

АСТМА



предупреждение,
диагностика
и лечение

**ТРАДИЦИОННЫМИ
и
НЕТРАДИЦИОННЫМИ
МЕТОДАМИ**

рипол классик

Алла Викторовна Нестерова
Астма. Предупреждение, диагностика
и лечение традиционными и
нетрадиционными методами

Издательский текст

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=293902

Астма. Предупреждение, диагностика и лечение традиционными и нетрадиционными методами:

РИПОЛ классик; М.; 2008

ISBN 978-5-386-00719-5

Аннотация

В последнее время уровень заболеваемости бронхиальной астмой существенно повысился, что можно объяснить ухудшением экологической ситуации, снижением иммунитета у многих людей и другими причинами. Нередко заболевание протекает в достаточно тяжелой форме и может привести, если не принимать своевременных мер, к частичной утрате трудоспособности и даже к инвалидности. Это заболевание является хроническим, поэтому больному необходимо постоянно принимать специальные препараты и проводить различные лечебные процедуры.

Именно об этом пойдет речь в данной книге. Тем, кто, к счастью избежал этого заболевания, нелишним будет узнать о том, какие факторы провоцируют его развитие и к каким профилактическим мерам можно прибегнуть, чтобы в будущем предотвратить любое проявление бронхиальной астмы.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
ФОРМЫ АСТМЫ	6
ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	27
Конец ознакомительного фрагмента.	28

Алла Викторовна Нестерова

Астма. Предупреждение, диагностика и лечение традиционными и нетрадиционными методами

ВВЕДЕНИЕ

Лечение бронхиальной астмы строго индивидуально, поскольку причины ее возникновения могут быть различными и, наряду с этим заболеванием, как правило, наблюдаются еще некоторые другие отклонения в работе организма. В любом случае при появлении первых признаков астмы необходимо обратиться к врачу и уже после того, как будет поставлен диагноз, применять те или иные методы лечения.

Бронхиальная астма выражается в приступах кашля и удушья и обычно становится хроническим заболеванием, поэтому требует постоянного лечения. После купирования приступов удушья следует длительная восстановительная и реабилитационная терапия.

Порой бывает сложно поставить точный диагноз и установить характер заболевания, что связано со своеобразием диагностики на современном этапе. В связи с этим при лечении нередко приходится сталкиваться с определенными трудностями. Дело в том, что достаточно сложно выявить те патогенетические механизмы, которые участвуют в формировании бронхоспазма, поэтому затруднительно применять в тех или иных случаях адекватную терапию.

Причины возникновения астмы могут быть связаны с низким иммунитетом, инфекционными заболеваниями, климатическими условиями, аллергенами и пр. Чтобы правильно лечить бронхиальную астму, необходимо в первую очередь поставить правильный диагноз и установить причины, провоцирующие ее проявления.

Астмой болеют как мужчины, так и женщины от 15 до 65 лет. Длительность заболевания может колебаться от 1 года до 20 лет и более. Бронхиальная астма может возникнуть и в более раннем возрасте, так, $\frac{2}{3}$ детей заболели ею еще в дошкольном возрасте. Чаще заболевают мальчики. В среднем по России количество заболевших детей составляет 0,3–1% от всего детского населения.

Очень часто причинами возникновения астмы становятся такие неблагоприятные внешние факторы, как производственный контакт с бумажной пылью, работа в запыленном помещении, контакт с химическими веществами и гербицидами, горюче-смазочными материалами и красками, а также с веществами, выделяющимися при газосварке. Более 70 % больных указывают на стрессовые ситуации на производстве и в быту как на главную причину возникновения у них бронхиальной астмы.

Заболевание может обостряться у разных больных в определенные периоды: у одних весной и осенью, у других осенью и зимой, у третьих весной, осенью и зимой, а у четвертых обострения болезни отмечаются круглогодично. Возникновение бронхиальной астмы может быть вызвано аллергическими заболеваниями, воспалительными процессами в органах дыхания, грибковыми поражениями кожи и слизистых, а также аллергическим ринитом. У большинства больных астмой раньше наблюдались вирусно-инфекционные заболевания, которые привели к изменению реактивности бронхов. В некоторых случаях аллергическую предрасположенность к возникновению астмы провоцировали заболевания органов желудочно-кишечного тракта.

Лечить астму необходимо постоянно и с применением различных способов и методов, как традиционных, так и нетрадиционных. Чтобы добиться желаемого результата, необходимо проявлять терпение и постоянство, регулярно принимая необходимые препараты и применяя нужные методы лечения. Среди методов нетрадиционной медицины можно отметить апитерапию (лечение с помощью продуктов пчеловодства), фитотерапию (лечение с помощью целебных трав и сборов), мануальную терапию и точечный массаж, гирудотерапию (лечение пиявками), терапию мумие и пр. Чтобы прибегнуть к лечению любым нетрадиционным способом, необходимо сначала проконсультироваться с врачом, чтобы не изменить ситуацию в худшую сторону.

Помимо бронхиальной астмы, выделяют также сердечную астму, причиной которой являются болезни сердца. Лечить эту форму астмы необходимо в комплексе с другими лечебными мероприятиями, направленными на устранение первичного заболевания, и только после консультации у врача.

ФОРМЫ АСТМЫ

Различают сердечную и бронхиальную астму. Сердечная астма возникает на фоне заболеваний или пороков сердца. Бронхиальная астма связана с аллергическими и вирусно-инфекционными заболеваниями, а также с проблемами в работе желудочно-кишечного тракта и пр. Основной признак, объединяющий эти две формы астмы, – тяжелое затруднение дыхания и приступы удушья.

Сердечная астма

Сердечная астма является пароксизмальной формой тяжелого затруднения дыхания. При этом происходит выпотевание в легочную ткань серозной жидкости, образуется интерстициальный отек. Основной причиной сердечной астмы является острая левожелудочковая недостаточность, выраженная инфарктом миокарда, другими острыми и подострыми формами ишемической болезни сердца (ИБС), гипертоническим кризом и другими пароксизмальными формами артериальной гипертензии, острым нефритом, острой левожелудочковой недостаточностью у больных миокардиопатией и пр. Это может быть хроническая аневризма сердца, другие хронические формы ИБС, аортальный порок и пр.

Основной фактор, влияющий на повышение гидростатического давления в легочных капиллярах, часто сопровождается другими провоцирующими факторами – физическим или эмоциональным напряжением, гиперволемией (гипергидратацией, задержкой жидкости), увеличением притока крови в систему малого круга кровообращения при переходе в горизонтальное положение, а также нарушением центральной регуляции во время сна.

Обычно приступ сердечной астмы сопровождается, помимо удушья, нервным возбуждением, тахикардией (сердце производит до 120–150 ударов в минуту) или аритмией, подъемом артериального давления, тахипноэ, усиленной работой дыхательной и вспомогательной мускулатуры, что повышает нагрузку на сердце, а значит, влияет на его работу. Форсированный вдох во время приступа оказывает присасывающее действие и ведет к повышенному кровенаполнению легких. Дыхание учащенное – до 30 и больше вдохов в минуту. Дальнейшее ухудшение работы сердца приводит к нарушению центральной регуляции и повышению проницаемости альвеолярной мембраны, что в итоге снижает действенность медикаментозной терапии.

Первые признаки сердечной астмы – появление одышки, легкое покашливание, саднение за грудиной при переходе в горизонтальное положение или при любой небольшой физической нагрузке. Затем возникает удушье с ослаблением дыхания и скудными хрипами ниже лопаток. Удушье сопровождается кашлем и свистящим дыханием. Во время кашля выделяется обильная жидкая пенистая мокрота. В дальнейшем появляется возбуждение, ощущение страха смерти, развивается цианоз, тахикардия, часто повышается артериальное давление. Если вначале оно повышается, то потом при нарастании сосудистой недостаточности может резко понизиться. Тоны сердца слабо прослушиваются из-за сильных хрипов и шумного дыхания. В тяжелых случаях больной покрывается холодным потом, его лицо имеет страдальческое выражение, становится бледным, губы – синюшными, шейные вены набухают, человек находится в состоянии прострации.

Если приступ астмы начинается ночью во время сна, больной просыпается и резко садится, пытаясь руками опереться о что-либо, или стремится подойти к открытому окну, чтобы получить доступ к свежему воздуху. Желание занять положение сидя со спущенными ногами в медицинской практике называется ортопноэ, в этом положении у некоторых боль-

ных приступы астмы нередко прекращаются совсем. Однако в большинстве случаев требуется срочная терапия, чтобы сердечная астма не перешла в отек легких. Если приступ произошел во время какой-либо физической работы или появились его первые признаки, необходимо немедленно сделать перерыв.

