Реферат

на тему: "Клиническая картина и осложнения бронхиальной астмы"

Клиническая картина и осложнения

Чаще всего приступы беспокоят больных по ночам, особенно при тяжелых формах заболевания. Иногда они длятся всю ночь. В случаях средней тяжести приступы наблюдаются под утро или утром, когда больной встает с постели. В центре клинической картины бронхиальной астмы - приступ удушья. Больной старается по возможности сохранить состояние покоя, избегает лишних движений. Обычно он принимает высокое сидячее положение в постели или сидит в кресле, опираясь на локти или вытянутые вперед ладони; фиксирует таким образом плечевой пояс и получает возможность принести в действие все вспомогательные мышцы. Сознание сохраняется. Затруднение дыхании у некоторых больных сопровождается чувством мучительного сдавления и стеснения в грудной клетке, резкими болями в подложечной области или в правом подреберье. Иногда больные жалуются на кожный зуд, чувство жжения во всем теле, появляющиеся незадолго до приступа и продолжающие их беспокоить и во время приступа. Чаще всего затруднен выдох. Уже в начале приступа дыхание становится шумным, жужжащим и свистящим, слышным на расстоянии, иногда даже в соседней комнате. Чисто дыханий в большинстве случаев урежается (до 10 и меньше в минуту). На высоте приступа вследствие усиленного напряжения во время дыхания усиливается перспирация, все тело больного покрывается испариной. В этих случаях он часто жалуется на озноб. Температура во время приступов у взрослых больных остается нормальной или субнормальной, только в редких случаях наблюдается повышение температуры. Пауза между выдохом и вдохом исчезает. Грудная клетка находится в положении глубокой инспирации, диафрагма низко стоит, дыхание происходит главным образом за счет участия межреберных мышц. Мышцы брюшного пресса напряжены. Напряжены также вспомогательные мышцы - лестничные, грудино-ключично-сосковая и грудные. Характерно, что инспираторные мышцы находятся в состоянии повышенного тонуса и даже во время выдоха не расслабляются полностью. В начале приступа кашель короткий и мучительный. Кашель более выражен при наличии эмфиземы и хронического бронхита. При первых приступах, если они не появились на фоне предшествовавшего бронхита, кашель в начале приступа слабо выражен и даже может отсутствовать. На высоте приступа кашель не приводит к отхаркиванию вследствие сгущения мокроты и спазма бронхов. После того как приступ прошел через кульминационный пункт, кашель усиливается, начинает отделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. По мере приближения конца приступа количество мокроты увеличивается, последняя становится более жидкой, легче отходит, и явления удушья уменьшаются. Приступ может длиться от нескольких минут до нескольких дней. Посте приступа кашель с мокротой может продолжаться несколько часов. Обычно больной вскоре засыпает и просыпается в удовлетворительном состоянии.

В ряде случаев приступу предшествуют продромальные явления. Некоторые больные чувствуют приближение приступа в связи с начинающейся не резко выраженной одышкой, "закладыванием" носа и обильным выделением слизи из него, щекотанием в носу, неприятными ощущениями в горле и т.п. В числе предвестников, остающихся и но время приступа, ряд авторов указывает на зуд кожи. У некоторых больных приступам бронхиальной астмы сопутствует задержка стула. В тех случаях, когда бронхиальная астма обусловлена воздействием нутритивного аллергена, диспептические явления (тошнота, рвота) резко выражены, и приступ сопровождается зудом, крапивницей, набуханием губ, языка. До и во время приступа наблюдается ряд явлений со стороны нервной системы. Иногда предвещают приступ сонливость, зевота, вялость.

При перкуссии обнаруживается коробочный перкуторный звук по всему легочному полю, особенно выраженный в нижних отделах грудной клетки; нижние границы легких опущены. Сердечная тупость исчезает. На высоте приступа аускультация почти не улавливает дыхательных шумов, которые сами по себе ослаблены и, кроме того, еще заглушаются звучными хрипами. В начале приступа прослушиваются хрипы и при вдохе и при выдохе. В дальнейшем хрипы преобладают главным образом во время выдоха. На высоте приступа обычно прослушиваются сухие хрипы; только к концу приступа появляются влажные хрипы, которые становятся звучными и прослушиваются иногда в течение суток и дольше носче приступа.

У некоторых больных единичные приступы повторяются через много лет. Иногда первый приступ одновременно является и последним, ни разу не повторяясь во всю последующую жизнь больного. Однако большей частью приступы повторяются все чаще и чаще, а также нарастает их интенсивность. Частота приступов зависит от ряда факторов. В тех случаях, когда бронхиальная астма обусловлена специфической чувствительностью к определенному аллергену, приступы могут быть очень частыми или даже непрерывными, если контакт с аллергеном носит постоянный характер или происходит очень часто. Если в начале заболевания больной избавляется от контакта с аллергеном, может наступить полное излечение. Такие случаи можно наблюдать при так называемых профессиональных бронхиальных астмах, если больной прекращает работу в данной профессии.

