и другие средства, которые угнетают альвеолярную вентиляцию и усиливают гиперкапнию. Больные могут впасть в гиперкапническую кому и умереть во сне. Угнетение альвеолярной вентиляции ведет к усилению и гипоксемии.

Итак, в борьбе с легочным сердцем у больных с бронхолегочными заболеваниями главенствующее значение имеют подавление инфекции и улучшение бронхиальной проходимости. Больные должны находиться под постоянным врачебным наблюдением и получать соответствующее лечение.

Поступила 06.01.95.

УДК 616.248—07—08

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Р. С. Фассахов

Кафедра аллергологии (зав.— проф. Р. С. Фассахов)
Казанского института усовершенствования врачей

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике, а также в разработке и внедрении в клиническую практику широкого спектра но-

вых фармакологических препаратов для лечения бронхиальной астмы, заболеваемость и смертность от этой распространенной патологии легких в

последние десятилетия неуклонно растут. В развитых странах бронхиальной астмой страдают до 6% населения; последние эпидемиологические исследования, проведенные в Москве, выявили сопоставимый уровень заболеваемости [1].

Рост заболеваемости приводит к значительному экономическому ущербу — стоимости лечения больных только в госпиталях Англии и Уэльса составила к 1985—1986 гг. более 42 млн. фунтов стерлингов по сравнению с 27 млн. фунтов стерлингов в 1981—1982 гг.

Традиционный взгляд на бронхиальную астму как на периодические приступы удушья, вызванные в основном бронхоспазмом под действием медиаторов, выделяемых тучными клетками, акцентировал внимание прежде всего на бронхолитической терапии. Однако появление и совершенствование высокоселективных адреномиметиков не только не снизило, но и явилось одной из причин повышения смертности от бронхиальной астмы. Наиболее резкий ее подъем пришелся на начало 60-х годов, совпавший с началом широкого применения аэрозольных ингаляторов.

В последнее время произошло принципиальное изменение взглядов на патогенез бронхиальной астмы. Хронический характер течения заболевания, а также неэффективность при тяжелых хронических формах только бронхолитической терапии привели к пересмотру точки зрения на ведущий патогенетический компонент при бронхиальной астме с бронхоспазма на воспаление воздухоносных путей.

Прижизненная биопсия легких с использованием бронхофиброскопии, а также исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости выявили выраженный воспалительный характер воздухоносных путей и у больных, умерших от приступа бронхиальной астмы (астматического состояния), и у больных с легким течением заболевания, и даже в стадии ремиссии. При этом воспаление не является инфекционным, а ассоциируется прежде всего с инфильтрацией эозинофильными лейкоцитами и лимфоцитами, которые играют ведущую роль в повреждении легких при астме [2].

С учетом реальной картины растущей заболеваемости, а также изме-

нившихся представлений о патогенезе заболевания ведущими исследователями и клиницистами из 11 стран мира разработан и предложен международный консенсус по диагностике и лечению астмы [4, 5]. Принципиальными моментами в консенсусе являются классификация астмы по тяжести течения, формулирование целей успешного лечения и программа лечения больных астмой из 6 пунктов.

Степень тяжести следует оценивать не только по клинической симптоматике, но и обязательно по параметрам внешнего дыхания. В основе ступенчатой схемы терапии бронхиальной астмы по приведенной выше классификации лежит выделение степеней тяжести.

В программу лечения входят следующие мероприятия: 1) установление сотрудничества между больным и врачом; 2) наблюдение за течением астмы путем контроля функции внешнего дыхания; 3) устранение или уменьшение воздействия факторов, способствующих обострению астмы; 4) разработка планов длительного лечения; 5) регулярное наблюдение.

