Реферат

на тему: «Лечение и профилактика бронхиальной астмы»

Лечение

Хорошим противоастматическим средством является эфедрин. В отличие от адреналина эфедрин хорошо всасывается в кишечнике и поэтому действует и при вселении внутрь. Преимуществом эфедрина по сравнению с адреналином является также более длительный эффект (4—6 час). Однако он имеет и весьма существенный недостаток: действие его, даже при введении под кожу, наступает поздно — через 40—60 минут. Побочные явления, свойственные адреналину (сердцебиение, дрожь, головная боль и т. д.), при введении эфедрина менее выражены, однако он может вызвать бессонницу, дизурические явления, а также нарушения ритма сердца. Поэтому эфедрин следует назначать гл. обр. днем или в комбинации с барбитуратами и обладающими седатнвным действием антигистаминными препаратами (димедрол), которые в большинство случаев полностью устраняют побочные явления.

Медленное действие эфедрина исключает его введение под кожу (вместо адреналина) для купирования приступа или астматического состояния. Однако при заболевании средней тяжести нередко 3—4 приема эфедрина (в дозе 0,025—0,05 г) полностью освобождают больного от приступов астмы н от необходимости впрыскивания адреналина. Даже при хроническом астматическом состоянии эфедрин приносит больному некоторое облегчение и сокращает число необходимых инъекций адреналина.

Широкое распространение получили советский препарат теофедрин и чехословацкий — антастман, которые, помимо эфедрина, содержат теофиллин, кофеин, фенацетин, теобромин, лобелии и другие ингредиенты. Весьма эффективно применепне адренокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизона.

Хотя ни АКТГ, ни кортизон, так же как и приведенные выше лекарственные вещества, не излечивают астмы и механизм их действия недостаточно выяснен, они обладают весьма мощными купирующими свойствами и снимают даже тяжелые приступы, выводят больного из астматического" состояния. АКТГ вводится внутримышечно через 6 часов по 10—5 ЕД, кортизон — по 100 **мг 1** раз в сутки. Целесообразно одновременное назначение хлористого кальция внутрь и ограничение поваренной соли.

В большинстве случаев уже на 2—3-й день приступы астмы становятся реже пли прекращаются, больные полностью освобождаются от необходимости прибегать к инъекциям адреналина, смягчается, а затем полностью снимается астматическое состояние. В ближайшие дни после введения препарата, наряду с исчезновением симптомов астмы, быстро улучшается общее состояние больных, у них появляется аппетит, улучшается сон, проходит характерное для периода приступов депрессивное состояние; больные, истощенные длительным удушьем, сравнительно быстро прибавляют в весе и т. д.

Если внутримышечное введение препарата не дает достаточного терапевтического эффекта, можно прибегнуть к капельному внутривенному введению АКТГ (5— 10 ЕД на 500 **мл** 5% раствора глюкозы).

В иоследнее время применяются внутрь гидрокортизон (25 -иг), метикортен (5 **мг)** и др.

Противопоказаниями к лечению этими гормонами являются гипертоническая бо. лезпь, выражепный атсросклеротичсский кардиосклероз со стенокардией, сердечная недостаточность, я: венная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, диабет. Ремиссия, наступающая при лечении АКТГ и кортизоном, может длиться после прекращении инъекций от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев, но стойкого выздоровления от бронхиальной астмы не наступает.

Не уступая в отношении бронхолитического действия адреналину и эуфиллину, являясь одновременно универсальным антналлергическим средством и оказывая благоприятное влияние на общее состояние организма, АКТГ и кортизон показаны при самых тяжелых формах астмы и длительных астматических состояниях, при которых ремиссия той или иной длительности не может быть достигнута никакими другими средствами.

Длительность лечения АКТГ или кортизоном определяется индивидуально в каждом отдельном случае. Лечение прекращается после наступления более или менее выраженного эффекта или при возникновении побочных явлений. Закономерной зависимости между длительностью лечения, общей дозой препаратов и стойкостью ремиссии не отмечается. Поэтому, целесообразно ограничиваться двух - трехнедельным сроком лечения и минимальной эффективной дозой.