При диагностировании сердечной астмы очень важно дифференцировать ее с бронхиальной астмой, поскольку в последнем случае опасно использовать наркотические анальгетики, которые назначают при сердечной астме, и, наоборот, показаны адренергические препараты. При диагностировании необходимо выявить заболевание либо сердца, либо легких, а также обратить внимание на дыхание: при бронхиальной астме выдох бывает затрудненным и удлиненным.

На возникновение удушья влияют три фактора: исходное функциональное состояние сердца, длительность тахикардии и темп сердечных сокращений. Иногда тахикардия (до 180 сердечных сокращений в минуту) может продолжаться у людей со здоровым сердцем в течение 1–2 недель и вызывает только жалобы на сердцебиение. У больных с клапанным пороком сердца (особенно при митральном стенозе) одышка возникает даже при невысокой частоте сердечных сокращений.

Наиболее тяжело переносят тахикардию дети: у них признаки сердечной недостаточности появляются уже на 2-3-й день после ее начала. Частота сердцебиения при этом достигает 180 ударов в минуту. Основные признаки сердечной недостаточности – цианоз, учащенное дыхание, повышенное кровенаполнение легких, рвота, а также увеличение сердца и печени (гепатомегалия).

У пожилых людей приступы тахикардии с одышкой и ортопноэ сопровождаются головокружением, нарушением зрения (иногда страдает только один глаз). Очень часто больные жалуются на боль в области сердца. Наличие таких признаков заставляет врачей прежде всего думать об инфаркте миокарда, поскольку именно в этом случае проявляются все эти симптомы. Для правильного диагностирования необходимо наблюдение за изменениями в ЭКГ, активностью сердечной фракции креатинфосфокиназы или лактатдегидрогеназы, а также выявить содержание белково-углеводных комплексов в крови. Важное значение имеют данные анализов, говорящие о повторном появлении описанных изменений после каждого из перенесенных ранее приступов тахикардии.

Лечение

При сердечной астме требуется экстренное лечение. Терапия необходима уже на начальной стадии развития заболевания, когда возникают первые симптомы болезни. В противном случае возможен летальный исход. Как правило, все терапевтические мероприятия и их последовательность будут зависеть от их доступности и времени, которое потребуется для их осуществления. В первую очередь нужно купировать эмоциональное напряжение и возбуждение. Очень часто уверения больного, что он чувствует себя хорошо, могут еще больше ухудшить положение. Необходимо убедить больного, что к его состоянию относятся серьезно и учитывают все его жалобы. Действовать при этом необходимо решительно, уверенно и быстро. Что можно сделать до приезда врача скорой помощи? В первую очередь, если больной лежит, его нужно усадить, чтобы он при этом опустил ноги вниз. Далее обычно дают нитроглицерин (1,5–3,1 мг, 2–3 таблетки или 5-10 капель). Лекарство нужно капать или класть под язык через каждые 5-10 минут. Необходимо контролировать артериальное давление. Когда хрипы станут слабее и перестанут выслушиваться у рта больного, а также снизится артериальное давление, можно говорить об облегчении состояния больного. Если есть специальные навыки, то можно сделать внутривенное введение нитроглицерина со скоростью 5-10 мг в 1 минуту. Иногда бывает достаточно нитроглицериновой терапии, в этом случае улучшение наступает через 5-15 минут.

Если улучшения не наступает или невозможно применить нитроглицерин, необходимо провести лечение по следующей схеме.

1. Подкожно или внутривенно ввести 1–2 мл 1 %-ного раствора морфина, вводить медленно, в изотоническом растворе глюкозы или хлорида натрия (при противопоказаниях к назначению морфина – угнетение дыхания, бронхоспазм, отек мозга – или при относительных противопоказаниях у пожилых больных можно использовать 2 мл 0,25 %-ного раствора дроперидола внутримышечно или внутривенно, контролируя артериальное давление).

2. Внутривенно ввести 2–8 мл 1 %-ного раствора фуросемида (не применять при низком артериальном давлении и при гиповолемии; при низком диурезе необходимо вести контроль эффективности с помощью мочевого катетера).

3. Применить ингаляцию кислорода. Для этого можно использовать носовые катетеры или маску, но не подушку. Если наблюдается отек легких, применяется наркозный аппарат.

4. Одновременно или капельно внутривенно ввести 1–2 мл 0,025 %-ного раствора дигоксина или 0,5–1 мл 0,05 %-ного раствора строфантина в изотоническом растворе хлорида натрия или глюкозы. Затем через 1–2 часа можно произвести повторное введение по показаниям в половинной дозе. При острых формах ишемической болезни сердца показания ограниченные.

5. При гипотонии или поражении альвеолярной мембраны (пневмония, аллергический компонент) следует применять преднизолон или гидрокортизон.

6. При смешанной астме с бронхоспастическим компонентом обычно назначается преднизолон или гидрокортизон, можно также использовать 2,4 %-ный раствор эуфиллина в дозе 10 мл. Препарат следует медленно вводить в вену. Необходимо учитывать при этом угрозу возникновения тахикардии или экстрасистолии.

7. В некоторых случаях по показаниям рекомендуется произвести отсасывание пены и жидкости из трахеобронхиального дерева. Для этих целей используется электроотсос или ингаляция пеногасителя – 10 %-ного раствора антифомсилана. Применяются также антибиотики.

При проведении интенсивной терапии необходимо постоянно (с интервалом в 1 минуту) производить контроль систолического артериального давления, которое не должно снижаться более чем на $\frac{1}{3}$ от исходного показателя или быть ниже 100–110 мм рт. ст.

Когда для лечения применяется в сочетании сразу несколько препаратов, требуется проявлять особую осторожность, особенно при артериальной гипертензии в анамнезе, а также при лечении пожилых людей. Если наблюдается резкое снижение систолического артериального давления, необходимо срочно провести ряд экстренных мероприятий – опустить больному голову, поднять ноги, начать введение мезатона с помощью заранее подготовленной резервной системы для капельной инфузии.

В качестве вынужденной замены процедур, проводимых с помощью нитроглицерина, фуросемида или (и) ганглиоблокаторов для перераспределения кровенаполнения, рекомендуется попеременно накладывать на руки и ноги венозные жгуты (не больше чем на 15 минут) или провести венозное кровопускание по 200–300 мл. Ингаляция парами этилового спирта может оказаться малоэффективной, кроме того, она порой вызывает нежелательное раздражение слизистой дыхательных путей. Процедуры, связанные с применением инфузионной терапии и использованием солей натрия, должны быть строго ограничены.

В некоторых случаях даже на стадии предвестников сердечной астмы, а также после выведения из приступа требуется госпитализация больного. Это необходимо делать, если под рукой нет необходимых медицинских препаратов, при отсутствии определенных навыков для качественной терапии или ухудшении состояния больного.

Прогноз сердечной астмы бывает серьезным на всех стадиях и во многом определяется степенью и тяжестью ведущего заболевания, и, кроме того, адекватностью проводимых лечебных мероприятий.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся измененной реактивностью бронхов. Обязательный признак астмы – приступ удушья и (или) астматический статус.

Бронхиальную астму разделяют на несколько видов в зависимости от причин, спровоцировавших ее возникновение. Однако любой вид бронхиальной астмы имеет общий патогенетический механизм – изменение чувствительности и реактивности бронхов, что выявляется в процессе наблюдения за реакцией проходимости бронхов в ответ на воздействие физических, а также фармакологических факторов.

В медицинской практике выделяют две основные формы бронхиальной астмы: иммунологическую и неиммунологическую. Также существует ряд клинико-патогенетических вариантов астмы: атопический (неинфекционно-аллергический), инфекционно-аллергический, аутоиммунный, дисгормональный, нервно-психический, адренергического дисбаланса, первично измененной реактивности бронхов (сюда входит «аспириновая» астма и астма физического усилия) и холинергический.

Если у прежде здоровых людей молодого и среднего возраста возникает приступ удушья, это может свидетельствовать о начале развития бронхиальной астмы.

Причина болезни – нарушение проходимости бронхов, что бывает обусловлено бронхоспазмом. Как правило, в промежутках между приступами удушья при бронхиальной астме человек может чувствовать себя вполне здоровым и не жаловаться на плохое самочувствие. Однако это состояние обманчиво.

Бронхиальная астма может быть вызвана инфекционными и атопическими аллергенами. Инфекционно-аллергическая форма бронхиальной астмы в дальнейшем, если не предпринять своевременных мер, может вызвать развитие хронических форм бронхита и пневмонии, вызывает образование назофарингеальных очагов инфекции, а также провоцирует частую заболеваемость ОРВИ и гриппом.

Повышенная чувствительность бронхов бывает врожденной или приобретенной формой реагирования человека на внешние или внутренние раздражители.

Причины возникновения бронхиальной астмы

Часто первые симптомы заболевания проявляются еще в детстве. Около 35 % всех больных заболели астмой в возрасте до 10 лет, 14 % – в 10–20 лет, 17 % – в 20–40 лет, 10 % – в 40–50 лет, 6 % – в 50–60 лет, 2 % – в возрасте старше 60 лет.