В тех случаях, когда приступы астмы наслаиваются на острые инфекционные заболевания дыхательных путей, устанавливается корреляция между клинической картиной и основным фактором. Вслед за насморком или бронхитом длительностью в несколько дней появляется приступ астмы. Чаще всего оп начинается ночью, повторяется в течение нескольких дней. Одышка может стать непрерывной или появляться только ночью. Количество приступов в течение года определяется частотой обострений и характером заболевания дыхательных путей. Чаще приступы беспокоят больных в холодное время года и меньше летом. В тех случаях, когда бронхиальная астма развивается на фоне хронической инфекции дыхательных путей (напр., бронхита), уже с самого начала приступы могут носить интенсивный характер и часто повторяться. Многие из таких больных переносят предпароксизмальные стадии бронхиальной астмы в течение ряда лет, не прибегая к специальному лечению, относя все эти явления за счет "бронхита" или "простуды". Течение бронхиальной астмы в этих случаях является столь тяжелым и непрерывным, что уже с самого начала заболевание приобретает хронический характер.

Разнообразие и многочисленность факторов, играющих роль в течении бронхиальной астмы, обусловливают индивидуальную клиническую картину в каждом отдельном случае. С утратой чувствительности к одним веществам и появлением ее к другим аллергенам может меняться характер и частота приступов. Частые повторные приступы приводят к развитию так паз. привычной астмы. Приступы бронхиальной астмы, имеющие сначала в своей основе специфическую повышенную чувствительность к некоторым аллергенам, в дальнейшем могут появиться и под влиянием холодного ветра, курения, запахов, физического напряжения, кашля, сильного смеха, тяжелого обеда или психических воздействий. В этой стадии у каждого больного наблюдаются индивидуальные особенности течения даже при наличии общего для всех таких больных первичного фактора заболевания.

К наиболее частым осложнениям бронхиальной астмы относятся эмфизема и хронический бронхит. На фоне пневмосклероза эмфизема обнаруживается у больных бронхиальной астмы в 30 - 60% случаев: при более или менее продолжительном течении заболевания к астме, как правило, присоединяется эмфизема, в дальнейшем осложняющаяся легочным сердцем.

Повторное острое преходящее расширение легких во время приступа бронхиальной астмы с течением времени влечет за собой утрату эластичности легочной ткани и образование обтурационной эмфиземы, чему способствует часто развивающийся хронический бронхит с закупоркой слизью мелких и средних бронхов. Большую роль играют индивидуальные особенности в каждом отдельном случае.

В некоторых случаях астма и бронхит имеют единую основу в виде аллергического состояния слизистой оболочки бронхов и верхних дыхательных путей. У больного астмой при наслоении вторичной инфекции обычно нормальная температура может повышаться. Инфекционный бронхит чаще всего присоединяется к астме в осеннее и зимнее время.

Выделяющаяся в конце приступа бронхиальной астмы мокрота в количестве до 100 мл представляет собой вязкую тягучую стекловидную слизь, без запаха, слабощелочной или нейтральной реакции. При размазывании мокроты тонким слоем на черном фоне можно разглядеть в пей невооруженным глазом слизистые пробки, а через лупу спирали Куршмана, представляющие собой слепки слизи, образующиеся в спастически сокращенных во время тяжелого приступа мелких и средних бронхах. Более отчетливо их можно видеть при микроскопии, наряду с эозинофилами и кристаллами Шарко - Лейдена. Кристаллы Шарко - Лейдена образуются в результате распада эозинофилов и поэтому в большем количестве обнаруживаются не в свежей, а в постоявшей в течение 12 - часов мокроте.

Наибольшее диагностическое значение имеет наличие в мокроте эозинофилов, которые могут наблюдаться лишь в скудном количестве и у других больных. Наличие одновременной эозинофилии в крови и пунктате грудины говорит об их костномозговом происхождении.

Характер и количество мокроты может изменяться, и последняя может выделяться в большом количестве; становится гнойной или слизисто-гнойной при присоединении вторичной инфекции (бронхита, пневмонии), наличии пневмосклероза с бронхоэктазами и т.д.

Наиболее характерным для бронхиальной астмы изменением со стороны крови в период приступов является эозинофилия, обусловленная аллергической природой заболевания.

Отсутствие эозинофилии в период приступов у больных бронхиальной астмой с одновременным появлением нейтрофильного лейкоцитоза чаще всего обусловлено осложнением вторичной инфекцией с наиболее частой локализацией процесса в легких пли в верхних дыхательных путях, либо очаговой инфекцией иной локализации.