Целью обучения является обеспечение больных и его родственников (прежде всего родителей больного ребенка) знаниями и необходимыми навыками для выполнения плана лечения, разработанного вместе с врачом. Особенно важна информация о факторах, провоцирующих приступ астмы, а также о способах предотвращения или уменьшения их воздействия, ранних признаках развития обострения, способах объективной оценки тяжести состояния, мерах предупреждения и своевременной адекватной терапии для его купирования. Больной или его родственники должны иметь представление о механизме действия различных препаратов, правилах и технике их использования. Важной формой обучения являются образовательные программы, разработанные и внедренные в виде занятий в астма-школах [3]. Опыт работы этих школ показывает, что лица, прошедшие в них обучение, значительно реже обращаются к врачам по поводу обострения заболевания; снижается количество вызовов службы скорой помощи, госпитализаций в стационары и дней нахождения на больничном листе.

Классификация бронхиальной астмы по тяжести течения

Тяжесть заболевания	Клинические симптомы до лечения	Функция легких	Необходимое лечение
Легкая	Приступы реже 1—2 раз в неделю. Ночные приступы удушья реже 2 раз в месяц. Нормализация пиковой объемной скорости (ПОС). Отсутствие симптомов в периоде ремиссии	ПОС > 80 % ПОС < 20 % Нормализация ПОС после бронхолитика	При необходимости ингаляции адrenomиметика
Среднетяжелая	Приступы чаще 1—2 раз в неделю. Ночные приступы чаще 2 раз в месяц. Сохранение симптомов, требующее практически ежедневных ингаляций бета-2-симпатомиметиков	ПОС — 60—80 % ПОС в пределах 20—30 % Нормализация ПОС после приема бронхолитика	Ежедневные ингаляции противовоспалительного препарата. Возможно ежедневное применение длительно действующего бронхолитика (особенно при наличии ночных приступов)
Тяжелая	Частые обострения. Постоянное сохранение симптомов. Частые ночные приступы. Ограничение физической активности. Госпитализация по поводу астмы в течение последнего года. Наличие тяжелых обострений в анамнезе	ПОС < 60 % ПОС более 30 % Отсутствие нормализации ПОС на фоне лечения	Ежедневные ингаляции противовоспалительного препарата в высоких дозах. Ежедневное применение длительно действующего бронхолитика (особенно при ночных приступах). Частое системное применение глюкокортикоидов

Объективная картина состояния функции легких у больных бронхиальной астмой может быть получена только при исследовании параметров внешнего дыхания, среди которых наиболее информативным в оценке obstructивных изменений является ПОС, определяемая при пневмотахографии, либо с помощью портативных приборов пикфлоуметров (аналоговых пневмотахометров), а также суточных вариаций ПОС (разницы между утренним и вечерним показателями ПОС). Мониторинг ПОС необходим для контроля эффективности проводимого лечения, а также для ранней диагностики начала обострения. Больной бронхиальной астмой должен обязательно иметь пикфлоуметр, подобно тому как больной с гипертонической болезнью — тонометр.

Устранение или уменьшение факторов, способствующих обострению астмы, является одним из наиболее существенных моментов в лечении. Идентификация этих факторов с последующими мероприятиями по предотвращению или уменьшению воспаления и снижению гиперреактивности бронхов. Прежде всего это относится к аллергическим формам астмы, где без проведения элиминационных мероприятий невозможно успешная терапия. Меры по созданию беспыле-

вого режима в квартире больного с аллергией к клещам, домашней пыли, устранение контактов с животными при сенсibilизации к перхоти даже сами по себе способны привести к значительному улучшению состояния больных. При точно выясненной этиологической роли конкретного аллергена, невозможности полной его элиминации и обязательно подтвержденном IgE-опосредованном механизме заболевания сохраняет свое значение специфическая иммунотерапия (гипосенсибилизация). Важное значение имеет устранение неспецифических поллютантов — табачного дыма, аэрозолей.

Причиной тяжелого обострения может явиться и назначение некоторых лекарственных препаратов и не только бета-блокаторов — следует внимательно отнестись к реакции, связанным с непереносимостью аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов у больных с астмой, особенно при сочетании с полипозом носа и синусов.

