

УДК 61

НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЗОНА РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**Восканян А.Г.***Республиканский Центр Спелеотерапии МЗ РА, Ереван, e-mail: speleonatter@gmail.com*

На материале собственных наблюдений в практике лечения бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких разработана «дорожная Карта» лечения и медицинского контроля больных бронхиальной астмой с целью профилактики хронической обструктивной болезни легких и обеспечения высоким качеством жизни. Основным критерием эффективного контроля БА является нормальная ФВД вне приступа и отсутствие приступов астмы. Первым признаком формирования ХОБЛ является одышка привычной физической нагрузки вне приступа астмы. Нарастание одышки от физической нагрузки предполагает плохой прогноз. Профилактика ХОБЛ и/или эффективная борьба против недуга есть эффективный медико-социальный контроль БА, плановые сеансы спелеотерапевтической рекреации больных бронхиальной астмой и лиц профессиональной и бытовой зоны риска.

Ключевые слова: бронхиальная астма, пневмонит, хроническая обструктивная болезнь легких, спелеотерапевтическая рекреация

UNCONTROLLED ASTHMA – RISK ZONE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**Voskanyan A.G.***Republican Medical Center of asthma and chronic lung diseases Of the Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, e-mail: speleonatter@gmail.com*

Based on my own observations, in the practice of the treatment of asthma and chronic obstructive pulmonary disease, a «Roadmap» of treatment and medical monitoring of patients with bronchial asthma has been worked out, for prevention of chronic obstructive pulmonary disease and ensuring the quality of life. The main criterion for the effective control of asthma is normal ERF, outside of an attack and the absence of asthma attack. The first signs of the formation of COPD – shortness of breath on habitual physical activity, outside of an asthma attack. Poor prognosis – an increase of dyspnea on habitual physical activity. The struggle against the complications of COPD – regular medical and social control. Scheduled psychotherapy sessions of recreation and rehabilitation of the patient.

Keywords: bronchial asthma, pneumonia, chronic obstructive pulmonary disease, recreation

Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – два наиболее распространенных респираторных неинфекционных заболевания легких в практике пульмотерапии. Помимо того, что БА и ХОБЛ имеют некоторые общие клинические признаки, возможны случаи их сочетания. Хотя эти заболевания самостоятельные и не переходят друг в друга, но нередко случаи формирования ХОБЛ у больных БА и возникновение приступов астмы у больных хронической обструктивной болезнью легких. Надо полагать, при определенных обстоятельствах неконтролируемая бронхиальная астма может стать зоной риска ХОБЛ, а у больных ХОБЛ могут возникать приступы астмы. Сочетание БА и ХОБЛ, схожесть симптомов, формирование одной болезни по причине другой, создают определенные клинические трудности в практике врачевания, что и явилось поводом публикации настоящей статьи.

Целью публикации является, во-первых, довести до врачей первого звена ранние признаки формирования ХОБЛ у больных бронхиальной астмой; во-вторых, привлечь внимание руководителей медицинских

учебных заведений на необходимость включения в программу усовершенствования семейных врачей, терапевтов, пульмонологов, педиатров циклов усовершенствования, по темам: «Алгоритмы ранней диагностики и лечения ХОБЛ больных с неконтролируемой астмой»; «Отличительные черты приступов астмы у больных ХОБЛ».

Эпидемиология сочетанного заболевания БА и ХОБЛ недостаточно изучена, но многие клиницисты уже обратили внимание на клиническую значимость проблемы. Авторы¹ публикации статьи «Сочетание астмы и ХОБЛ...» приводят цифры косвенных наблюдений сочетания БА и ХОБЛ, по частоте тяжелой астмы, больных резистентных к стандартным средствам, с нарастающими признаками дыхательной недостаточности и формированием легочного сердца – от 10 % до 25 %. По нашим данным практики спелеотерапии больных БА, за период 2005–2013 гг. (1658 больных), процент

¹ Н.М. Шмелева, О.А. Пешкова, Е.И. Шмелев. Сочетание ХОБЛ и астмы. Особенности диагностики и лечения в амбулаторных условиях. <http://www.lvrach.ru/2010/09/15435023/>. Медицинский журнал «Лечащий врач».