На возникновение и течение бронхиальной астмы оказывают влияние климат, метеорологические факторы.

Благоприятное влияние оказывает на большинство больных пребывание на высоте 1000-1200 м над уровнем моря. Большое значение имеет косвенное влияние климата как фактора, определяющего характер флоры и фауны, развитие тех или иных отраслей промышленности и сельского хозяйства, связанных с наличием аллергенов в производственной обстановке, а также связанные с климатическими условиями особенности питания и т.п. Атмосферные явления также влияют на течение бронхиальной астмы. Как показали исследования Крус-Аунон (Cruz-Aunon), низкая облачность, циклоны, перемещение фронтов больших воздушных масс обусловливают учащение приступов бронхиальной астмы в Испании в общем больше чем в два раза по сравнению с их количеством в тихую погоду. Погода может оказывать и косвенное влияние, увеличивая или уменьшая циркуляцию аллергенов в воздухе. Так, растительные, животные, комнатные аллергены в сухую погоду обнаруживаются в большем количестве, чем в дождливую.

Наряду с этими закономерностями нередко можно наблюдать столь парадоксальные реакции на метеорологические факторы, что приходится говорить об индивидуальных особенностях реакции каждого больного бронхиальной астмой.

Диагноз бронхиальной астмы обычно не представляет затруднений, т.к клиническая картина очень типична. Однако в ряде случаев дифференциальный диагноз между бронхиальной астмой как нозологической единицей и симптоматическим удушьем, в патогенезе которого также может играть роль бронхоспазм, труден. Еще С.П. Боткин обратил внимание на компонент респираторной одышки, обусловленной бронхоспазмом, у больных сердечной астмой. Бронхоспазм может вызываться раздражением интерорецепторов бронхов аспирированным инородным телом, бронхогенным раком, а также вследствие компрессии бронхов опухолью средостения, аневризмой аорты и т.п. Симптоматическая астма может наблюдаться при пневмосклерозе, обтурационной эмфиземе и т.д.

В годы Великой Отечественной войны наблюдались постконтузионные приступы удушья центрогенной природы (Б.П. Кушелевский). Эффективность спазмолитических средств (адреналина и др.) также должна учитываться ex juvantibus, по с известной осторожностью. Следует иметь в виду, что бронхоспазм при указанных заболеваниях также нередко снимается бронхолитическими средствами. Большое дифференциально-диагностическое значение в этих случаях имеет при прочих равных условиях наличие у больного в момент исследования или в анамнезе других аллергических заболеваний, указания на бронхиальную астму и др. аллергические заболевания в наследственности, наличие эозинофилов, кристаллов и спиралей в мокроте, эозинофилия в крови, а также возраст больного при возникновении заболевания (бронхиальной астмой чаще всего заболевают в детство или юношеском возрасте), профессия и т.д.

Прогноз при бронхиальной астме в общем благоприятный. Больные бронхиальной астмой могут долгие годы сохранить трудоспособность. Прогноз определяется не столько длительностью болезни (бронхиальной астме свойственно циклическое течение), сколько частотой, длительностью и интенсивностью приступов, наличием или отсутствием астматического состояния и осложнений (пневмосклероза, стойкой эмфиземы и легочно-сердечной недостаточности, часто рецидивирующих перифокальных пневмоний и т.д.). В случаях с наличием указанных осложнений прогноз нередко определяется не бронхиальная астма, а особенностями течения этих заболеваний. На прогноз при бронхиальной астме может оказать решающее влияние ранняя диагностика, своевременные профилактические мероприятия (устранение контакта с аллергеном в производственной или бытовой обстановке, борьба с интеркуррентными инфекциями, с очаговой инфекцией и т.п.), лечебная физкультура, а также рациональное использование бронхолитических средств, для купирования приступов и астматического состояния.

Лечение приступов астмы и астматического состояния. Эффективным средством, быстро купирующим удушье, является адреналин. Введение адреналина под кожу уже в малых дозах (0,3-0,5 мг) снимает приступ через 2-3 минуты. Быстрое действие адреналина связано со стимуляцией симпатической нервной системы, обладающей спазмолитическим влиянием на гладкую мускулатуру бронхов. Сосудосуживающее действие адреналина сказывается уменьшением отека слизистой оболочки бронхов. Однако нельзя не учитывать антагонистического действия адреналина в отношении парасимпатической нервной системы, тонус которой во время приступов неизменно повышен и обусловливает спазм гладкой мускулатуры мелких бронхов. При легких и средней тяжести приступах, особенно в начальных стадиях заболевания, нет необходимости прибегать к большим дозам адреналипа, которые часто вызывают ряд неприятных побочных явлений - сердцебиение, дрожь, головную боль и другие симптомы перераздражения симпатической нервной системы. Действие адреналина недлительно, нестойко и не предупреждает возникновения повторных приступов уже в ближайшие час-два после инъекции. В таких случаях приходится прибегать к повторному и многократному (до 10-12 раз в сутки) введению адреналина.