Бронхиальная астма является хроническим заболеванием, характеризующимся чередованием обострений с периодами ремиссии заболевания. Выбор лекарственных средств для лечения астмы в конкретный момент зависит от ее тяжести, в связи с этим

рекомендуется ступенчатая схема терапии заболевания, предусматривающая при достижении результатов переход от одной ступени к другой [4, 5].

Поскольку бронхиальная астма — это не только бронхоспазм, патогенетическая терапия основывается на назначении противовоспалительных препаратов. В настоящее время в базисной терапии астмы используются 2 группы фармакологических препаратов: интал, недокромил натрия (тайлед) и кортикостероиды, причем преимущественно в ингаляционной форме. Последние рекомендуется назначать регулярно уже при среднетяжелом течении заболевания в дозе от 400 до 750 мкг и выше в зависимости от тяжести для беклометазона, при тяжелом течении показаны пероральные формы.

Для облегчения понимания больными сущности астмы предлагается система зон, соответствующих цветам светофора. Так, зеленая зона свидетельствует о благополучном течении заболевания — ремиссии. В этой зоне практически не нарушены сон и физическая активность больного; объективные данные (ПОС) также в пределах нормы. Выбор средств терапии зависит от формы и тяжести и может ограничиваться предварительной ингаляцией интала или симпатомиметика перед физической нагрузкой или предполагаемым контактом с аллергеном.

Желтая зона требует внимания — кашель, приступы удушья, ограничение физической активности указывают на обострение астмы и необходимость адекватной терапии. Частый переход из зеленой в желтую зону свидетельствует о неадекватной терапии или элиминационных мероприятиях в зеленой зоне и побуждает еще раз внимательно изучить этиологическую сторону заболевания.

Красная зона сигнализирует об опасности — низкая ПОС (менее 50% от должной), неэффективность ингаляционных симпатомиметиков являются прямыми показаниями для обращения к врачу. После купирования обострения требуется пересмотр лечения больного в зеленой зоне.

Лечение больных с обострениями преследует такие цели, как незамедлительная ликвидация бронхиальной обструкции, устранение и компенса-

ция гипоксии, быстрое восстановление функции легких и разработка плана профилактики обострений. Для быстрого устранения обструкции, наряду с традиционно используемым эуфиллином предпочтение отдается бета-2-адреномиметикам, причем желательно в ингаляционной форме. Показаниями к назначению системных глюкокортикостероидов служат среднетяжелое и тяжелое течение бронхиальной астмы, отсутствие эффекта от бронхолитиков, а также применение кортикостероидов при предшествующих обострениях.

Принципиальным моментом в профилактике обострений является выделение соответствующих групп риска по наличию таких факторов, как постоянный прием или недавняя отмена глюкокортикостероидов, госпитализация по поводу обострения астмы в течение последнего года, астматический статус в течение последнего года и невыполнение плана лечения астмы.

Регулярное диспансерное наблюдение врачом-пульмонологом или аллергологом необходимо для контроля за выполнением больными плана лечения и корректировки терапии; оно проводится в зависимости от необходимости не реже одного раза в 1—6 месяцев.

Таким образом, современный подход к терапии бронхиальной астмы основан на диагностике заболевания на ранних стадиях, адекватной базисной фармакотерапии, с обязательным использованием противовоспалительных препаратов, на своевременной терапии обострения и регулярном контроле состояния как со стороны врача, так и самим больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билличенко Т. Н. Распространенность хронического бронхита и других респираторных нарушений среди взрослого населения. Их диагностическое и прогностическое значение (клинико-эпидемиологическое исследование: Автореф дисс. ...канд. мед. наук. — М., 1992).
2. Гуцин И. С., Фассахов Р. С.//Пульмонология. — 1992.— № 3.— С. 72—77.
3. Собченко С. А., Коровина О. В.//Пульмонология.—1991.—№3.—С. 14—19.
4. Чучалин А. Г.//Тер. арх.—1994.—№ 3.— С. 3—8.
5. «International Consensus of Diagnosis and Treatment of Asthma».— Allergy, 1992.— Suppl. 13.