В развитии всех форм бронхиальной астмы основную роль играют аллергические механизмы, которые в основном определяются наследственной предрасположенностью.

Приступ бронхиальной астмы бывает вызван обструкцией дыхательных путей, что происходит вследствие повышенной чувствительности трахеи и бронхов к различным раздражителям, как внешним, так и внутренним. Возникает нарушение проходимости бронхов, связанное с бронхоспазмом, воспалительным отеком слизистой оболочки, обструкцией мелких бронхов вязкой и плохо отделяющейся мокротой.

В большинстве случаев ведущее значение имеет наследственная предрасположенность к аллергическим болезням, а также экссудативно-катаральный диатез. У $\frac{1}{3}$ больных (обычно при атонической астме) заболевание имеет наследственное происхождение. При

«аспириновой» астме центральное место в патогенезе занимают лейкотриены, в то время как главная причина развития астмы физического усилия – нарушение процесса теплоотдачи с поверхности дыхательных путей.

Аллергическую реакцию организма вызывают аллергены. Они могут быть самыми различными – небактериальными (домашняя пыль, пыльца растений, пищевые продукты (особенно у детей грудного возраста), лекарственные препараты и др.) и бактериальными (бактерии, вирусы, грибы). После повторного контакта с аллергеном происходит сенсибилизация организма, в итоге вырабатываются антитела (в первую очередь реагины). Постепенно развивается аллергическая реакция. Она может быть немедленной и замедленной. Во время такой реакции высвобождаются биологически активные вещества, которые и вызывают бронхоспазм. Затем возникает отек слизистой оболочки бронхов и усиливается секреция слизи.

Немаловажную роль в развитии аллергии играют нарушения функции центральной и вегетативной нервной системы, а также дисфункция надпочечников.

Наследственный фактор не является существенным в возникновении бронхиальной астмы, хотя обуславливает развитие аллергического состояния в условиях негативного воздействия внешней среды – длительного контакта с аллергеном и др. Тем не менее наследственный фактор еще не является гарантом развития данного заболевания, так как он не может повлиять на специфику и форму бронхиальной астмы, а также обусловить время ее возникновения.

Большое значение в развитии заболевания играет климатический фактор: климат, почва, высота над уровнем моря и пр. Резкие перепады температуры воздуха, низкая облачность, циклоны – все это негативно влияет на наше здоровье, в том числе становится причиной развития бронхиальной астмы. Замечено, что в условиях мягкого климата (на берегу моря, океана, реки или другого водоема) заболевание наблюдается в два раза реже, чем в более суровых климатических условиях. Что касается почвы, то глины и суглинки более способствуют развитию астмы. Чаще люди болевают астмой и в долинах, на равнинах с высоким уровнем грунтовых вод. Однако бывает сложно предугадать, в каком именно климате у больного не будет приступов астмы, поскольку в каждом отдельном случае необходим индивидуальный подход к больному.

Рецидивы бронхиальной астмы и колебания заболеваемости зависят также от сезонности. Сезонные колебания температуры воздуха оказывают большое влияние на состояние больных, поскольку большинство из них страдает повышенной чувствительностью к холоду или теплу. Наиболее неблагоприятное состояние больных отмечается в период с сентября по январь включительно, более спокойный период – с февраля по август.

Очень часто причиной развития астмы становятся инфекционные болезни дыхательных путей, особенно если они случаются достаточно часто. Большинство больных бронхиальной астмой имеет сопутствующие заболевания горла, носа или уха. Это может быть гайморит, аденоиды, полипы, тонзиллит, отит, вазомоторный ринит. Зафиксировано, что первый приступ удушья при астме возникает на фоне или еще чаще после перенесенной пневмонии, гриппа, ангины или другой инфекции. Чтобы успешно лечить астму, необходимо искать очаги инфекции в миндалинах, носоглотке, зубах, бронхах, кишечнике, желчном пузыре, предстательной железе, придатках матки и пр.

Такого рода причина развития астмы является инфекционно-аллергической и связана с сенсибилизацией организма бактериями, поступающими из очага инфекции.

Искривление носовой перегородки также может привести к развитию астмы, поскольку из-за него происходит нарушение носового дыхания, что ведет к перегрузке бронхов и вызывает их хроническое воспаление. Более чем у 70 % больных бронхиальной астмой наблюдаются симптомы туберкулеза или же повышенная неспецифическая чувствитель-

ность к возбудителю этой болезни. У 80 % больных отмечены ваготония легочных ветвей блуждающего нерва, давление увеличенных туберкулезных медиастинальных и перибронхиальных лимфатических узлов.

Бронхиальная астма нередко возникает в результате постоянного раздражения, в стрессовых ситуациях и т. п. Надо сказать, что роль нервной системы в развитии любого заболевания огромна, в том числе и при бронхиальной астме.

Также на возникновение болезни оказывают сбои в работе эндокринной системы: нарушения работы щитовидной железы, пороки гипофизарно-надпочечниковой системы, дисфункции мочеполовой системы как у женщин, так и у мужчин.

По мнению специалистов, главной и основной причиной бронхиальной астмы является дисбаланс энергетики организма. Известно, что легкие – это «печка» нашего организма, в легочной ткани под воздействием кислорода сгорают (окисляются) жиры, поступающие через кишечник с пищей либо из жировой ткани. Таким образом, в легких кровь согревается и разносит тепло по всему организму. При нарушении поставки жиров (при заболеваниях желудочно-кишечного тракта) или избыточной трате энергии (когда организм переносит инфекционное воспаление, а также при нарушении работы транспортных систем (сердечно-сосудистой системы, лимфоузлов) нарушается энергетика всего организма. Организм испытывает дефицит энергии, что приводит к сбою в работе иммунной системы. На фоне возникновения иммунодефицита и аллергии развивается бронхиальная астма.

В некоторых случаях наблюдается бронхиальная астма у беременных женщин, что связано с токсикозом. Необходимо в первую очередь снизить интоксикацию организма, чтобы предотвратить дальнейшее развитие заболевания.

Еще одной причиной развития астмы являются нарушения биоценоза кишечника. При различных формах бронхиальной астмы они наблюдаются почти в два раза чаще. Следовательно, нарушениям биоценоза кишечника необходимо уделять должное внимание наряду с традиционной патогенетической терапией бронхиальной астмы.

Таблица 1

Процентное соотношение форм бронхиальной астмы и различных нарушений биоценоза

Нарушения биоценоза	Атопиче- ская астма	Неотопиче- ская астма	Смешан- ная астма
Аскаридоз	16 чел. (33%)	17 чел. (35%)	34 чел. (35%)
Дизбиоз	48 чел. (98%)	47 чел. (98%)	94 чел. (97%)
Лямблиоз	14 чел. (29%)	15 чел. (31%)	31 чел. (32%)
Микстинва- зия	2 чел. (4%)	3 чел. (6%)	7 чел. (7%)
Токсокароз	5 чел. (10%)	4 чел. (8%)	10 чел. (10%)
Энтеробиоз	12 чел. (25%)	13 чел. (27%)	27 чел. (28%)

Нередко в процессе развития бронхиальной астмы происходит изменение основной причины и механизмов, сопутствующих заболеванию.

Специалистами была проведена клиническая апробация экспертной системы дифференциальной диагностики патогенетических механизмов бронхиальной астмы. В наблюдении участвовало 250 больных с диагнозом «бронхиальная астма средней степени тяжести 1-й и 2-й ступеней». Среди пациентов было почти 56 % женщин и 44 % мужчин. Все больные были в возрасте от 15 до 65 лет, давность заболевания у них колебалась от 1 года до 20 лет и более. Все обследованные пациенты были разделены на 3 клинические группы:

- 38 больных с аллергической формой бронхиальной астмы;
- 36 больных с неаллергической формой;

– 176 больных со смешанной или сочетанной формой астмы. Пациенты в группах сопоставлялись по полу, возрасту, месту жительства, а также по тяжести течения заболевания. Только давность заболевания была различной. По результатам исследования в первой группе оказалось 90,9 % больных, у которых был отмечен контакт с бумажной пылью на производстве, 50 % работающих в запыленном помещении, 22,7 % больных, у которых наблюдался контакт с химическими веществами и гербицидами на работе. Из второй группы 71,4 % больных работали в запыленном помещении и имели контакт с горюче-смазочными мате-

риалами, 42,9 % контактировали на производстве с бумажной пылью, 28,6 % имели контакт с химическими веществами и газозлектросваркой. Из третьей группы более половины больных работали в запыленном помещении и имели контакт с бумажной пылью, 30–40 % контактировали на производстве с химическими, горюче-смазочными веществами или красками. Во всех группах более 70 % больных отметили, что часто переживают стрессовые ситуации на производстве и в быту.

