

В. Н. СТРУЧКОВА

*СОВЕТУЕТ ДОКТОР™*



# БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

*Современный взгляд  
на лечение и профилактику*



*Внимание,  
вам угрожает астма!  
В группе риска —  
аллергики*

*Прочь раздражители,  
или Как избежать  
приступа*

*Ингаляции?  
С удовольствием!  
Приборы для детей*



Советует доктор (Весь)

Валентина Стручкова

**Бронхиальная астма.  
Современный взгляд на  
лечение и профилактику**

ИГ "Весь"

2008

УДК 61  
ББК 53.5

**Стручкова В. Н.**

Бронхиальная астма. Современный взгляд на лечение и профилактику / В. Н. Стручкова — ИГ "Весь", 2008 — (Советует доктор (Весь))

ISBN 978-5-9573-0807-2

Бронхиальная астма – недуг, давно знакомый человечеству. В наше время, когда каждый двенадцатый житель Земли страдает приступами удушья, а каждый второй астматик – ребенок, врачи располагают целым арсеналом средств для контроля над болезнью. Самая новая и полезная информация об этом – в предлагаемой книге. Как и почему развивается болезнь? Что происходит в легких во время обострения и есть ли способы его избежать? Чем отличается противоастматическая терапия детей? В книге вы найдете исчерпывающие ответы на эти вопросы, а также сведения о диагностике, мерах самопомощи, профилактике заболевания, медикаментозных и альтернативных способах его лечения, советы на каждый день. Для широкого круга читателей.

УДК 61  
ББК 53.5

ISBN 978-5-9573-0807-2

© Стручкова В. Н., 2008  
© ИГ "Весь", 2008

# Содержание

Предисловие научного редактора	5
Введение	6
Глава 1	8
Глава 2	12
Конец ознакомительного фрагмента.	14

# **Валентина Стручкова**

## **Бронхиальная астма. Современный взгляд на лечение и профилактику**

### **Предисловие научного редактора**

Автор в доступной форме, используя современные знания, рассказывает практически все, что известно о таком актуальном заболевании, как бронхиальная астма. Читатель может узнать из книги о том, как часто встречается бронхиальная астма, о неутешительных прогнозах дальнейшего роста этого заболевания среди населения земного шара, о механизмах развития и диагностике болезни, основных факторах, ее провоцирующих (аллергических и неаллергических), о возможностях современного медикаментозного лечения (как в период приступа, так и профилактического). В книге также уделено много внимания немедикаментозной терапии бронхиальной астмы, то есть методам, которые могут быть использованы в качестве самолечения (это, например, фитотерапия, дыхательная гимнастика, точечный массаж и др.).

Уверен, что книга будет интересна и необходима каждому больному бронхиальной астмой, а также тем, кто хочет предупредить ее развитие у себя и своих родственников.

Доктор медицинских наук,  
профессор *С. Н. Незабудкин*  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая академия,  
Центр восстановительного лечения больных с аллергическими заболеваниями

## Введение

В течение многих столетий человечество пыталось определить причину, из-за которой в легких человека разыгрывается трагедия под названием «астма». И почему одни доживают с ней до старости, а другие умирают в расцвете сил?

Особую тревогу вызывает тот факт, что заболеваемость астмой растет во всем мире. Например, в США за последнее десятилетие заболеваемость увеличилась на 60 %, поэтому пропорционально возросла и смертность от этой болезни. Такая же тенденция прослеживается и в нашей стране. Значительно возросла распространенность этого недуга у детей, причем все чаще встречается тяжелое течение болезни.

В то же время астма относится к числу тех заболеваний, которые хорошо поддаются лечению и контролю. А это значит, что почти во всех случаях, кроме разве что очень тяжелых, астмой можно управлять, вплоть до полного устранения ее симптомов, причем независимо от того, на какой стадии она была диагностирована. Поэтому, чем больше вы знаете о своей болезни и о возможных способах ее профилактики и лечения, тем больше вероятность того, что вы сможете с ней справиться. И это внушает оптимизм!