Применение атропина основано на его способности, вследствие угнетающего действия на окончания блуждающего нерва, расслаблять спастически сокращенную гладкую мускулатуру бронхов. Атропин или белладона вводятся внутрь, под кожу или вдыхаются в виде дыма при сжигании страмония и гиосциамина или курении сигарет астматола, который представляет собой смесь листьев дурмана, белладонны, перечной мяты, шалфея, калийной селитры и др.

Курение астматола в случаях средней тяжести вызывает через несколько минут кашель с выделением густой слизи и купирует приступ. Однако атропин менее эффективен, чем адреналин. Для купирования сильного приступа требуются инъекции больших доз атропина (до 4 (!) мг), что ведет к неприятным побочным явлениям (сухость во рту, нарушение зрения и т.д.). Атропин в обычных дозах (0,5—1мг) внутрь или под кожу при легких формах оказывает в ряде случаев благоприятное действие. Преимущество перед атропином имеет платифиллин (0,002 под кожу или 0,003— 0,000 г внутрь), аналогичный по своему влиянию на парасимпатическую нервную систему, но лишенный указанного побочного действия, свойственного атропину.

При астматическом состоянии у некоторых больных благоприятное действие оказывают внутривенные вливания новокаина (5—10 мл 0,25—0,5% раствора новокаина в глюкозе). Антигистаминовые препараты (бенадрил, антерган, димедрол) не столь эффективны при бронхиальной астме, как при других аллергических заболеваниях (крапивнице, отеке Квинке и др.). Однако димедрол в дозе 0,03—0,05 г на ночь в сочетании с вышеприведенными средствами оказывает хороший терапевтический эффект при астме. Возможно, играет роль и легкое седативное действие этого препарата. Весьма важное вспомогательное значение уже в период приступов или во время астматического состояния имеют отвлекающие (банки, горчичники, горячие ножные ванны), а также отхаркивающие средства (термопсис, ипекакуана, хлористый аммоний, щелочи и т. д.) и особенно йодистый калий, обладающий свойством разжижать мокроту. При назначении последнего необходимо учитывать нередко наблюдающуюся у больных бронхиальной астмой повышенную чувствительность к йоду. Аллергическая реакция (насморк, отек Квинке, крапивница и т. п.) служит абсолютным показанием к отмене йодистого препарата. Указанные основные лечебные мероприятия могут рассматриваться как действующие на непосредственные патогенетические механизмы приступа и астматического состояния.

Во многих случаях приступы астмы возникают на фоне инфекционного поражения верхних дыхательных путей и легких или сопровождают эти поражения. Возникшая под влиянием аллергенов инфекционной природы бронхиальной астмы в дальнейшем может осложниться вторичной инфекцией. Инфекционное поражение дыхательных путей (синуиты, тонзиллиты, пневмонии и т. д.) столь часто сопутствует бронхиальной астме и осложняет ее, что почти всегда возникает вопрос о борьбе с инфекцией. Вследствие этого новейшие эффективные антиинфекционные средства (сначала сульфаниламиды, а затем и антибиотики) сразу же нашли широкое и успешное применение в терапии бронхиальной астмы. Инъекции пенициллина и стрептомицина, биомицин внутрь оказываются весьма полезными во многих случаях при сочетании бронхиальной астмы с острыми или хроническими неспецифическими заболеваниями бронхов и легких.

При назначении антибиотиков надо иметь в виду возможность возникновения аллергических реакций (дерматиты, крапивница, отек Квинке и др.). Однако повышенная чувствительность к тому или иному антибиотику у больных бронхиальной астмой, но является закономерностью, и большинство их переносит эти лекарственные вещества хорошо. Возникающие иногда аллергические реакции обычно быстро проходят при назначении димедрола или самопроизвольно поело отмены антибиотиков. Некоторые больные страдают повышенной чувствительностью лишь к какому-либо одному антибиотику, в то время как другие не вызывают у них никаких побочных явлений. Нередко возникающие выраженные воспалительные процессы в дыхательных путях у больных бронхиальной астмой, а также субфебрильная температура, небольшое ускорение РОЭ, незначительное увеличение количества лейкоцитов в крови, гнойная мокрота являются прямым показанием к применению антибиотиков или сульфаниламидов. Наиболее эффективным следует считать введение антибиотиков в виде аэрозолей (100 000— 200 000 БД пенициллина в 2 мл физиологического раствора 1—2 раза в сутки). Для улучшения бронхиальной проходимости в этих случаях целесообразно вводить вместе с антибиотиками в аэрозоле бронхолитические средства (0,5—1 мл 0,1% раствора адреналина, 1 мл 5% раствора эфедрина и т. д.). Эти средства, устраняя или уменьшая обтурацию бронхов, способствуют также более глубокому проникновению антибиотиков непосредственно в очаги инфекции, что имеет большое терапевтическое значение.