Что касается сезонности обострения бронхиальной астмы, то почти все больные указали на этот фактор. В первой группе у 68,2 % больных обострение болезни бывает весной, у 100 % – осенью. Во второй группе у 85,7 % больных обострение астмы приходится на осень, у 71,4 % – на зиму. В третьей группе 87,1 % больных испытывают рецидивы заболевания весной, 83,2 % – осенью и 79,2 % – зимой. Примерно 66 % больных из третьей группы переживают круглогодичные обострения болезни, 73,3 % – в ночные часы, 68,2 % – утром. Во второй группе 71,4 % – ночью и 57,1 % – вечером. В третьей группе 60,4 % больных отмечали возникновение приступов удушья в ночное время, 42,6 % – в утреннее и вечернее время суток.

Основная причина возникновения бронхиальной астмы у больных из первой группы – различные аллергические заболевания, из второй группы – воспалительные процессы в дыхательной системе, из третьей – грибковые поражения кожи и слизистых, а также аллергический ринит. Практически у каждого больного наблюдались частые вирусные инфекции, которые вызывали изменения реактивности бронхов.

В первой группе у 86,4 % больных наблюдалась аллергическая предрасположенность, которая была выражена бронхиальной астмой, мигренью, аллергическим ринитом, экземой и нейродермитом. Во второй группе у 14 % больных аллергическая реакция была выражена бронхиальной астмой и экземой. В третьей группе у 60,5 % больных аллергическая наследственность была представлена бронхиальной астмой, мигренью, аллергическим ринитом, экземой и нейродермитом.

В большинстве случаев аллергическая предрасположенность развивается на фоне заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. В первой группе таких больных было представлено 72,7 %, во второй – 42,9 %, в третьей – 41,6 %.

На формирование таких симптомов, как удушье, кашель, одышка, у больных из всех трех групп повлияли различные факторы. В первой группе это специфические факторы (бытовые, эпидермальные, пылевые, пищевые и грибковые). Во второй группе это ирританты (неспецифические факторы), а также изменяющиеся метеоусловия и стрессовые ситуации. В третьей группе обнаружилось сочетание специфических и неспецифических факторов, а также изменяющиеся метеоусловия и стрессовые ситуации, нервно-психическое перенапряжение и т. п. В таблице 2 представлены результаты данного исследования.

Таблица 2

Факторы, влияющие на развитие удушья, одышки и кашля

Провоцирующие факторы	1-я группа (кол-во больных)	2-я группа (кол-во больных)	3-я группа (кол-во больных)
Метеофакторы	16	36	167

Таблица 2 (продолжение)

Провоцирующие факторы	1-я группа (кол-во больных)	2-я группа (кол-во больных)	3-я группа (кол-во больных)
Стрессы	10	31	80
Специфические факторы	38	—	176
Неспецифические факторы (ирританты)	—	36	167

Все данные обследования, результаты жалоб, анамнеза, данные объективного исследования каждого больного заносились в базу данных компьютерной экспертной системы. После этого была проведена комплексная оценка всех полученных данных и был выявлен ведущий патогенетический механизм. Таким образом, клинко-патогенетические варианты удалось систематизировать и представить в таблице 3.

Таблица 3

Основные клинко-патогенетические механизмы бронхиальной астмы

Патогенетические механизмы	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Атопический	99,89±0,04%	10,2±3,4%	84,1±2,3%
Адренергический	0,09±0,04%	2,26±0,7%	0,64±0,2%

Таблица 3 (продолжение)

Патогенетические механизмы	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Аутоиммунный	0,09+0,03%	17,87+9,2%	1,37+0,3%
Дисгормональный	0,06+0,02%	1,2+0,4%	0,39+0,1%
Инфекционно зависимый	0,09+0,02%	21,3+9,8%	4,1+0,98%
Нервно-психический	0,32+0,07%	9,01+3,1%	3,4+0,8%
ПИРБ (измененная реактивность бронхов)	0,25+0,04%	35,1+6,3%	8,7+1,03%
Холинергический	0,03+0,01%	0,92+0,5%	0,42+0,1%

Благодаря этим данным исследования удалось выяснить, что больные бронхиальной астмой представляют собой неоднородную группу. В развитии заболевания принимают участие различные патогенетические механизмы, каждый из которых необходимо лечить отдельно и проводить систематическую узконаправленную и длительную терапию.

Из представленных в таблице данных видно, что при аллергической форме бронхиальной астмы самым распространенным вариантом является атопический патогенетический вариант (99,89+0,04 %). При неаллергической форме – ПИРБ (измененная реактивность бронхов – 35,1+6,3 %), а также инфекционно зависимый вариант бронхиальной астмы (21,3+9,8 %) и аутоиммунный (17,87+9,2 %). При смешанной или сочетанной форме наиболее часто встречается атопический вариант бронхиальной астмы (84,1+2,3 %), а также ПИРБ (измененная реактивность бронхов – 8,7+1,03 %), инфекционно зависимый вариант (4,1+0,98 %), нервно-психический (стрессы, перенапряжение и пр. – 3,4+0,8 %) и аутоиммунный (1,3+0,3 %).

Отсюда следует, что развитию различных патогенетических вариантов бронхиальной астмы могут способствовать в принципе одинаковые этиологические факторы.

Данная система компьютерной экспертизы на основании клинических данных позволяет проводить диагностику на любом уровне и установить не только факт болезни, но и выявить ведущие патогенетические варианты бронхиальной астмы. Такой подход разрешает сделать индивидуализированную диагностику и на этом основании в дальнейшем позволяет выбрать для каждого конкретного случая свою целенаправленную терапию.

Течение болезни

Бронхиальная астма по мере развития болезни делится на 4 основных этапа:

- предвестники бронхиальной астмы;
- приступный период заболевания;
- послеприступный период бронхиальной астмы;
- межприступный период заболевания.

Предвестники бронхиальной астмы могут появиться за несколько дней до приступа, а иногда и за несколько минут. Этот период выражен волнением, раздражительностью, двигательным беспокойством, нарушением сна у больного. В некоторых случаях он начинает чихать, испытывает зуд глаз и кожи, у больного отмечается заложенность носа и серозные выделения из него. Также человека преследует неотступный сухой кашель и мучает головная боль. Наблюдаются расстройства желудочно-кишечного тракта (жидкий стул или запор) и раздражения кожи (полиморфная сыпь).

Приступный период бронхиальной астмы начинается приступообразным кашлем. При этом наблюдается затруднение вдоха (экспираторная одышка), когда после короткого вдоха следует удлиненный выдох, сопровождающийся хрипами, слышными даже на расстоянии. Грудная клетка в это время напряжена и находится в положении максимального вдоха. В процесс дыхания включены мышцы плечевого пояса, спины и области живота. Обычно приступ заканчивается отделением небольшого количества стекловидной вязкой мокроты (астматический бронхит). В некоторых случаях, когда приступы бывают особенно тяжелыми и затяжными, течение болезни может перейти в астматическое состояние – один из наиболее опасных вариантов ухудшения состояния больного.

Приступ удушья при бронхиальной астме характеризуется ощущением нехватки воздуха, сдавливанием в груди. Приступы удушья могут быть легкими, средней тяжести или тяжелыми.

Отмечаются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, приглушение тонов сердца, повышение артериального давления. Кожные покровы становятся бледно-серыми, отмечается выраженный периоральный цианоз, цианоз губ, ушных раковин, а также кистей рук.

У детей приступ бронхиальной астмы обычно возникает на фоне респираторного заболевания, хотя в некоторых случаях он бывает спровоцирован стрессовой ситуацией. Почти $\frac{2}{3}$ детей заболевают астмой в раннем и дошкольном возрасте. Преимущественно этим заболеванием страдают мальчики. Среди всего детского населения регионов нашей страны заболеваемость бронхиальной астмой составляет 0,3–1%. Приступы астмы вызывают (особенно у маленьких детей) огромный испуг, они мечутся в постели, дети постарше непроизвольно стремятся принять вынужденное положение сидя и, немного наклонившись вперед, ловят ртом воздух. Речь становится невнятной и бессвязной, поскольку бывает практически невозможной. Лицо бледнеет и приобретает синюшный оттенок, тело покрывается холодным потом. Крылья носа сильно раздуваются при вдохе, грудная клетка – в состоянии максимального вдоха. На фоне жесткого или ослабленного дыхания выслушивается большое количество сухих и свистящих хрипов. При кашле в конце приступа с трудом отделяется вязкая и густая мокрота. После отхождения пенистой мокроты постепенно наступает облегчение дыхания как у детей, так и у взрослых больных.

Приступ бронхиальной астмы может продолжаться несколько минут, часов, а в некоторых (особо тяжелых случаях) даже несколько дней. Приступ необходимо купировать в течение 6 часов, иначе возникнет угроза развития астматического статуса.