Есть еще одно важное обстоятельство. Лишь немногие приступы астмы представляют угрозу для жизни, и большинство астматиков могут жить нормальной активной жизнью лишь с небольшими ограничениями. Человеку, который разбирается в своей болезни, держит под контролем раздражители, принимает меры для самопомощи и следует рекомендациям своего лечащего врача, не нужно бояться, что у него когда-либо случится приступ, угрожающий жизни. Да, астма не излечима: в большинстве случаев она стареет и умирает вместе с человеком. Но вот когда это случится – в 35 или в 70 – во многом зависит от своевременного и адекватного лечения, а также от внимательного отношения самого человека к своей болезни.

Сегодня можно говорить о прогрессе в лечении астмы как у взрослых, так и у детей. В первую очередь это связано с признанием того факта, что при астме важную роль играет хроническое воспаление в слизистой оболочке бронхов, борьба с которым является важным элементом лечения. Однако в каждом конкретном случае механизмы нарушения бронхиальной проводимости могут быть самыми различными, поэтому лечить нужно не болезнь, а больного.

К сожалению, проблема низкой квалификации врачей общей практики в вопросах лечения бронхиальной астмы остается одной из самых острых проблем в мировой медицине. Несмотря на яркую клиническую картину и современные возможности диагностики, астму нередко расценивают как осложнение бронхита и, как следствие, неэффективно лечат. У трех из пяти больных астму диагностируют на поздних стадиях болезни.

Астма порождает у людей больше вопросов, чем какое-либо другое заболевание. Искать ответы следует в популярной медицинской литературе. Другой вариант – пройти обучение в системе «астма-школ» и «астма-клубов». А вот от кого хотелось бы особо предостеречь – так это от «целителей». Не стоит верить их обещаниям – потому что «чудо-средства» от астмы не существует. Все немедикаментозные методы оказывают лишь психотерапевтическое воздействие, существенно не влияющее на воспалительный процесс в бронхах. Но и полностью отвергать эти методы не следует: они улучшают самочувствие, настроение, повышают внутренние резервы организма и, в конечном итоге, способствуют оздоровлению.

В предлагаемой книге собрана самая новая и полезная информация о профилактике и лечении этого распространенного недуга, взятая непосредственно из медицинской литературы. В наши дни комплексная терапия бронхиальной астмы уже включает не только лекарственные препараты, но и оздоровительные средства: физиотерапию и диетическое питание, лечебную гимнастику и точечный массаж, лечение природными средствами. Вы также узнаете, как можно уберечь себя от раздражителей, провоцирующих приступы болезни, избежать про-

студ, повысить свой иммунитет с помощью физических упражнений, гипоаллергенной диеты и уменьшения стресса в повседневной жизни. Эти методы проверены временем и, надеемся, станут вашими надежными помощниками и хорошим дополнением к лечению, назначенному врачом.

В книге мы приводим подробное описание лекарственных средств и физиотерапевтических методов лечения, потому что убеждены: каждый пациент имеет право знать, как и чем его будут лечить. Такая осведомленность позволяет ему совместно с лечащим врачом принимать наиболее правильные решения в вопросах, касающихся его здоровья. Вместе с тем обращаем ваше внимание на то, что эта книга не является учебником по медицине, поэтому все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

## Глава 1

### Диагноз: бронхиальная астма

*Бронхиальная астма – безжалостная болезнь, заставляющая человека дышать в четверть дыхания, говорить в четверть голоса, думать в четверть мысли и только задышаться в полную силу без четвертей.*