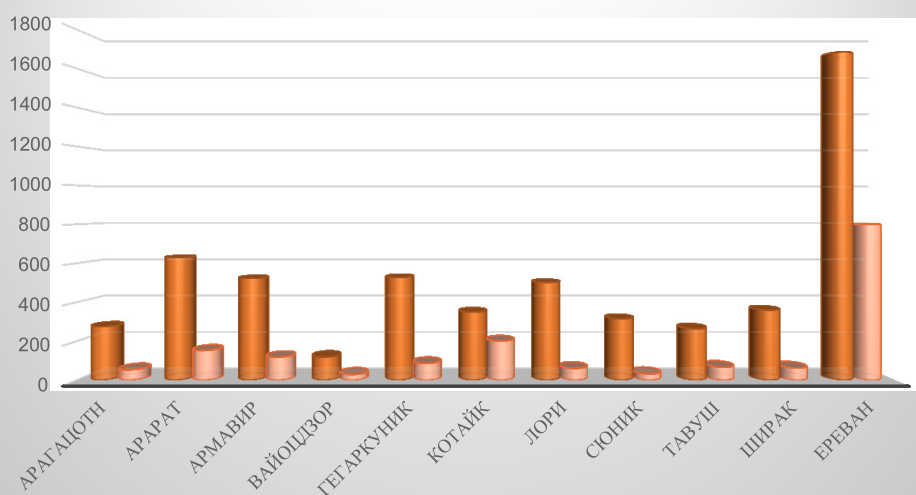
больных астмой с осложнением ХОБЛ равен проценту больных, трудно контролируемой астмой (40–60%). Мы считаем, что это не случайное сочетание, но причиной ХОБЛ у больных БА, как и причиной приступов астмы у больных ХОБЛ, является некорректное врачевание. Такой вывод вытекает из результатов ретроспективного анализа медицинской документации контроля БА и ХОБЛ на местах. Эта проблема актуальна как для врачей первого звена – семейных и/или врачей поликлиник, так и для клинической респираторной медицины вообще.

На рисунке отображено соотношение количества больных БА по областям РА и процент больных, прошедших курс спелеотерапевтической рекреации. Наибольшее число от общего числа больных астмой поступило из Котайской области – 57,4%, чуть меньше из Еревана – 47,4%. Наименьшее число – из Лори – 12,0%, Гегаркуника 16,3% и Тавуша – 17,2%. Из других областей поступило примерно одинаковое число – около 22%, с разбросом до 3%. Причин такого разброса много, от недостаточной информированности до финансовых возможностей больных той или другой области, но основной причиной, на наш взгляд, является уровень медицинской культуры на местах, как больных, так и врачей. Медицинская культура является основной причиной и тому, что все больные БА в прошлом принимали некорректное, а зачастую противопоказанное лечение.

В Центр Астмы больные поступали после долгих лет мытарства. У большинства (более 60% от общего числа поступивших на) формировалась хроническая обструктивная болезнь легких.

За период с 2005 по 2013 годы из 5552 больных БА, зарегистрированных в отчетах МЗ, только 1658 прошли курс рекреации в «Спелеотерапевтическом Центре». Все зарегистрированные больные находятся под контролем врачей центра. В результате ретроспективного анализа медицинских документов больных, поступивших на спелеотерапию установлено, что подавляющее большинство больных не обследовалось и/или нерегулярно контролировались. Больные обращались за медицинской помощью в различные медицинские центры, и только в случаях обострения астмы где, с легкой руки рентгенолога, диагностировали пневмонию. «Закономерно» больные принимали антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, жаропонижающие и другое противомикробное лечение. Именно такое некорректное лечение способствовало формированию ХОБЛ. Нестероидные противовоспалительные препараты в настоящее время не рекомендуются ни при ХОБЛ, ни при бронхиальной астме. Более того, при аспириновом варианте БА, НПВП опасны для жизни. Предотвращение опасных для жизни деструктивных изменений в легких практически сводится к профилактике ХОБЛ.

