

УДК 616.132.1+616.248-071-08

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМАА. А. Дюсупова, Б. Р. Смаилова, А. Ж. Жумадилова, Л. С. Каконова,
Г. О. Мейрашева, Б. Т. Байзуллинова, А. К. Ахметова*Кафедра ОВП и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей***Тұжырым**

Бұл мақалада бронх демікпесінің алдын-алуы, емдеу, диагностика, жіктелуі бойынша қазіргі кездегі маңызды сұрақтар қарастырылған. Бұл ақпарат осындай науқастарды жиі кездестіретін жанұялық дәрігерлер, терапевттер, пульмонологтардың күнделікті тәжірибесіне аса қажет.

Summary

Present article is devoted modern questions of classification, diagnostics, treatment and prevention of a bronchial asthma. This information is necessary in daily practice of family doctors, therapists, lung specialists which meet such patients more often.

Бронхиальная астма – это хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и, проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом, или, при отсутствии таковых, симптомами дыхательного дискомфорта (приступообразный кашель, дистанционные хрипы и одышка), обратимой бронхиальной обструкции на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, внелегочных признаков аллергии, эозинофилии крови или эозинофилии в мокроте [1,2].

Диагностические признаки БА:

- эпизодически возникающие приступы экспираторной одышки /удушья/;
- пароксизмального кашля;
- удушья /одышки/ в утренние часы;
- обратимая бронхиальная обструкция (увеличение ПСВ на 60 л/мин и более или ОФВ₁ на 10% и более после ингаляции двойной дозы β₂-агонистов короткого действия);
- эозинофильно-клеточный характер воспаления слизистой трахеобронхиального дерева (мазок мокроты должен быть окрашен по Романовскому-Гимзе)
- вариабельность (спонтанная изменчивость) ПСВ в течение суток более – 15%;
- сочетанные БА с аллергией;

- связь между проявлением - /усугублением/ симптомов астмы с вдыханием холодного воздуха, выполнением физической нагрузки, пылевой экспозицией, аллергическими воздействиями.

Обследование больных бронхиальной астмой включает:

- общий анализ крови,
- общий анализ мочи,
- кожные пробы,
- определение общего и специфического IgE,
- рентгенография грудной клетки,
- если возможно анализ мокроты,
- исследование ФВД с пробой с бета-2-агонистом,
- дополнительно для уточнения диагноза возможно проведение провокационных тестов с бронхоконстрикторами, физической нагрузкой или аллергенами (в специализированном учреждении),
- желательна ежедневная пикфлоуметрия.
- с целью дифференциальной диагностики необходимы: рентгенография легких, ЭКГ, клинический анализ крови мокроты [1-3].

Лечение бронхиальной астмы. В лечении бронхиальной астмы имеет место принцип ступенчатости, в зависимости от степени тяжести и эффективности проводимой терапии [1-6].

Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести

Степень тяжести	Клинические симптомы до начала лечения	Функция легких
Степень 1 Легкое эпизодическое (интермиттирующее) течение	Кратковременные симптомы реже 1 раза в неделю. Короткие обострения (от нескольких часов до нескольких дней). Ночные симптомы реже 2 раз в месяц. Отсутствие симптомов и нормальная функция внешнего дыхания между обострениями.	- ОФВ ₁ не менее 80% от должных, - разброс показателей менее 20%
Степень 2 Легкое персистирующее течение	Симптомы чаще, чем 1 раз в неделю, но реже, чем 1 раз в день. Обострения могут снижать физическую активность, нарушать сон. Ночные симптомы более 2 раз в месяц.	- ОФВ ₁ не менее 80% от должных, -разброс показателей 20–30%.
Степень 3 Астма персистирующая, средней тяжести	Ежедневные симптомы. Обострения могут приводить к нарушению физической активности и сна. Ночные симптомы более 1 раза в неделю. Ежедневный прием β ₂ -агонистов короткого действия.	- ОФВ ₁ 60–80% от должных, -суточный разброс показателей более 30%
Степень 4 Тяжелая персистирующая астма	Постоянное наличие симптомов. Частые обострения. Частые ночные симптомы. Ограничение физической активности из-за симптомов астмы.	- ОФВ ₁ менее 60% от должных, -суточный разброс показателей более 30%

Оценка и мониторинг степени тяжести**Мониторинг включает:**

- Измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) при каждом посещении врача, наряду с оценкой симптомов позволяет определить адекватность ответа пациента на лечение и провести соответствующую коррекцию
- длительный амбулаторный мониторинг ПСВ поможет пациенту выявить ранние признаки ухудшения (снижение ПСВ менее 80% от наилучшего результата) еще до появления симптомов. Пациенты могут принять срочные меры и избежать тяжелых обострений.

- очень важным является регулярное посещение врача (каждые 1-6 месяцев в зависимости от потребности). При каждом визите с больным необходимо обсудить вопросы, сомнения, страхи, ожидания, касающиеся заболевания.