*К. Паустовский*

Астма известна людям с глубокой древности – описания характерных для этого заболевания приступов удушья были сделаны более трех тысяч лет назад. Название болезни было предложено еще Гиппократом и происходит от греческого слова *asthma*, что означает «удушье». Древние греки относились к бронхиальной астме с уважением, считая ее священной болезнью, посылаемой богами. Греческий врач Аретей, живший во II–III веке до и. э., впервые сделал попытку различить две формы астмы: затрудненное дыхание, возникающее у больного во время небольшой физической нагрузки, и спастическое затруднение дыхания, вызванное холодным или влажным воздухом. Он также отметил, что женщины чаще болеют бронхиальной астмой, а мужчины чаще умирают от нее, дети же имеют самые лучшие перспективы для выздоровления. Во втором столетии нашей эры Гален описал бронхиальную астму как спастическое состояние дыхательной системы. Он правильно предположил, что бронхиальная астма связана с непроходимостью бронхов, и предложил разжижать слизь, забивающую бронхи.

В средние века итальянский врач Д. Кардано определил у одного из епископов церкви заболевание, которое сегодня можно было бы диагностировать как **бронхиальную астму**. Врач вылечил больного, посоветовав заменить перину, на которой спал епископ, подстилкой из ткани. В XVII веке бельгийский врач Ван Гельмонт описал приступы удушья, вызванные домашней пылью и употреблением в пищу рыбы, и предположил, что болезнь связана с воспалением бронхов. Томас Сиденхэм определил бронхиальную астму как заболевание, при котором «засорены» бронхи, а американский врач Эберли в 1830 году отметил важную роль наследственности в возникновении бронхиальной астмы. В 1900 году данное заболевание связали с сенной лихорадкой. Но дальнейшие исследования показали, что бронхиальная астма вызывается множеством причин.

Русский врач С. П. Боткин, описывая приступы бронхиальной астмы, пришел к заключению, что ее причина – изменение слизистой оболочки бронхов.

Вот классическое описание астматического приступа из книги А. И. Поляк и И. А. Тимошевой<sup>1</sup>. «Во время приступа больной принимает вынужденное положение, напрягая грудные мышцы, чтобы преодолеть затруднение на выдохе. В эти минуты его охватывает страх, кажется, что приступ никогда не закончится и непременно приведет к гибели. Но сами приступы редко бывают смертельными. Затруднение дыхания постепенно ослабевает, появляется кашель, в результате которого отходит слизистая мокрота, восстанавливается нормальное дыхание. У некоторых больных приступы бывают весьма продолжительными и довольно часто повторяются».

Бронхиальная астма встречается в самых разных частях земного шара. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество людей, страдающих бронхиальной астмой, на сегодняшний день достигает 300 млн человек (это от 5 до 15 % жителей планеты). В России положение не лучше: бронхиальной астмой болен каждый 12-й житель. И, к сожалению, тенденции к снижению распространенности этой болезни не намечается. Несмотря на то, что

---

<sup>1</sup> Поляк А. И., Тимошевская И. А. Разберемся с аллергией. Ростов-н/Д.: Книга, 1996. С. 18.

астма имеет низкий показатель смертности, по сравнению со многими другими хроническими болезнями, в последние десятилетия она стала одним из самых частых заболеваний, приводящих к частичной потере трудоспособности или инвалидности больных. Люди заболевают астмой в любом возрасте, но в 50 % случаев она появляется у детей в возрасте до 5 лет, причем у мальчиков чаще, чем у девочек. У взрослых астма развивается в более зрелом возрасте, после 35 лет, и чаще ей заболевают женщины. Более подвержены астме жители больших городов.

Почему же сегодня астма является таким распространенным заболеванием? Большинство исследователей считает, что это объясняется все возрастающим загрязнением атмосферы, увеличением воздействия производственных и бытовых химикатов, в результате чего все большее число людей страдают так называемой *множественной химической чувствительностью*. Рост заболеваемости астмой может быть связан и с увеличением в рационе продуктов быстрого приготовления, содержащих огромное количество пищевых добавок и консервантов. Все это изменяет иммунную реактивность организма, снижает его способность противостоять повреждающим факторам внешней среды. Важным фактором в увеличении заболеваемости астмой является также рост городского населения – горожане болеют этим недугом значительно чаще, чем жители сельской местности.