Распределение больных БА по областям РА



Пример: больной Ваган, 1965 года рождения, в семейном анамнезе есть больные аллергией. Работает торговцем стройматериалов. Двадцать лет курит. Содержит канареек. Считает себя больным бронхиальной астмой около 10 лет. Ранее, вне приступа астмы, проблем с дыханием не было. Болезнь формировалась постепенно. В прошлом, во время ремиссии, чувствовал себя практически здоровым, а в последние 2–3 года, всплески нарушения дыхания сопровождаются признаками воспаления легких, по поводу чего принимал антибиотики, жаропонижающие, народные средства. Однако лечение было малоэффективным, более того, после каждого курса лечения симптомы нарушения дыхания нарастали, а в последнее время появилась одышка от привычной физической нагрузки. К сожалению, больному не проводились исследования функции внешнего дыхания, и не потому, что не было такой возможности, но потому, что врачу все было ясно: «У больного бронхиальная астма, пневмония, или ОРВИ». Неоднократно делали рентген-исследования, каждый раз диагностировали пневмонию.

Эта пагубная практика имеет место во всем мире. По этой причине 14 октября с 2010 года Международными Медицинскими организациями и ВОЗ объявлено Всемирным днем спирометрии, с целью привлечь внимание врачей, медицинских работников и больных зоны риска, ранней диагностике ХОБЛ. Надо заметить, что в любом медицинском учреждении на уровне первого

звена медицинской помощи врач-ординатор (семейный врач) может путем не инвазивного метода спирометрии оценить состояние легких на данный момент. Спирометрия рекомендуется всем лицам:

- старше 40 лет,
- с многолетним стажем курения,
- вынужденным дышать загрязненным воздухом, на вредном производстве,
- с частым и длительным кашлем, после ОРВИ и/или простудного заболевания,
- с затруднением дыхания при быстрой ходьбе,
- с ощущением заложенности и/или хрипов в груди,
- страдающим частыми обострениями бронхита,
- обеспокоенным состоянием лёгких и/или имеет отягощенную наследственность,
- страдающим хроническими заболеваниями легких – БА, ХОБЛ, др.

Задачи настоящей работы: на материале клинических наблюдений разработать «Дорожную карту»² диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ и больных БА на уровне врача первой медицинской помощи. При этом критерием диагностики ХОБЛ у больных БА может считаться сниженный объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), на фоне базового медикаментозного контроля астмы, при малой вариабельности пиковой объемной скорости выдоха. Не менее важным критерием дифференциации является одышка вне приступа астмы и отсутствие эффекта стероидной терапии.

Различия симптомов ХОБЛ и БА

Параметры \ Диагноз:	Хроническая обструктивная болезнь легких	Хроническая бронхиальная астма
Возраст	Как правило, старше 35–40 лет	В любом возрасте
Курение	Как правило, заядлый курильщик	Как правило, не курит
Ортопноэ – вынужденное (стоя или сидя) положение, упор на руки	Всегда. Усиливается при физическом напряжении	Только во время приступа астмы
Острые респираторные заболевания	Нечастые, но с высокой t°	Частые, как правило, при $N t^\circ$
Простудные болезни в детстве	Нечастые	Частые
Кашель	Постоянный и вне обострения	Только во время приступов
Кашель по ночам (под утро)	Нетипичный	Типичный, в фазу обострения
Одышка	С начала заболевания	Только во время приступа
Одышка появляется	Постепенно	Внезапно, приступообразно
Прием β_2 -агонистов	Неэффективен	Эффективно
Полное благополучие	Не бывает	Во время ремиссии

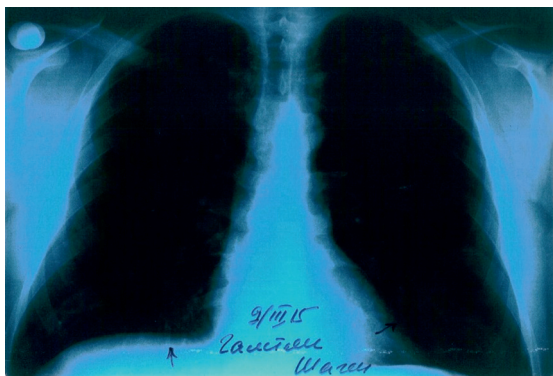
² «Дорожная карта» (Road map) в переносном смысле значит «план, как двигаться дальше», наглядное представление сценария развития.

Определяющим признаком ХОБЛ является нарастающая одышка вне обострения болезни. При этом нормативные исследования, качественный анамнез и наблюдение в динамике достаточны для клинической верификации ХОБЛ. Эти инструменты доступны всем врачам первого звена медицинской помощи.