В возникновении приступов бронхиальной астмы и в ее течении большая роль принадлежит центрогенным влияниям. Поэтому в лечении бронхиальной астмы особенно большое значение приобретают вопросы психотерапии. Врач должен убедить больного в том, что, как бы тяжело ни протекал приступ, он будет быстро купирован под влиянием спазмолитических средств, а также в том, что приступ астмы но угрожает жизни и повторяющиеся даже в течение ряда лет приступы астмы, протекающей без осложнений, могут не вызвать хронических изменений в легких и т. д. Особенно важно это в начале заболевания, во время первых приступов, которые всегда сильно травмируют психику больного. В дальнейшем сам больной убеждается в несомненном влиянии отрицательных и положительных эмоций, сна и бодрствования на течение астмы и т. д. Больному необходимо сказать о том, что в отличие от ряда других хронических заболеваний астма может протекать с длительными (даже многолетними) ремиссиями, которые позволяют полностью сохранить не только жизнеспособность, но и трудоспособность.

Противопоказаны во время приступов или при астматическом состоянии опиаты (морфин, пантопон, промедол п др.). Угнетающее действие на дыхательный центр, подавление кашлевого рефлекса и затруднение отделения мокроты, а также повышение секреции слизистой бронхов и увеличение ее отечности под влиянием ваготропного действия опиатов могут усилить обтурацию бронхов и привести к летальному исходу от асфиксии во время приступа. Применение опиатов в указанных случаях допустимо однократно и только в минимальных дозах (не более 0,01г) в сочетании с, атропином и лишь при отсутствии эффекта от применения бронхолитических средств. При достаточном использовании последних необходимости в назначении опиатов больным бронхиальной астмой не возникает.

Противопоказано лечение сном больных бронхиальной астмой в период приступов и астматического состояния. Имеющиеся отдельные сообщения об эффективном лечении бронхиальной астмы сном мало убедительны, поскольку в них не приведены подробные истории болезни. Повышение тонуса парасимпатической нервной системы во время сна способствует возникновению приступов.

В отличие от опиатов, введение в клизме 1,5—2,0 хлоралгидрата в 50,0—75,0 физиологического раствора, не оказывающего угнетающего действия на дыхательный центр, при бронхиальной астме не противопоказано. Можно также пользоваться небольшими дозами барбитуратов и бромидами.

Среди спазмолитических средств широко применяются для лечения легко протекающей бронхиальной астме келлин, папаверин, тифен, а также противоастматическая микстура П. И. Траскова и М. Д. Скрыпника.

Возможна этиотропная терапия бронхиальной астмы на основе аллергической теории. Некоторые формы астмы, связанные с наличием в окружающей внешней среде, в производственной или бытовой обстановке определенного аллергена, к которому больной сенсибилизирован (сенная астма, профессиональная (урсоловая, ипекакуановая и др.), пищевая, ингаляционная (духи, цветы, перхоть домашних животных и т. п.), легко излечиваются, если в самом начале заболевания устраняется контакт с указанными факторами. Другим методом этиологической терапии является десенсибилизация специфичным для данного больного аллергеном. Однако как устранение контакта, так и специфическая десенсибилизация могут оказаться эффективными лишь в тех случаях, когда имеется моновалентная (к одному определенному аллергену) повышенная чувствительность. В сравнительно короткие сроки развивается поливалентная чувствительность ко многим аллергенам, и специфическая десенсибилизация, так же как и устранение контакта, становятся практически невозможными. Поэтому в большинстве случаев делаются попытки неспецифической десенсибилизации, направленной на изменение реактивности макроорганизма. К неспецифическим методам относятся гистаминофизиотерапия, курортное лечение, протеинотерапия, тканевая терапии, шоковая терапия, гипертермия, лечение пчелиным ядом, необензинол, акупунктура и т. д.