Послеприступный период бронхиальной астмы характеризуется следующими симптомами:

- общая слабость, заторможенность реакции, сонливость;

- возникают изменения в работе дыхательной системы (выслушивается бронхиальное дыхание с рассеянными сухими хрипами на выдохе);

- проявляются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (брадикардия, понижение артериального давления).

Судить о состоянии больного и о полном восстановлении дыхания можно лишь после проведения исследований (по результатам пикфлоуметрии).

Межприступный период бронхиальной астмы у каждого больного характеризуется различным и зависит от степени тяжести заболевания, функции внешнего дыхания, индивидуальных особенностей, сопутствующих заболеваний и пр.

Специалисты выделяют 3 степени бронхиальной астмы.

Легкая степень. Характеризуется редкими приступами удушья, которые случаются реже 1 раза в месяц, и сравнительно быстро исчезающими после проведения терапии. Период ремиссии бывает достаточно благополучным: общее состояние удовлетворительное, больной не страдает, показатели внешнего дыхания колеблются в пределах возрастной нормы.

Среднетяжелая степень. Приступы удушья могут повторяться по 3–4 раза в месяц. Причем приступы протекают с выраженными нарушениями функции дыхания и кровообращения. Отмечаются тахипноэ, тахикардия, приглушение тонов сердца, отчетливо регистрируется колебание максимального артериального давления во время дыхательного цикла (его повышение во время выдоха и снижение при вдохе). Показатели функции внешнего дыхания колеблются от 60 до 80 %.

Тяжелая степень. Приступы удушья повторяются очень часто – по несколько раз в неделю. Они возникают на фоне выраженного вздутия легких, одышки и тахикардии. Больной принимает вынужденное положение сидя, с опущенными ногами, руки опираются о кровать или другую опору. Кожные покровы приобретают бледно-серый цвет, выражен периферический цианоз, цианоз губ, ушных раковин и кистей рук. Кашель затяжной, выдох шумный и продолжительный, появляется втяжение грудной клетки во время вдоха. В дыхании задействована вспомогательная мускулатура. Кашель малопродуктивный, без выделения мокроты. Показатели функции внешнего дыхания – ниже 60 %.

Установить тяжесть бронхиальной астмы необходимо как можно скорее, чтобы добиться успеха в лечении заболевания. При этом необходимо провести комплексное медицинское обследование:

- изучить анамнез заболевания, учитывая при этом частоту, тяжесть и длительность приступов удушья и их эквивалентов, а также эффективность используемых лечебных препаратов и действенность проводимых лечебных процедур;

- применить данные физикального обследования;

- собрать данные инструментального обследования;

- собрать результаты лабораторного обследования.

Бронхиальная астма часто носит циклический характер, когда фаза обострения с характерными симптомами и данными лабораторно-инструментальных исследований сменяется фазой ремиссии.

В некоторых случаях заболевание приводит к развитию различных осложнений: эмфиземе легких, инфекционному бронхиту, а в наиболее тяжелых случаях даже к появлению легочного сердца.

Атопическая форма бронхиальной астмы

На развитие атопической формы бронхиальной астмы в большей степени влияет сенсibilизация к неинфекционным аллергенам. К ним относятся пищевые аллергены, домаш-

няя пыль, пыльца ветроопыляемых растений, шерсть и перхоть животных, лекарственные препараты и пр.

Обычно атопической формой бронхиальной астмы болеют люди, имеющие наследственную предрасположенность к аллергической реакции на белковые вещества. Эти же вещества у большинства здоровых людей не вызывают иммунных реакций.

Первичный период развивается за несколько дней или часов до приступа и выражен заложенностью носа, чувством напряжения в носоглотке, выделением из носа жидкой слизи в большом количестве. Затем появляется одышка экспираторного типа с затруднением выдоха, дыхание становится шумным, свистящим, с хрипами. Приступ начинается с мучительного кашля без выделения мокроты, затем следуют приступы удушья или тяжелой одышки. Почти всегда приступы астмы начинаются ночью. Число вдохов снижается до 10 в минуту и меньше. При этом больной покрывается испариной и принимает вынужденную позу сидя. Заканчивается приступ выделением светлой вязкой или густой и гнойной мокроты.

Приступ атопической астмы необходимо купировать в течение 24 часов, в противном случае развивается астматическое состояние.

Как и в остальных случаях проявления приступов астмы, при атопической форме в легких во время вдоха и выдоха прослушивается множество сухих и свистящих хрипов, также выслушивается перкуторный звук с коробочным оттенком по всем легочным полям. Наблюдаются глухие тоны сердца, тахикардия, повышенное систолическое, иногда диастолическое артериальное давление. Показания ЭКГ в момент приступа бронхиальной астмы выявляют признаки перегрузки правого предсердия и желудочка сердца.

Инфекционно-аллергическая форма бронхиальной астмы

Основной причиной развития инфекционно-аллергической формы бронхиальной астмы являются вирусы гриппа, парагриппа, РС-вирусы, а также бактерии и грибы. Нередко астма развивается на фоне неблагоприятного психогенного и метеорологического воздействия, а также вследствие чрезмерной физической нагрузки. Она может возникнуть как у взрослых, так и у детей школьного возраста.

Приступ астмы начинается сразу после контакта с аллергеном. Начинается кашель, сопровождающийся приступом удушья, одышки, заставляющих больного принимать вынужденное положение сидя. В начале приступа выслушиваются свистящие хрипы. Приступ проходит через несколько часов, при этом во время кашля происходит выделение необильной стекловидной мокроты.

В данном случае кашель необходимо купировать с помощью бронхолитических средств.

«Аспириновая» астма

Эту форму астмы можно считать достаточно распространенной. Среди больных, одновременно имеющих бронхиальную астму, синусит и полипы носа, непереносимость аспирина наблюдается у 30–40 %. При этом у женщин она наблюдается почти в 2 раза чаще, чем у мужчин. Аспириновая непереносимость обычно носит семейный характер, однако тип наследования неизвестен.

Причины развития «аспириновой» бронхиальной астмы окончательно не изучены, хотя известно, что иммунные механизмы в нем не участвуют. Согласно наиболее распространенной теории, это заболевание обусловлено нарушением равновесия между образованием метаболитов арахидоновой кислоты, а также действием нестероидных противовоспалительных средств.

Замечено, что в раннем детстве такие больные страдают вазомоторным ринитом и полипозом носа. Нередко из-за этого больным приходится делать повторные операции. Постепенно периоды обильной ринореи сменяются полным закладыванием носа, что заставляет больных длительное время дышать ртом. Развитие заболевания постепенно приводит к появлению типичных приступов удушья, которые могут возникнуть в молодом или среднем возрасте, иногда они появляются сразу после очередной операции по удалению полипов носа.

Классическая «аспириновая» триада – непереносимость аспирина, наличие полипов носа и бронхиальной астмы. В некоторых случаях «аспириновая» бронхиальная астма может протекать без ринита, синусита или полипов носа. Но, несмотря на то что почти у 50 % больных кожные пробы с разными аллергенами дают положительный результат, приступы бронхиальной астмы все-таки развиваются на фоне действия иммунных факторов.

Очень часто причиной приступов становятся лекарственные препараты, которые подавляют синтез простагландинов в организме, например ацетилсалициловая кислота, амидопирин, индометацин, бутадион, бруфен и др.

При «аспириновой» астме больные страдают непереносимостью желтого красителя тартразина, который применяется для окрашивания некоторых пищевых продуктов (в частности, макаронных изделий) и лекарственных средств. Баралгин, теофедрин и антастман содержат ингибиторы синтеза простагландинов. После приема этих лекарств у больных спустя 30-120 минут развивается тяжелая водная ринорея. Затем к ней присоединяется приступ удушья, а верхняя половина туловища приобретает красный цвет.

Обычно приступы «аспириновой» бронхиальной астмы бывают очень тяжелыми, они сопровождаются отеками слизистой и обильными выделениями из носа, а также конъюнктивитом, иногда бывают обмороки.

При этой форме необходимо очень быстро принимать соответствующие меры, требуется неотложная помощь с применением кортикостероидов для парентерального введения.

Бывает достаточно сложно установить правильный диагноз, поскольку непереносимость аспирина не всегда удается установить во время опроса. Кроме того, наличие полипов носа при отсутствии других проявлений «аспириновой» триады еще не может служить основанием для диагноза. Анамнез и данные физикального исследования при «аспириновой» бронхиальной астме схожи с данными при других формах этого заболевания. Единственный надежный способ диагностики непереносимости аспирина – это проведение провокационной пробы. Но такое исследование может быть опасно, поэтому его следует проводить только под наблюдением опытного врача в аллергологическом центре, где есть реанимационное отделение. Больным бронхиальной астмой в сочетании с полипами носа, когда требуется постоянное лечение кортикостероидами, провокационные пробы не проводят. В этом случае строго рекомендуется избегать применения аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств.