В настоящее время бронхиальную астму рассматривают как **хроническое заболевание, основу которого составляют аллергическое воспаление дыхательных путей и гиперреактивность (повышенная чувствительность) бронхов**. К такому консенсусу пришли специалисты Всемирной организации здравоохранения в 1992 году. Эта концепция и предопределила новую стратегию в терапии бронхиальной астмы, основанную на проведении противовоспалительной терапии. Поэтому сегодня мы можем уверенно говорить о прогрессе в лечении астмы как у взрослых, так и у детей. Прежде всего это связано с признанием того факта, что при астме важную роль играет хроническое воспаление в слизистой оболочке бронха, подавление коего является важным элементом лечения.

Воспаленные бронхи очень чувствительны и легко раздражимы, подобно коже после ожога, когда легкое прикосновение может вызвать сильную боль. При этом обычные, незаметные для здорового человека раздражители, воздействуя на воспаленные бронхи, вызывают **бронхоспазм и удушье**. *Гиперреактивность*, или *повышенная чувствительность бронхов*, проявляется по отношению к различным раздражающим веществам, которые называются *провоцирующими факторами* или *триггерами* бронхиальной астмы (*trigger* в переводе с английского – курок). К универсальным триггерам бронхиальной астмы относятся: вирусные и бактериальные агенты; сильно пахнущие вещества: дым, порошки, аэрозоли; физическая нагрузка; погодные и климатические условия; психоэмоциональные и эндокринные факторы; некоторые пищевые добавки; лекарственные препараты (например аспирин); профессиональные факторы и т. д.

У людей, страдающих астмой, процессы дыхания и газообмена происходят так же, как и у здоровых. Но до того момента, пока не появился какой-нибудь раздражитель-триггер и не развился астматический приступ.

Что же происходит в бронхах больного во время приступа? Повышенная чувствительность бронхов проявляется в сокращении бронхиальных мышц, что ведет к сужению просвета бронхов и препятствует движению воздуха – происходит бронхоспазм. Клетки слизистой оболочки бронхов выделяют большое количество густой вязкой слизи. В нормальных условиях слизь служит для увлажнения дыхательных путей, но во время приступа ее количество многократно увеличивается. На пути свободного движения воздуха образуются препятствия в виде слизистых пробок. При этом воздуху бывает легче войти в легочные альвеолы, чем выйти обратно. Изменение тонуса бронхиальных мышц приводит к потерям давления в бронхах – воздушный поток нарушается, слабеет. Кроме того, слизистая оболочка бронхов воспаляется, становится отечной, что также снижает воздухопроницаемость. В отличие от бронхоспазма,

который обычно не бывает продолжительным, **отечность дыхательных путей** сохраняется на протяжении многих часов и даже дней. При легкой степени астмы больные считают, что болезнь у них проявляется только приступами удушья и выделением небольшого количества мокроты. Однако последние исследования подтверждают, что воспаление слизистой оболочки характерно для большинства астматиков, в том числе и для тех, у кого болезнь протекает в легкой форме.

Таким образом, сочетание трех факторов – бронхоспазма, выделения слизи и отека бронхов – и обуславливает снижение проходимости дыхательных путей, по которым воздух попадает в легкие. Это сужение может нарастать постепенно, но может возникнуть внезапно и привести к тяжелому нарушению дыхания. Основная проблема при астме состоит не в том, чтобы набрать воздух в легкие, а чтобы удалить его. При вдохе воздух поступает в легкие через дыхательные пути, несмотря на их отечность и скопления слизи, и доходит до альвеол. Однако, когда приходит очередь выдоха, свободному прохождению воздуха препятствуют отеки и сгустки слизи в бронхах. Можно сравнить эти препятствия с односторонними клапанами, задерживающими воздух в легких. Когда «клапаны» закрыты, выдох требует дополнительных усилий. Попытки «прогнать» воздух по перекрытым путям сопровождаются хрипами или кашлем. А из-за того, что дыхательные пути не обеспечивают свободного выдоха, в легких накапливается отработанный, перенасыщенный углекислотой воздух. В то же время все меньше обогащенного кислородом воздуха попадает в легкие, проникает в кровь и во все клетки организма. Если приступ долго не проходит, углекислота задерживается в организме, и у больного может возникнуть дыхательная недостаточность, которая приводит к очень серьезным последствиям.