В целях предупреждения побочных явлений при длительном применении адреналина лучше пользоваться более частыми инъекциями малых доз, чем прибегать к большим дозам, вызывающим эти явления. С течением времени у некоторых больных повышается резистентность к адреналину и для купирования приступа требуется введение 1-2 мг. Тем не менее и в этих случаях во избежание побочных явлений нужно пользоваться минимальной эффективной дозой, лишь постепенно повышая ее. Быстрое разрушение адреналина в организме позволяет применять его многократно в течение суток без опасений вызвать какие-либо стойкие патоморфологические изменения или функциональные расстройства. Углубленное клиническое исследование больных бронхиальной астмой, непрерывно в течение ряда лет получавших ежедневно повторные инъекции адреналина, не обнаруживает обычно каких-либо симптомов, которые можно было бы приписать его действию. Абсолютных противопоказаний к введению адреналина не существует (если исключить крайне редко встречающуюся повышенную чувствительность к нему).

При сочетании бронхиальной астмы со стенокардией, сердечной недостаточностью, выраженным гипертиреозом адреналин следует применять осторожно. Наличие гипертонической болезни при отсутствии стенокардии, коронарной или мышечной недостаточности сердца не является противопоказанием к введению адреналина. Рефлекторное повышение артериального и венозного давления, нередко наблюдаемое во время приступа бронхиальной астмы как у гипертоников, так и у нормотоников, понижается до исходной величины после купирования приступа астмы адреналином. К недостаткам применения адреналина следует отнести парентеральный способ введения (принятие внутрь не оказывает действия), а также нарастающую толерантность даже к большим дозам, вплоть до полного исчезновения спазмолитического эффекта. В этих случаях необходимо прерывать инъекции адреналина на несколько дней, после чего введение его становится обычно вновь эффективным. Очень редко больные оказываются рефрактерными уже к первым инъекциям адреналина.

За последние годы, наряду с адреналином, все более широкое применение находят препараты норадреналина. точнее изо-пропилнорадреналин (Aludrin, Isoprctialiii, Euspiran, изадрин и др.). Изопроиилнор-адреналин назначается в виде таблеток (под язык), а также в аэрозоле. Таблетки в 20 мг, медленно распадаясь, купируют средней тяжести приступ в течение 4-5 минут. Если приступ не купируется, то можно через 5 минут повторно принять таблетку и т.д. до купирования приступа. При возникновении побочных явлений (сердцебиения) остатки таблетки немедленно удаляются из полости рта, и через 10 - 15 минут сердцебиение проходит. Еще более выраженный и быстрый купирующий эффект даст в течение 1 минуты изопропилнорадреналин в 1% растворе в аэрозоле; при этом побочные явления наблюдаются реже, чем при применении таблеток (Негх-fieimer). При появлении рефрактерности к адреналину может оказаться эффективным изопропилнорадреналин и наоборот.

Весьма эффективным патогенетическим средством при тяжелых приступах и астматическом состоянии является эуфиллин (аминофиллин). При внутривенном введении бронхолитический эффект наступает еще быстрее, чем после подкожной инъекции адреналина, и, что особенно важно, эуфиллин действует в течение 9-10 часов. Определенных противопоказаний к введению эуфиллина не существует. Внутривенная инъекция 0,24-0,48 г эуфиллина в 10 - 20 мл 10-20% раствора глюкозы (вводить медленно!) вечером или непосредственно перед сном устраняет астматическое состояние, предупреждает возникновение приступов астмы в течение ночи и обеспечивает большинству больных спокойный сон и отдых.

Преимущество эуфиллина перед адреналином состоит и в том, что он не противопоказан при сочетании бронхиальной астмы со стенокардией, коронарокардиосклерозом, с сердечной астмой и другими видами сердечной недостаточности. Эуфиллин, обладая наряду с бронхолитическим сосудорасширяющим действием в отношении венечных и почечных артерий, а также, по-видимому, усиливая сократительную способность сердечной мышцы, является весьма эффективным при комбинации легочной и сердечной недостаточности. Эуфиллин можно рекомендовать внутрь (0,1-0,15г), а также в виде суппозиториев (0,25-0,3г) или в клизме (0.24 г эуфиллина на 30 мл 5% раствора глюкозы') при бронхиальной астме средней тяжести.

Внутривенное введение эуфиллина во время тяжелого приступа и астматического состояния, а также принятие его внутрь и в виде суппозиториев при легко протекающей астме заслуживают более широкого применения во врачебной практике.