«Аспириновая» бронхиальная астма требует постоянной терапии. Необходимо систематически принимать назначенные врачом лекарственные препараты, проводить соответствующие профилактические процедуры как в приступный период, так и в междуприступный. Прогноз заболевания во многом будет зависеть от его профилактики.

Осложнения при бронхиальной астме

Осложнения при этом заболевании могут быть различными: в виде асфиксического состояния, сердечной недостаточности, ателектазов, медиастинальной и подкожной эмфиземы, иногда в виде спонтанного пневмоторакса. Многолетнее течение астмы часто вызывает деформацию грудной клетки, ведет к развитию пневмосклероза, эмфиземы легких, хронического легочного сердца и бронхоэктазы. В редких случаях приступ бронхиальной астмы

приводит к летальному исходу. Если приступ астмы вовремя не купировать, может развиваться одно из наиболее опасных состояний – астматический статус.

Он характеризуется возрастающей резистентностью к бронхорасширяющей терапии и непродуктивным кашлем. Различают две формы астматического состояния: анафилактическую и метаболическую. При анафилактической форме заболевание бывает обусловлено иммунологическими или псевдоаллергическими реакциями с высвобождением большого количества медиаторов аллергической реакции и чаще всего наблюдается у лиц с повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам. Данная форма астматического состояния вызывает тяжелейший приступ удушья. Метаболическая форма бывает связана с функциональной блокадой бета-адренергических рецепторов и возникает на фоне передозировки симпатомиметиков при терапии инфекции дыхательных путей, а также на фоне неблагоприятных метеорологических условий или вследствие быстрой отмены кортикостероидов. Астматическое состояние в данном случае формируется в течение нескольких дней. На начальной стадии во время кашля перестает отходить мокрота, затем появляется боль в мышцах плечевого пояса, грудной клетке и в области брюшного пресса. Происходит гипервентиляция. Потеря влаги с выдыхаемым воздухом приводит к увеличению вязкости мокроты, что ведет к obturации просвета бронхов вязким секретом.

Вторая стадия астматического статуса характеризуется образованием в задненижних отделах легких участков «немного легкого». При этом наблюдается явное несоответствие между выраженностью дистанционных хрипов и их отсутствием при аускультации. Состояние больного становится крайне тяжелым. Грудная клетка обычно имеет эмфизематозное вздутие, пульс превышает 120 ударов в минуту, артериальное давление часто повышено. По результатам ЭКГ выявляются признаки перегрузки правых отделов сердца. Постепенно формируется респираторный или смешанный ацидоз.

На третьей стадии астматического статуса одышка и цианоз нарастают, больной испытывает резкое возбуждение, которое мгновенно может сменяться потерей сознания, возможны даже судороги. Артериальное давление снижается, пульс парадоксальный, наступает гипоксически-гиперкапническая кома.

Во время длительных и тяжелых приступов бронхиальной астмы возможно проявление другого критического состояния – апноэ, или остановки дыхания. В этом случае появляется синюшность кожи и слизистых, прекращается активность дыхательной мускулатуры, резко падает артериальное давление, наступает потеря сознания, а иногда возникают судороги.

В любом из этих случаев больному требуется неотложная помощь специалистов, поэтому необходимо срочно вызвать скорую помощь или при возможности самим отвезти больного в больницу, где есть реанимационная палата.

Методы диагностики астмы

Диагностика различных форм астмы в широкой врачебной практике весьма затруднительна, поскольку для эффективности и точности диагноза необходимо провести целый ряд различного рода исследований. В диагностике астмы требуется учитывать большое количество неспецифических, непатогномоничных симптомов.

Для решения данной проблемы разработана специализированная диагностическая экспертная система, использующая практический опыт лучших специалистов в этой области.

Диагностику и лечение бронхиальной астмы обязательно следует проводить под наблюдением и контролем лор-врача в специализированных клиниках. Лечение бронхиальной астмы должно быть серьезным и постоянным, с учетом специфики диагноза. Чем раньше будет поставлен диагноз, тем успешнее будет лечение. После возникновения первых признаков развития бронхиальной астмы необходимо пройти обследование у врача-пуль-

монолог. Для точности диагностирования врач должен собрать подробную информацию о течении и длительности болезни, об условиях работы и проживания, о наличии вредных привычек у больного, стрессовых ситуациях, переживаемых больным на данный момент и т. п. Кроме того, обязательно проводится полное клиническое обследование. На основании всех этих данных врач может прийти к заключению о форме бронхиальной астмы.

Очень часто бывает трудно сразу выявить наличие бронхиальной астмы у больного. У детей нередко бронхиальная астма протекает необычно, поэтому заболевание часто принимают за коклюш, бронхопневмонию, бронхоаденит (первичный туберкулезный лимфаденит бронхов у детей). У лиц пожилого возраста характерные признаки астмы бывают слабо выражены, чаще преобладают явления хронического астматического бронхита. Иногда приступы бронхиальной астмы связывают с проявлениями пневмонии, бронхита, сердечных приступов, тромбоза легочной артерии, а также заболеваний голосовых связок. Иногда приступы одышки, удушья и сухих хрипов связывают с наличием опухоли.

Бронхиальную астму может имитировать такое заболевание, как истерическое расстройство. При этом у больного наблюдаются спазмы в горле, сопровождающиеся одышкой и ощущением нехватки воздуха. Все это очень напоминает проявления бронхиальной астмы. Однако в данном случае такие приступы называются псевдоастматическими. При этом больные истерическим расстройством имитируют, воспроизводят физическое страдание конкретного больного, часто близкого родственника, недавно умершего, за которым им пришлось наблюдать на протяжении длительного периода времени.

Вначале проводится дифференциальный диагноз с аспирацией инородного тела, коклюшем, крупом, опухолью средостения и пр. Для всех этих заболеваний нехарактерна экспираторная одышка, а при коклюше характер кашля и эпидемиологический анамнез несколько иные.

При бронхиальной астме диагноз ставится на основании типичных приступов экспираторного удушья, наличия эозинофилии в крови и особенно в мокроте, тщательно собранного анамнеза, аллергологического обследования с проведением кожных и в некоторых случаях провокационных ингаляционных тестов, а также исследования иммуноглобулинов Е и G.

Проводится тщательный анализ анамнестических, клинических, рентгенологических и лабораторных данных, а при необходимости и исследование результатов бронхологического исследования. Все это позволяет исключить синдром бронхиальной обструкции при неспецифических и специфических воспалительных заболеваниях органов дыхания, болезнях соединительной ткани, гемодинамических нарушениях в малом круге кровообращения, аффективной патологии, глистных инвазиях, эндокринно-гуморальной патологии (гипопаратиреоз, карциноидный синдром и др.), обтурации бронхов (инородным телом, опухолью) и др.

Установить правильный диагноз позволяет следующая схема обследования пациента.

1. Оценка иммунного ответа (иммунный статус).
2. Посев на дизбиоз кишечника.
3. Микроскопия мазков или посевы с других доступных слизистых.
4. Исследование на наличие паразитарных инвазий:
 - кал на яйца глистов;
 - соскоб на энтеробиоз;
 - ИФА-диагностика паразитарных заболеваний и т. п.
5. ПЦР– и ИФА-диагностика персистирующих инфекций:
 - вируса герпеса (ВПГ);
 - цитомегаловируса (ЦМВ);
 - вируса Эпштейна – Барр;

- хламидиоза;
- микоплазмоза;
- уреаплазмоза;
- токсоплазмоза и т. д.

6. Рентгенография и компьютерная томография.

У детей диагноз ставится на основании анамнеза и клинических симптомов, выявления в крови высокого уровня IgE и эозинофилии, наличия в мокроте спиралей Куршмана и кристаллов Шарко – Лейдена.

Рентгенография и компьютерная томография позволяют исключить наличие инфекции или других поражений дыхательных путей, а также хронической недостаточности кровообращения или попадания инородного тела в дыхательные пути. Исследование у аллерголога с помощью кожных тестов с различными аллергенами в межприступный период позволяет определить, что именно вызывает приступ астмы у больного. При необходимости проводятся провокационные пробы.

Тяжесть приступа бронхиальной астмы обычно определяется степенью обструкции бронхов. Клинически и рентгенологически определяется эмфизема, возможны ателектазы. Если приступ астмы длится 6 часов и более, и при этом использование симпатомиметических препаратов не оказывает должного действия, то такое состояние больного называется «астматический статус».

Традиционные методы диагностики применяются в специальных лечебных учреждениях и позволяют точно установить диагноз, хотя это и занимает длительное время. На основании диагноза составляется программа лечения основного заболевания с сопутной терапией сопутствующих заболеваний. Только комплексная и систематическая терапия позволяет прогнозировать благоприятный исход заболевания.