Определение эффективности указанных методов лечения представляет очень большие трудности, поскольку все они не являются купирующими, т. е. воздействующими на непосредственные механизмы приступа, а с другой стороны, наступающее через некоторое время улучшение может расцениваться как свойственная бронхиальной астме самопроизвольная ремиссия. Благоприятные результаты от применения новых средств при лечении бронхиальной астме, на течение которой оказывают очень большое влияние центрогенные моменты, должны быть в значительной части отнесены за счет психотерапии. Косвенным подтверждением такого суждения является то, что сравнительно быстро наступает разочарование врачей и больных в отношении подавляющего большинства этих средств.

Много сторонников еще находит вакцинотерапия и. в частности, лечение аутовакциной, изготовленной из мокроты больного.

Большое значение в лечении бронхиальной астмы имеет лечебная физкультура и, в частности, дыхательная гимнастика, целью которой является тренировка больного в пользовании брюшным дыханием по время выдоха. Возможно более полный и длительный выдох при относительно коротком вдохе (отношение длительности вдоха к длительности выдоха 2:5(6)). Такие упражнения в зависимости от состояния больного должны повторяться в течение 5 минут до 3—4 раз в день. Вопрос о выборе курорта должен решаться с большой осторожностью, в каждом отдельном случае индивидуально. В некоторых случаях состояние больного на курорте может не только не улучшиться, но настолько ухудшиться, что он вынужден немедленно возвращаться на постоянное место жительства. Всякая поездка на курорт поэтому представляет для больного бронхиальной астмой известный риск, о чем он должен быть предупрежден. Однако во многих случаях состояние больного на курорте улучшается, приступы становятся легче и реже и вскоре могут совсем прекратиться. Наиболее эффективным, как показывают исследовании отечественных авторов (С. Ф. Готтесфрид, II. Г. Макаров), является климатическое лечение больных бронхиальной астмой в Кисловодске и на Южном берегу Крыма.

**Профилактика**

Профилактика бронхиальной астмы должна быть построена по принципу диспансеризации, которая в данном случае должна включить не только учет больных бронхиальной астмой, но и лиц, страдающих другими аллергическими заболеваниями, поскольку в дальнейшем с возрастом может приходить на смену последним или присоединиться бронхиальная астма. Профилактика бронхиальной астмы, как и других аллергических заболеваний, особенно в семьях, где имеются такие заболевания, должна начинаться уже в раннем детском возрасте. При этом необходимо помнить, что дети сравнительно часто сенсибилизируются к нутритивным аллергенам, которые содержатся в яйцах, рыбе, а также ягодах (земляника, клубника) и т. д. Нутритивная аллергия с возрастом ( к 8—10 годам) часто проходит, но на смену ей может прийти повышенная чувствительность к другим аллергенам. Необходимо следить за тем, как дети реагируют на те или иные пищевые вещества, особенно при включении в меню новых продуктов, а также при назначении лекарственных веществ, вакцин, сывороток. Аллергические реакции у детей могут носить весьма разнообразный характер, начиная от кожных проявлений (крапивница, экссудативный диатез, экзема и т. д.), бронхиальной астме, отека Квинке, вплоть до тяжелой анафилаксии и т. д. Внимания требуют и такие заболевания, как корь, коклюш, а также пневмонии, нередко сопровождающиеся у сенсибилизированных детей возникновением приступов бронхиальной астмы. Большого внимания требуют заболевания верхних дыхательных путей (насморки, полипы и т. д.), которые часто сами по себе могут быть отнесены к аллергическим заболеваниям, а также рецидивирующие или хронические бронхиты.

По возможности у указанных детей следует предупредить контакт с кошкой, собакой и т. д.

Профилактическое значение имеет и профессиональный отбор: лица с повышенной чувствительностью не должны допускаться на работу, связанную с соприкосновением с веществами типа аллергенов. В профилактике бронхиальной астмы и ее осложнений играет роль ранняя диагностика, позволяющая нередко уже при тщательном изучении истории настоящего заболевания установить аллерген, к которому сенсибилизирован больной, и устранить контакт. Не следует пользоваться дезориентирующими терминами «астмоидный» или «астматический» бронхит, под маской которого длительно может протекать бронхиальная астма, а между тем адекватного лечения эти больные не получают до развития типичной и нередко уже осложненной астмы. Следует своевременно проводить санацию очагов инфекции в верхних дыхательных путях, в полости рта, профилактически назначать сульфаниламиды и антибиотики при интеркуррентных инфекциях.