

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)

- Стенокардия

Стенокардия напряжения, (стабильная: с указанием функционального класса, I-IV); Впервые возникшая стенокардия напряжения (нестабильная); Спонтанная стенокардия (стенокардия покоя, вариантная стенокардия, "особая" стенокардия, стенокардия Принцметала)

- Инфаркт миокарда

Крупноочаговый (трансмуральный)

Мелкоочаговый (нетрансмуральный)

- Постинфарктный кардиосклероз (с указанием даты перенесённого инфаркта)

- Нарушения сердечного ритма (с указанием формы)

- Сердечная недостаточность (с указанием стадии и формы)

- "Немая" (безболевого) форма ИБС

Стабильная стенокардия

Одной из наиболее встречающихся форм КБС в амбулаторной практике является стабильная стенокардия напряжения.

Стабильная стенокардия – самая распространенная форма ишемической болезни сердца. На ее долю приходится 70–80% всех случаев хронической ИБС, которые обычно подразделяются на четыре функциональных класса в соответствии с классификацией Канадского общества кардиологов (1976 г.).

Для диагностики и лечения стенокардии важное значение имеет подробно собранный анамнез. Три признака считаются характерными для стабильной стенокардии напряжения: 1) загрудинная боль; 2) возникающая при физической нагрузке; 3) исчезающая в течение 10 мин после прекращения физической нагрузки или приема нитроглицерина под язык.

Функциональные классы стабильной стенокардии

I класс. Обычная физическая нагрузка не вызывает приступов стенокардии; она возникает при нагрузках высокой интенсивности, выполняемых быстро и длительно; ходьбе более 1000 метров. ВЭМ – 600 кгм/мин (100 Вт) и выше.

II класс. Приступы стенокардии при ходьбе по ровному месту на расстояние более 500 м, при подъеме по лестнице более чем на 1 этаж, быстрой ходьбе в гору, после еды, в морозную погоду, на холодном ветру, при эмоциональном стрессе, в первые часы после пробуждения. ВЭМ – 450-600 кгм/мин (75-100 Вт).

III класс. Заметное ограничение обычной физической активности, приступы стенокардии при ходьбе по ровному месту на расстояние 100-500 м в нормальном темпе, или через 1–2 квартала; подъем по лестнице на 1–2 этажа. Возможны редкие приступы стенокардии покоя. ВЭМ – 300-450 кгм/мин (50-75 Вт).

IV класс. Стенокардия возникает при небольших физических нагрузках, при ходьбе по ровному месту на расстояние менее 100 м. Неспособность выполнять какую-либо физическую нагрузку, регулярное возникновение стенокардии покоя и безболевого ее эквивалентов. ВЭМ – 150 кгм/мин (25 Вт) или не проводится.

Цели медикаментозной терапии больных ИБС со стабильной стенокардией значительно изменились за последние годы. Теперь главное значение придается не только лечению самой стенокардии, но предупреждению смерти и нефатального инфаркта миокарда.

В настоящее время имеются доказательства, что у больных ИБС риск смерти и развития инфаркта миокарда снижается при длительном назначении непрямых антикоагулянтов, аспирина, клопидогреля, некоторых бета-адреноблокаторов и гиполипидемических препаратов из группы статинов. Поэтому считается, что каждый больной ИБС со стабильной стенокардией должен получить комбинированную терапию, включающую ас-

пирин (75–325 мг/сут), бета-адреноблокатор без внутренней симпатомиметической активности и статин.

Лечение стабильной стенокардии принципиально возможно начинать с назначения препаратов одной из трех базисных групп антиангинальных средств – нитраты, бета-адреноблокаторы (БАБ) или антагонисты кальция (АК) [2-4].

Продолжительность медикаментозного лечения:

При ФК I – прерывистое использование быстродействующих нитратов перед физической или эмоциональной нагрузкой.

При ФК II – в течение длительного срока применение нитратов или БАБ, или АК.

При ФК III-IV – необходимо непрерывное пожизненное лечение.

Показания к госпитализации в стационар, дневной стационар.

Важным также является вопрос о показаниях к госпитализации больных. Основными показаниями к госпитализации является:

1. переход в нестабильную стенокардию
2. неэффективность амбулаторного лечения
3. необходимость кардиохирургического лечения

Первичная профилактика

1. Выявление факторов риска

2. Консультирование по поводу выявленных факторов риска

3. Рекомендации по рациональному питанию: исключить употребление животных жиров; включение в диету продуктов из муки грубого помола; ограничение поваренной соли до 4 г/сут (при артериальной гипертензии) и включение продуктов богатых солями калия; уменьшение потребления яичных желтков; включение в диету овсяных и кукурузных хлопьев, продуктов из сои; увеличение дробности питания до 5-6 раз в день.

4. При АГ и сахарном диабете – строгий контроль за течением заболевания с поддержанием уровня АД на рекомендуемых цифрах и коррекция углеводного обмена.

Вторичная профилактика

1. Рекомендации по питанию.

2. Рекомендации по физической активности – вне периодов обострения. Показаны динамические нагрузки (объем физических нагрузок не должен провоцировать приступов стенокардии), противопоказаны изометрические нагрузки.

3. Диспансерные осмотры.

4. Обучение больных в «Коронарных клубах».

5. Формирование благоприятного психологического окружения.

6. Рекомендации по трудовой деятельности [5].

Литература:

1. Драпкина О.М. Кардиология. Том 03/№ 1/2005. Ишемическая болезнь сердца: основные направления терапевтического воздействия. Справочник поликлинического врача.

2. Гуревич М.А. Consilium medicum. Том 04/№1/2004, Том 04/№2/2004, Том 03/№3/2004. Стабильная стенокардия напряжения.

3. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Consilium medicum. Том 01/№1/2002. Стабильная стенокардия напряжения.

4. Под ред. Ю.Л.Шевченко и др. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. Пер. М.: ГЭОТАР-МЕД. –2002.

5. Аронов Д.М. Consilium Medicum. Справочник поликлинического врача. Кардиология. Том 03/№ 2/2005. Алгоритм действий врача по первичной и вторичной профилактике ИБС.