Как и многие другие заболевания, астма может протекать в легкой форме, напоминая о себе редкими приступами затрудненного дыхания. Когда нет обострения (бронхоспазма, избыточного выделения слизи или воспаления), человек свободно дышит, а легкие и дыхательные пути у него, кажется, находятся в норме. В этот период даже тщательное врачебное обследование иногда не выявляет признаков астмы. Это дает повод для оптимизма – значит, большинство астматиков при правильном лечении и внимательном отношении к своему здоровью могут справиться с астмой, значительно уменьшив число приступов, и даже на какое-то время от них избавиться.

Но может развиваться и тяжелый приступ астмы. Начинается он чаще всего как обычный приступ с типичными симптомами: хрипами, кашлем, ощущением стесненности в груди и одышкой. Все это свидетельствует о серьезном нарушении дыхательной функции. Обычно при таком состоянии рекомендуется принять дополнительную дозу бронхолитического средства, что поможет снять приступ. Но если лекарство не помогает, а приступ быстро прогрессирует, следует вызвать «скорую помощь». Тянуть с вызовом врача нельзя, так как тяжелый приступ астмы может перейти в **астматический статус**. Это состояние характеризуется длительными (более 12 часов) спазмами бронхов с нарушением их дренажной функции (выделение и отхождение мокроты) и нарастанием дыхательной недостаточности. Однако такое состояние может развиваться и внезапно, иногда в течение нескольких минут. При астматическом статусе изменяется газовый состав крови: возникает гипоксемия (пониженное содержание кислорода в крови) и гиперкапния (повышенное содержание углекислого газа в крови). Состояние больного резко ухудшается. Обычные противоастматические препараты не могут прекратить такой приступ. Поэтому в этом случае необходимо срочное оказание неотложной помощи в условиях стационара.

По мнению большинства исследователей, основополагающим фактором формирования бронхиальной астмы является **наследственная предрасположенность**. По наблюдениям специалистов, если один из родителей страдает астмой, то вероятность появления ее у ребенка составляет 25 %, если больны оба родителя – 50 %. Однако по наследству передается не астма, а предрасположенность к ней, которая может реализоваться, а может – и нет. Это во мно-

гом будет зависеть от условий и образа жизни человека, особенно в детском возрасте. Так, у совершенно здоровых родителей могут быть дети-астматики, встречаются и пары близнецов, из которых только один болен астмой. В то же время, если в семье есть хотя бы один астматик, нужно очень внимательно следить за ребенком, и при первых же сомнениях показать его специалисту. Своевременно проведенная диагностика и грамотный профилактический курс могут приостановить развитие болезни в самом ее начале.

## Глава 2

### Как устроены дыхательные пути

Наша дыхательная система представляет собой совершенный аппарат газообмена, который согревает поступающий в организм воздух до температуры человеческого тела, увлажняет его и отфильтровывает микроорганизмы, пыль, копоть и другие биологические и механические примеси. Воздух проходит через нос, носоглотку и гортань, минуя широко раскрытые связки, направляется в трахею, а затем по крупным и средним бронхам достигает бронхиол и альвеол. Таким образом, независимо от того, где и в какой обстановке мы находимся – в теплой комнате или на сильном морозе, в пустыне или тайге, на борту самолета или на подводной лодке, – в любое время суток в наши легкие поступает чистый воздух. То есть без пыли, дыма, бактерий и вирусов, без примесей вредных жидкостей и газов, воздух, содержащий 21 % кислорода, 0,03 % углекислоты, 80 % влажности и температуры около 37 °С. И хотя к легочным альвеолам поступает именно такой воздух, вокруг нас, естественно, такого воздуха практически нет. Поэтому природа так усложнила и удлинила путь воздуха к нашим легким.