Современная медицина предлагает ряд новых методов диагностирования и лечения бронхиальной астмы. Подобные мероприятия проводятся в специализированных клиниках под контролем специалистов.

Пульсовая диагностика

Этот метод диагностики является обязательным при осмотре больного врачом, практикующим иглоукалывание. Обычно процедура проводится на радиальных пульсовых позициях, т. е. на запястьях рук, иногда на шее, ногах или других частях тела.

Данный метод позволяет определить состояние пульса, его изменения в тех или иных меридианах, а также сочетания этих изменений. Эти показания указывают на предрасположенность больного к развитию нарушений в различных органах и системах. Пульсовая диагностика помогает определить не только наличие той или иной болезни, но и выявить функциональные нарушения, которые только начинают развиваться. При лечении иглоукалыванием такая диагностика помогает на каждом сеансе подобрать правильный алгоритм индивидуального иглоукалывания. Кроме того, после проведения сеанса иглоукалывания по пульсу можно определить, насколько эффективен данный метод лечения и как он воздействует на органы. В целом данный метод диагностики позволяет врачу не только лечить существующее заболевание, но и предотвратить его развитие. Следует отметить, что пульсовая диагностика делает процедуру иглоукалывания более эффективной и безопасной.

Диагностика по языку

Этот метод диагностики считается одним из самых древних и наиболее точных. Дело в том, что на язык человека спроецированы все органы и системы человеческого тела. Если в работе отдельного органа или системы происходит нарушение, то на языке появляется характерный налет, возникают трещины, изменяется цвет языка и пр. Язык представляет собой мышечный орган, пронизанный большим количеством кровеносных сосудов. Любое изменение состояния человека вызывает изменения в кровоснабжении языка, поэтому по его

цвету и размеру можно мгновенно узнать об изменении состояния человека. Цвет и состав налета на языке помогает довольно точно установить, какой патогенный фактор находится в организме. Перед осмотром нельзя употреблять в пищу продукты, содержащие красящие вещества. Данный метод диагностики позволяет достаточно быстро выявить заболевание и причину его возникновения, даже если болезнь начала развиваться много лет назад.

Диагностика по методу Фолля

Этот метод появился в 40-е годы прошлого столетия и с тех пор претерпел некоторые изменения, в частности был существенно дополнен и расширен. Он основан на сочетании восточных методов изучения человеческого организма и современных достижений европейской медицины. Изначально диагностика по методу Фолля предполагала измерение кожного сопротивления в биологически активных точках кистей и стоп. На основании данного наблюдения проводилось исследование и ставился диагноз. Сегодня для диагностики используются современные приборы, позволяющие точно измерять и регистрировать изменения, происходящие в энергетических системах.

Данный метод электропунктурной диагностики основан на проверке специальным щупом точек, которые расположены на кистях рук и стопах. В день осмотра не рекомендуется принимать лекарства, есть очень острую, копченую и жирную пищу, а также употреблять сильные стимуляторы (алкоголь, кофе, крепкие травяные чаи и пр.). Перед осмотром необходимо снять часы, металлические и каменные украшения, из карманов одежды также следует убрать металлические изделия (ключи, монеты), пейджеры и сотовые телефоны, поскольку эти предметы могут повлиять на точность диагностики.

Применение этого метода помогает оценить общий уровень энергии организма и установить степень его сопротивляемости внешним негативным факторам. Кроме того, метод фиксирует состояние внутренних органов и систем, давая полное представление об их работе. Благодаря этому можно с большой точностью выявить наиболее проблемные органы и системы организма. На основании данных исследования удастся установить, какие органы и системы нуждаются в первостепенной регуляции.

Обычно диагностика по методу Фолля дает полную картину состояния здоровья человека, и после нее уже не возникает необходимости в каком-либо другом обследовании. Однако в ряде случаев требуется дополнительное обследование с использованием диагностических методов стандартной медицины – ЭКГ, УЗИ, рентгенологическое исследование. Это позволяет уточнить характер поражения выявленных больных органов и дает более точную оценку динамики дальнейшего лечения.

Диагностика по методу Фолля помогает подобрать наиболее эффективный способ лечения. Дело в том, что параллельно с диагностикой проводится медикаментозное тестирование гомеопатических и аллопатических препаратов. Это позволяет определить эффективность их воздействия на организм. Во время тестирования препараты не принимают внутрь, а вводят в измерительный контур, поэтому за один сеанс можно провести тестирование нескольких препаратов. Благодаря этому в ряде случаев можно избежать применения препаратов, ухудшающих состояние здоровья больного. Как известно, плохих лекарств нет, есть люди, которым они не подходят.

Таким же способом проводится тестирование биологически активных пищевых добавок, поскольку они, наряду с лекарствами, являются активными компонентами, и организм реагирует на них также активно. Неверное назначение этих добавок и их подбор может нанести большой вред.

Также проводится тест на применение гомеопатических препаратов. Известно, что такие препараты подбирают для решения какой-то проблемы, например лечения простуды, гормональных нарушений, бессонницы и пр. Однако при этом не учитывается индивидуаль-

ная переносимость препарата каждым конкретным человеком. Поэтому, прежде чем приступить к лечению, нелишним будет провести тест на совместимость.

Новые виды диагностики по методу Фолля – это вегетативно-резонансный тест (ВРТ) и резонансно-частотная диагностика, которые направлены на выявление наличия в организме бактерий, вирусов, грибов и гельминтов. Эти методы позволяют установить, есть ли в организме человека вредные микроорганизмы и паразиты, что, в свою очередь, облегчает выбор средств специфической терапии.

Этот метод позволяет довольно точно установить для конкретного человека, на присутствие каких патогенных микроорганизмов у него развивается болезненная реакция. Традиционные методы диагностики выявляют все бактерии у человека, но большинство из них является сапрофитами, т. е. организмами, благополучно сосуществующими с организмом человека. Но при их обнаружении в мазках под микроскопом обязательно назначается антибактериальная терапия, которая, по сути, не нужна, т. к. лишь подрывает защитные функции организма. Бороться необходимо в первую очередь с теми паразитами, которые пагубно влияют на состояние здоровья человека.

Диагностика с помощью ФВД

Данный метод диагностики предполагает использование специального прибора – пикфлоуметра (PEF-метра), следящего за функцией внешнего дыхания. Это наиболее широко применяемый метод диагностики, позволяющий точно оценить вентиляционную способность легких. Во время исследования проводится измерение минутного объема дыхания, затем анализ изменений скорости потоков воздуха в различных отделах дыхательных путей при выполнении маневра форсированного дыхания. Данного рода исследования проводятся во время спокойного дыхания, затем после физической нагрузки и после использования бронхолитического препарата (он вводится с помощью ингалятора). В результате удастся с максимальной точностью выявить уровень бронхиальной проходимости, а также чувствительности, или реактивности, бронхов. На основании всех данных индивидуально для каждого пациента подбирается наиболее подходящий эффективный лекарственный препарат.

Следует помнить, что измерение функции легких при бронхиальной астме так же нужно, как и измерение артериального давления при гипо– или гипертонической болезни.

Даже на начальной стадии развития бронхиальной астмы полезно проводить такие исследования, поскольку они позволяют предупредить и предотвратить наступление приступа бронхиальной астмы.

Если проводить ежедневное измерение пиковой скорости выдоха в течение 2–3 недель, можно безошибочно установить степень тяжести бронхиальной астмы, а значит, выработать оптимальный курс лечения.

Прибор для измерения функции внешнего дыхания можно купить в аптеке и использовать самостоятельно в домашних условиях, но лечение следует проводить лишь после консультации с врачом. Обычно ко всем пикфлоуметрам прилагаются таблицы должных величин, на основании которых можно будет самостоятельно судить о состоянии своего здоровья и в случае необходимости вовремя обратиться к врачу.

Аллергопробы

Для выявления аллергена при иммунной форме бронхиальной астмы используется метод кожных проб, который на сегодняшний день считается наиболее достоверным. Кожные пробы являются достаточно простой и безболезненной процедурой, хотя, возможно, не для всех доступной по цене. Они хорошо переносятся даже детьми раннего возраста (старше 1 года) и практически не имеют побочных эффектов.

Обычно кожные пробы делают на внутренней поверхности предплечья. Для этого на очищенную и сухую кожу наносят с небольшим промежутком несколько капель растворов

аллергенов очень низкой концентрации. Через 15–20 минут производится оценка кожной реакции на каждый аллерген.

Диагностирование не проводится во время острой фазы аллергии, а также в период лечения антигистаминными, гормональными и бронхолитическими препаратами, поскольку в этих случаях нарушается чистота исследования. Также аллергопробы исключаются при наличии острой инфекции, тяжелых хронических заболеваний сердца, почек, кровеносной системы и т. п.