Важно знать, что не во всех случаях БА неизбежно ведет к формированию ХОБЛ. Механизмы возникновения деструктивных изменений бронхов и легких: обструкция бронхов, эмфизема легких – изучены недостаточно, предстоит сделать многое для достижения цели. Наши клинические наблюдения могут лечь в основу дальнейших патофизиологических и гистохимических исследований.

В результате анализа накопленного материала (1658 больных), наблюдений других клиницистов нам удалось вывести таблицу (таблица) различия ХОБЛ и БА.

По нашему мнению, одной из причин, способствующих формированию ХОБЛ, является хроническое неинфекционное воспаление терминальных бронхиол и альвеол, связанное с некорректным лекарственным контролем болезни, из-за недостаточного и/или некорректного лечения БА. Первым признаком ХОБЛ у больных БА может явиться пневмонит. При этом на воспаление легких необходимо обращать внимание даже, если пневмония упоминается в анамнезе. Как правило, у этих больных, по неосторожности, ложно диагностируется пневмония легких, со всеми вытекающими последствиями. Естественно, врач проводит антибиотикотерапию и другие методы лечения инфекции, что может не только ускорить, но стать триггером формирования хронической обструктивной болезни легких.



Пример: больной Шаге, 1970 года рождения, курит 20 лет, по профессии бондарь.

Считает себя больным астмой 5 лет. Семейный анамнез не отягощен (со слов больного). Однако последующий анализ крови говорит об обратном – Total-Ig E = 157,0 (норма < 100 IU/ml), что указывает на атопию и наследственную готовность к аллергической реакции.

Шаге является наглядным примером формирования ХОБЛ у больного БА. Самым ранним признаком формирования ХОБЛ явились субъективные ощущения. Больной пришел на консультацию «подготовленным», он заранее сделал рентген-снимок легких. На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» ответ был более чем характерный для ХОБЛ в фазу зачатия: «Я чувствую, в последнее время с моими легкими что-то не в порядке». Больной для большей надежности обследовался в тубдиспансере, был доволен собой и, бахвалясь, протянул рентген-снимок, со словами: «Я поступил правильно, что сделал рентген у меня двусторонняя пневмония». В подтверждение он уверенно положил на стол заключение рентгенолога. «Инфильтрация в нижних долях легких – 2-сторонняя пневмония».

Заключение было символичным, но сомнительным – нет температуры, нет признаков интоксикации, да и на рентген-снимке, кроме усиления легочного рисунка, других характерных признаков пневмонии нет. Очевидна картина пневмонита. Для большей уверенности больной был направлен на консультацию одному из ведущих рентгенологов республики. Ответ был лаконичным: «Пневмонии нет! Бронхо-сосудистое усиление говорит о том, что есть проблема в легких, но не пневмония».

Физикальные исследования: над всеми полями легких диффузные, сухие хрипы. В нижних отделах обоих легких выслушиваются крепитирующие хрипы на конце вдоха. Хрипы не исчезают после кашля, что говорит о диффузном воспалении терминальных бронхиол, это говорит о формировании фиброза интерстициальной ткани легких. Вместе с тем спирометрия показала затруднение как выдоха, так и вдоха. ПОСвыд. – 05, вдох. – 08, что указывает на обструкцию. В результате визуального обследования был обнаружен аллергический нейродермит – псориагическая сыпь на локтевых поверхностях обеих рук.

Анализ крови: лейко-формула – в норме. СОЭ – 8 мм/час. Гематокрит – 47,3 % – (норма – 40–48 %). Эритроциты – 5,0 (10¹²/л),

гемоглобин – 172,0 г/л (Н – 130-160). Повышение количества эритроцитов, гемоглобина и высокий гематокрит имеют компенсаторный характер и направлены на компенсацию кислородного недостатка из-за нарушений в альвеолокапиллярном барьере. Фибриноген (FG) – 447,5 mg/dl (норма – 200–400). Биохимический анализ крови: Ig E – 178 (норма < 100 Ед./мл). IgG – askaris lumbicoides – 10,1 U/vl (positivt > 10,0). Анализа кала – обнаружены аскариды.

По результатам наших наблюдений, из всего числа больных ХОБЛ только в 15 %, случаев, со временем возникают приступы астмы. При этом надо заметить, что нарушения дыхания в форме приступов удушья появляются у больных ХОБЛ, у которых в семейном анамнезе есть страдающие астмой, экземой и/или другими аллергиями.