При сокращении дыхательных мышц (мышцы диафрагмы, наружные межреберные и межхрящевые части внутренних межреберных мышц) грудная клетка расширяется. В грудной полости создается отрицательное давление, и воздух через ноздри устремляется туда сквозь своеобразное «сито» из волосков у входа в **полость носа**, на котором и задерживается большинство крупных частиц из вдыхаемого воздуха. В полости носа происходит очищение, увлажнение и согревание (или охлаждение) воздуха, после чего он опускается вниз в **глотку** и далее в **гортань**. В нижние дыхательные пути – **трахеи** и **бронхи** – поступает почти идеальный по составу воздух, в котором остаются лишь в небольшом количестве мельчайшие пылинки и микробы. Однако дальше организм продолжает свою работу по полной очистке воздуха. Трахея делится на два главных бронха – правый и левый, которые входят соответственно в правое и левое легкое. Стенки главных бронхов по своему строению напоминают стенку трахеи: их скелетом являются хрящевые полукольца, а сзади бронхи имеют перепончатую стенку. Образно трахею и бронхи можно сравнить с опрокинутым деревом, которое имеет толстый ствол. От ствола (трахеи) отходят две раскидистые ветви (два главных бронха) и многочисленные побеги, вросшие в толщу легких. Такое сравнение и послужило поводом для названия нижних дыхательных путей **трахеобронхиальным деревом**. Конечными разветвлениями являются **бронхиолы** (мельчайшие бронхи). Бронхиолы, в свою очередь, переходят в **альвеолы**, из которых и состоит легочная ткань. Альвеолы представляют собой тонкостенные пузырьки, содержащие воздух. Они оплетены капиллярами. Стенки альвеол, как и капилляров, состоят из одного слоя клеток. Таким образом, находящийся в альвеолах воздух и протекающая по капиллярам кровь отделены друг от друга всего-навсего двумя слоями клеток. Через эти клетки и происходит обмен газами между легкими и кровью человека, а это и есть главная функция органов дыхания.

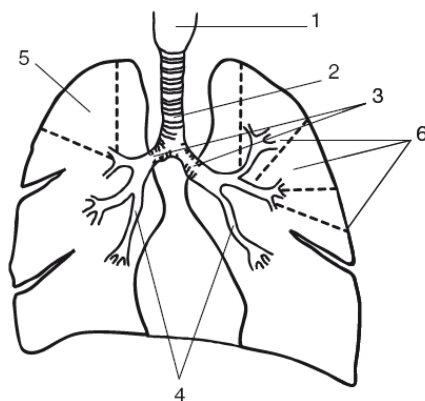


Рис 1. Схема строения органов дыхания:

1 – гортань; 2 – трахея; 3 – главные бронхи; 4 – сегментарные бронхи; 5 – сегменты легких; 6 – доли легких; 7 – диафрагма

Зоны, вызывающие кашель, расположены в трахее. Точнее там, где она разделяется на главные бронхи, а также в местах деления главных бронхов на более мелкие, а тех – на еще более мелкие, то есть в местах наиболее тесного соприкосновения потока воздуха со слизистой оболочкой бронхов. Эти зоны называются *туссигенными*. На них, как правило, и оседают остатки воздушного «мусора», потому что слизистая оболочка трахеи и бронхов тоже выделяет слизь и жидкость. В результате раздражения «мусором» туссигенных зон возникает кашель. Кашель длится иногда десятые и даже сотые доли секунды, но за это время многое из постороннего, что попало в дыхательные пути или находилось в них (мокрота, скопления слизи и микроорганизмов, пыль и другие инородные частицы), стремительно выбрасывается наружу.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.