У каждого больного бронхиальной астмой есть индивидуальный набор раздражителей, которые провоцируют приступы заболевания. Чтобы выявить ведущие провоцирующие факторы, каждому больному необходимо вместе с врачом внимательно проанализировать течение болезни и отследить все повлиявшие на ее развитие негативные факторы. Таким образом удастся подобрать эффективные препараты и составить перечень необходимых профилактических мероприятий. Совместные действия с врачом и неукоснительное выполнение его рекомендаций позволит ослабить действие провоцирующих раздражителей или даже избежать их, а значит, поможет облегчить течение заболевания и избежать приступов удушья в дальнейшем. Следовательно, удастся во многих случаях снизить дозу лекарственных препаратов и даже постепенно избавиться от их использования.

Растения, вызывающие аллергическую форму бронхиальной астмы

Зачастую причиной развития аллергической формы бронхиальной астмы становятся растения. Прежде всего это ветроопыляемые растения, которые выделяют огромное количество мелкой пыльцы в период цветения. Ветер разносит ее порой на очень большие расстояния – десятки и даже сотни километров. Из-за этого порой происходит так, что у человека возникает аллергия на растение, которое в данной местности не растет, поэтому бывает сложно сразу выявить настоящий аллерген. Однако растения, продуцирующие пыльцу, обычно широко распространены в ближайшей местности или регионе. В средней полосе России все растения обычно выделяют пыльцу с конца марта по октябрь. В зависимости от метеорологических условий каждой конкретной местности эти сроки могут колебаться в пределах 5-10 дней. В каждом регионе, области, стране есть свои наиболее активные аллергены. Например, в средней полосе России это амброзия, полынь, береза, некоторые виды луговых трав и злаков, в Японии – кедр, на Украине – каштан и дуб, а в Южной Европе – постельница.

Специалисты выделяют несколько групп аллергенных растений: деревья, злаки и сорные травы. Также выделяют несколько периодов обострения аллергической реакции на пыльцу этих растений: весенний, ранний летний, поздний летний и летне-осенний. Обычно аллергическая реакция развивается на пыльцу сразу 2 или 3 видов растений. Обострение длится примерно 1 месяц, однако в некоторых случаях, когда у человека развивается аллергическая реакция на большое количество растений, обострение аллергии может продолжаться все теплое время года, пока цветут всевозможные аллергорастения. Пыльца некоторых растений вызывает более сильную реакцию, например пыльца березы, тимopheевки и полыни, тогда как пыльца сосны обладает более низкой способностью вызывать аллергию.

Древесные растения

Среди этих растений первыми, в марте-апреле, зацветает береза, ольха и лещина. Затем, в конце апреля, зацветает ива, тополь, ясень, клен и вяз. Позже, в мае, наступает очередь сирени, дуба, яблони и хвойных деревьев. В этот период также наиболее высокое количество пыльцы, особенно в Москве и Московской области, дают тополь, береза, ольха, лещина, ясень, клен и дуб. В июне начинает пылить липа. Пыльца березы считается наиболее значимым аллергеном среди всех прочих перечисленных древесных растений.

Злаковые (луговые) травы

Пыльца этих растений является первейшим аллергеном во всей Европе. Злаковые травы начинают цвести и пылить ранним летом, в зависимости от региона европейской части России они цветут с начала мая до конца августа. Лисохвост и мятлик начинают пылить во второй половине мая, тимopheевка, овсяница и ежа – в июне. Тимофеевка, мятлик, лисохвост и ежа с овсяницей, а также пырей, плевел, ковыль и полевица являются самыми аллергенными травами в средней полосе России.

Сорные травы

Поздним летом, с августа по сентябрь, цветут растения семейства сложноцветных и маревых. Самыми высокоаллергенными из них считаются полынь, лебеда, а также конопля. Эти растения распространены в центральных и южных регионах России, Западной Сибири и Средней Азии. В Ставропольском крае, Краснодарской области и на Южном Поволжье самым опасным аллергеном считается пыльца амброзии. Некоторые представители сорных трав, например одуванчик, который считается близким родственником полыни и амброзии, начинают пылить уже в мае. Подорожник, щавель и крапива – с июня-июля до осени.

Животные, вызывающие аллергическую форму бронхиальной астмы

У некоторых людей, склонных к аллергии, провокатором приступа бронхиальной астмы являются животные. Это могут быть собаки, кошки, птицы, морские свинки, кролики, хомяки, крысы, лошади и овцы. Около половины людей, страдающих аллергической формой астмы, не держат дома животных и практически не имеют с ними контакта, однако страдают от их косвенного воздействия. Аллергены животных – это шерсть, перья, перхоть, а также слюна, моча и экскременты. Аллергены могут быть в квартире и доме, где есть животные, особенно много аллергенов в помещениях с ковровым покрытием. Их можно обнаружить даже в таких общественных местах, как школы и офисы, поскольку аллергены легко переносятся на одежде человека. Они обладают высокой летучестью, т. е. прикрепляются к мелким частицам пыли и остаются в воздухе длительное время. Чаще всего аллергией на животных страдают дети и подростки, которые в детских и учебных учреждениях контактируют с другими детьми или взрослыми, имеющими домашних питомцев. Затем следуют работники зоопарка, цирка, ветлечебниц и т. п.

Иногда аллергическую реакцию вызывают изделия из шерсти и меха. Например, меховые шубы могут содержать нативные аллергены, в подушках и перинах содержатся перья и пух птиц, а в одеялах – шерсть различных животных. Именно поэтому людям, склонным к аллергической реакции, рекомендуется использовать одежду (постельные принадлежности и т. п.) из синтетических материалов. Даже эпидермис и волосы человека способны вызывать аллергию, особенно у парикмахеров. Рептилии и аквариумные рыбки практически не вызывают аллергической реакции, но корм, используемый для их кормления (сухая дафния, сухой мотыль, грызуны), может вызывать сильнейшую аллергию, особенно у работников зоомагазинов.

Аллергены животных могут сыграть значительную роль в развитии или обострении атопической бронхиальной астмы. При появлении первых признаков аллергической реакции на животных (приступы чиханья, зуд носа, насморк, зуд и покраснение глаз, сухой кашель или затруднение дыхания, высыпания на коже и ее зуд) следует немедленно обратиться за консультацией к аллергологу. Это позволит предотвратить в дальнейшем развитие бронхиальной астмы.

ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Профилактика этого заболевания достаточно сложная задача, поскольку врач сталкивается с уже имеющейся болезнью и, следовательно, ему предстоит заниматься лечением больного. Профилактика же подразумевает меры предосторожности, позволяющие каждому человеку избежать этого заболевания в будущем. В этом плане можно давать лишь общие рекомендации и советы.

С большим вниманием к своему здоровью следует относиться тем, кто подвержен риску развития аллергии, особенно если кто-то из членов семьи страдает каким-либо аллергическим заболеванием.

Первичная профилактика бронхиальной астмы должна начинаться с наблюдения за детьми, страдающими обструктивным бронхитом, бронхиолитом, стенозирующим ларингитом, пищевой и лекарственной аллергией и т. п. Негативно на здоровье детей сказывается воздействие дыма, в том числе и табачного, искусственное вскармливание, нерациональное введение прикорма, высокоаллергенная пища, запыленное помещение и пр. Все эти факторы могут поспособствовать развитию аллергии в детском возрасте, а в дальнейшем, без должного внимания со стороны родителей, и возникновению бронхиальной астмы. Ребенку и взрослому необходимо вести здоровый образ жизни, правильно питаться, соблюдать режим работы и отдыха, спать положенное количество часов, не злоупотреблять спиртными напитками и т. д.

По возможности нужно стараться избегать воздействия основных возможных провоцирующих факторов астмы. Среди наиболее распространенных домашних аллергенов – клещи домашней пыли, перо и пух птицы, тараканы и шерсть животных. Необходимо ослабить влияние этих аллергенов, снизив их количество. Для этого нужно чаще проводить влажную уборку, чистить ковры, впрочем, ковры со стен лучше снять и отдавать предпочтение не ковровому покрытию полов, а другому, менее аллергенному. Необходимо поддерживать относительную влажность воздуха на низком уровне – ниже 50 %. Это можно делать с помощью кондиционера. С этой же целью можно использовать в домашнем обиходе специальные покрытия для подушек и матрасов. При склонности к аллергической реакции лучше отказаться от содержания кошек и собак в домашних условиях, чтобы не контактировать с шерстью животных.

Раздражающих запахов нужно избегать. У некоторых людей аллергическую реакцию может вызвать аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства, поэтому их предпочтительнее не использовать в лечении. Очень часто аллергическую реакцию вызывает, как уже говорилось, желтый краситель тартразин, который добавляют в некоторые лекарства и пищевые продукты, а также сульфиты – консерванты, которые тоже часто присутствуют в составе продуктов. Чтобы избежать аллергической реакции на эти вещества, необходимо внимательно изучать состав употребляемых в пищу продуктов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.