К сожалению, бронхиальную астму излечить пока никому не удалось, но благодаря правильному лечению есть возможность добиться стойкой, длительной многолетней ремиссии. Современные противоастматические лекарства способны существенно повысить уровень жизни больных, дать им возможность чувствовать себя полноценными, активными членами нашего общества.

Ступенчатая терапия бронхиальной астмы

Степень тяжести	Базисная терапия
Степень I Легкая интермиттирующая	β_2 -Агонисты короткого действия по потребности (не более 1 раза в неделю). • Профилактическое применение β_2 -агонистов короткого действия или кромонов перед физической нагрузкой или воздействием аллергена.
Степень II Легкая персистирующая	Базисная терапия: ежедневный прием противовоспалительных препаратов. Кромоны или стандартные дозы ингаляционных глюкокортикоидов (200–800 мкг), можно добавить пролонгированные β_2 -агонисты или пролонгированный теофиллин (особенно для контроля ночных симптомов). β_2 -Агонисты короткого действия по потребности для купирования приступов астмы (не более 3-4 раз в сутки). Возможно применение ингаляционных холинолитиков.
Степень III Средняя персистирующая	Базисная терапия: высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов (800–2000 мкг) или стандартные дозы в сочетании с пролонгированными β_2 -агонистами, пролонгированными препаратами теофиллина (особенно для контроля ночных симптомов). β_2 -Агонисты короткого действия по потребности для купирования приступов астмы (не более 3-4 раз в сутки). Возможно применение ингаляционных холинолитиков.
Степень IV Тяжелая персистирующая	Базисная терапия: высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в сочетании с регулярным приемом пролонгированных бронходилататоров. Высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов 2000мкг/сут и более плюс один или более из ниже перечисленных: ингаляционные пролонгированные β_2 -агонисты; пероральные пролонгированные теофиллины; ингаляционный ипратропиум бромид; пероральные пролонгированные β_2 -агонисты; кромоны; регулярный прием системных стероидов в течение длительного времени. β_2 -Агонисты короткого действия по потребности для купирования приступов астмы (не более 3-4 раз в сутки).

Литература.

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М., 2002; с. 73.
2. Braman S. The global burden of asthma. Chest 2006; 130 (1), suppl.: 4s-12s.
3. Окорочков А.Н. «Диагностика болезней внутренних органов». В 4-х томах 2000г.

4. Giraud V, Roche N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability. Europ. Resp. J 2002; 2 (19): 246–51.
5. Клячкина И.Л. Бронхолитические препараты в терапии болезней органов дыхания. Леч. врач. 2005; 8: 22–8.
6. Окорочков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов». В 4-х томах. 2000г.

УДК616.127-071-08

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**А. А. Дюсупова, А. Ж. Жумадилова, Б. Р. Смаилова, Б. Т. Байзуллинова, Г. О. Мейрашева, Ж. И. Смагулова
Кафедра ОВП и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей**

Summary

Important aspects of ischemic heart disease

In present article the information on important questions of ischemic heart disease (classification of IHD is presented, to a stable angina pectoris, diagnostics, prevention) which is necessary in work of family doctors, therapists, cardiologists etc.

Тұжырым

Жүректің ишемиялық ауруының маңызды мәселелері

Бұл мақалада жүректің ишемиялық ауруларының (ЖИА, тұрақты стенокардияның жіктелуі, диагностикасы, алдын алу) маңызды сұрақтары бойынша мәліметтер қарастырылған, бұл барлық жанұялық дәрігерлер, кардиологтар, терапевттер т.б. жұмысына аса қажет.

ИБС или коронарная болезнь сердца (КБС) - острый и хронический патологический процесс в миокарде, обусловленный неадекватным его кровоснабжением, вследствие органического поражения коронарных сосудов или, значительно реже, вследствие их функциональных изменений [1].

Факторами риска ИБС являются: мужской пол; возраст (после 40 лет); наследственная предрасположенность (наличие у родителей ИБС, АГ и осложнений в возрасте до 55 лет); диспротеинемия: гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина 250 мг/дл или 6,5ммоль/л и более); артериальная гипертензия: уровень АД 140/90 мм рт. ст. и выше или наличие артериальной гипертензии в анамнезе у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты, независимо от регистрируемого уровня АД; избыточная масса тела (определенная по индексу Кетле или индексу массы тела - ИМТ). При нормальной массе тела индекс

Кетле не превышает 20-25; при ожирении I и II стадии индекс Кетле более 25, но менее 30; при ожирении III стадии индекс Кетле более 30; курение (регулярное курение, по крайней мере, по 1 сигарете в день); гиподинамия (низкая физическая активность работа более половины рабочего дня сидя и неактивный досуг); повышенный уровень психоэмоционального напряжения; сахарный диабет; гиперурикемия.

Основными факторами риска ИБС в настоящее время являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение («большая тройка») [1].

Классификация ИБС

В настоящее время в практической деятельности продолжают использовать классификацию ИБС, разработанную сотрудниками ВКНЦ АМН СССР в 1983г. на основе предложений экспертов ВОЗ (1979).

• Внезапная сердечная смерть (первичная остановка сердца)