Из клинической практики следует: ХОБЛ есть клиническая форма осложнения основного заболевания легких, как например БА. Осложнение может формироваться при облучении, приеме некоторых лекарственных форм, химиотерапии и при воздействии других факторов среды, если имеется наследственная предрасположенность. При этом у людей, длительное время подвергающихся физическим, химическим и биологическим воздействиям, изменения иммунитета носят стадийный характер, сходный со стадиями развития стресса, в конечном итоге приводят к срыву адаптационных ресурсов организма.

Именно при стрессе в наибольшей степени проявляется единство и взаимодействие 3 регулирующих систем организма: нервной, эндокринной, иммунной. В смене фаз стресса ведущую роль играют системы нейроэндокринной регуляции: симпатoadреналовая и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая. Одной из задач наших исследований являлось утверждение технологии спелеотерапевтической рекреации больных БА, с целью рекреации иммунно-эндокринного статуса больного, для профилактики ХОБЛ. Исходя из системного толкования, можно выделить четыре направления лечения ХОБЛ:

1. Купирование деструктивных процессов и нарастающую альвеолярную обструкцию.
2. Лечение аномальных, метаболических процессов.
3. Медицинская и социальная реабилитация.
4. Спелеотерапевтическая рекреация.

В этом контексте архиважное значение приобретают нетрадиционные² методы лечения, интегрированные в систему традиционного (лекарственного) лечения ХОБЛ. При этом, в практике современной медицины, если первые два направления: купирование деструкции и лечение аномальных, метаболических процессов, – будучи чисто клиническими, развиваются в меру обязательной медицины, то медицинская и социальная реабилитация, натуротерапевтическая рекреация, отданы на истязание бизнесменам, так как не являются обязательными в структуре здравоохранения. Одной из задач является показать значимость натуротерапевтической рекреации, с целью профилактики ХОБЛ.

Метод спелеотерапии – ввести в число обязательных медицинских процедур лечение ХОБЛ, БА и других хронических болезней.

Выводы

1. Дорожная карта лечения и медицинского контроля больных бронхиальной астмой:

- Оценить индивидуальные особенности патогенеза и течения заболевания.
- Подобрать индивидуальную тактику лечения.
- Добиться полноценного контроля над симптомами заболевания. Нарушения дыхания должны полностью исчезнуть или стать редкими.
- ФВД довести до нормы (вне приступа астмы).
- Повысить резистентность организма до устойчивого состояния, на триггеры.
- Улучшить качество жизни, вне обострения – «практически здоров».
- Контролировать эффективность проводимого лечения.

– Подобрать индивидуальную тактику спелеотерапевтической рекреации.

2. Дополнения к стандартному лечению, в зависимости от особенностей течения и социально-медицинских показаний:

- Специфическое и неспецифическое снижение бронхиальной гиперреактивности.
- Уроки полного дыхания, по системе йога.
- Очищение легких сеансами дренажного дыхания и вибрационного массажа.

² Нетрадиционная медицина – собирательное название методов, претендующих на способность лечить (или предупреждать) болезни, эффективность и безопасность которых не была доказана научным методом.



Релаксационная галерея здравницы «Республиканский Спелеотерапевтический Центр»

Список литературы

1. Шмелева Н.М., Пешкова О.А., Шмелев Е.И. Сочетание хронической обструктивной болезни легких и астмы. Особенности диагностики и лечения в амбулаторных условиях. Медицинский журнал «Лечащий врач». – 2010.
2. Шмелев Е.И. Амбулаторное лечение больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких (Результаты Всероссийской программы «СВОБОДА») // Справочник поликлинического врача. – 2007. – № 11.
3. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. – 2007.
4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA): Пересмотр 2002 г. (Под ред. А.Г. Чучалина). – М., 2002.
5. Визель А.А., соавторы. К вопросу о современной комбинированной терапии хронической обструктивной болезни легких // Казанский медицинский журнал. – 2005. Т. 86, № 5.
6. Global Initiative for Asthma (GINA) Global strategy for asthma management and prevention. Update Dec 2009. URL: <http://www.ginasthma.com>.
7. Кириллов М.М., Кириллов С.М., Минченко И.И., Рябова А.Ю. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь. Общность и различия. (лабораторные сопоставления) // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV, № 1.
8. Черняев А.Л., Самсонов М.В. Патологическая анатомия хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы: сходство и различия // Практическая пульмонология. – 2013. – № 1.