

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Н.И. Мустафакулова

Кафедра внутренних болезней №3

Актуальность. Несмотря на чёткое определение болезни, достаточно яркие симптомы и большие возможности функциональных методов исследования, бронхиальную астму (БА) нередко диагностируют как различные формы бронхита и, как следствие этого, неэффективно и неадекватно лечат антибиотиками и противокашлевыми средствами (5). У взрослых ошибочный диагноз БА часто выставляют больным с хронической обструктивной болезнью лёгких, синдромом Чарджа–Стросса, астматическим вариантом узелкового периартериита, опухолями бронхов, бронхоэктазами, при дисфункции голосовых связок. Следует также проводить дифференциальную диагностику с другими, реже встречающимися заболеваниями: трахеобронхомаляцией, обструктивным бронхолитом, муковисцидозом (6).

С сожалением приходится констатировать, что до сих пор ошибки в диагностике ведут к неадекватной терапии заболевания. Основным методом лечения аллергических заболеваний, в том числе атопической БА, является специфическая терапия, связанная с воздействием на конкретную причину заболевания – аллерген (6). При выявлении последнего, ведущим методом лечения служат элиминационные мероприятия, направленные на полное устранение аллергена или максимально возможное уменьшение контакта с ним. При БА назначают депо-препараты – масляные растворы триамцинолона (кеналог_40), метилпреднизолона (метипред_40, депо_медрол) и бетаметазона (дипроспан). При инъекции этих препаратов создаётся депо, постепенно, в течение 0,5–1 месяца, высвобождающее глюкокортикостероид (ГКС) в кровоток (4).

В качестве оправдания такого метода терапии указывают на его “удобство для больных”: 1 инъекция в 3–4 недели улучшает состояние пациентов. Весьма опасное заблуждение! Депо-нированные препараты ГКС представляют наибольшую опасность в плане развития побочных эффектов, прежде всего стероидозависимости. Постоянная концентрация ГКС в крови через 4–5 инъекций приводит к угнетению функции коры надпочечников, часто необратимому, и больные уже не могут обходиться без введения этих препаратов (1, 2).

Наряду с развитием стероидного васкулита, диабета, миопатии, исподволь формируется одно из наиболее неблагоприятных осложнений – остеопороз, возрастает риск переломов (4). У больных с тяжёлой стероидозависимой БА высок риск осложнений оперативного лечения переломов, обусловленный плохим заживлением ран, сниженным иммунитетом, стероидным диабетом. Вместе с тем ингаляции стероидных гормонов остаются «золотым стандартом» монотерапии БА. Ингаляции кортикостероидов не только предупреждают обострения БА, улучшают функцию дыхания, позволяют освободиться от использования других препаратов, в частности, от назначения внутрь преднизолона, но также, в случаях мягкого течения БА, предупреждают развитие структурных изменений, вызывающих стойкую обструкцию дыхательных путей (1). Если, несмотря на ингаляции кортикостероидов, симптомы астмы сохраняются, к лечению добавляют антагонисты рецепторов лейкотриенов, длительно действующие в-агонисты (салматерол) или увеличивают дозы ингалируемых кортикостероидов (3).

Целью нашего исследования является изучение диагностических и лечебных ошибок на догоспитальном и госпитальном этапе у больных бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 335 больных БА в возрасте от 17 до 67 лет. Проводили общеклинические, аллергоиммунологические, биохимические, рентгенологические, бронхоскопические, инструментальные исследования и ис-

следование функции внешнего дыхания.

Результаты и их обсуждение. Анализ развития и течения болезни, сопоставление диагнозов при поступлении в пульмонологическое отделение медицинского центра РТ позволили подметить диагностические и лечебные ошибки. Выяснилось, что ошибки в диагностике БА у больных на догоспитальном этапе встречались значительно чаще – 290 (86%) случаев, чем на госпитальном – 45 (14%). При этом имела место как гиподиагностика БА – хронический бронхит 220 (65%), обструктивный бронхит 230 (68%), аллергический бронхит 175 (52%), муковисцидоз 630 (18%), так и гипердиагностика – карциноид трахеи 15 (4,5%), бронхогенная киста 39 (11%), истерия 25 (7,5%).

Не учитывали анамнестические сведения (отягощённая наследственность и аллергологический анамнез: лекарственная, пищевая, аквогенная аллергия), Наиболее распространёнными симптомами заболевания являлись эпизодические приступы удушья, одышка, появление свистящих хрипов, ощущение тяжести в грудной клетке, а также кашель. Важным клиническим маркером БА является исчезновение симптомов: спонтанное или после применения бронходилататоров и противовоспалительных средств. При сборе и анализе анамнеза следует оценивать факторы, провоцирующие обострения, а также отмечать сезонную вариабельность симптомов и наличие атопических заболеваний у больного или его родственников.

В связи с вариабельностью обструкции дыхательных путей характерные симптомы болезни не обязательно выявляются при физикальном обследовании вне обострения БА. При обострении заболевания у пациента наблюдались следующие симптомы: экспираторная одышка; раздувание крыльев носа при вдохе; прерывистая речь; возбуждение; участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры; положение ортопноэ; постоянный или прерывистый кашель. При аускультации чаще всего выслушивались сухие, свистящие хрипы; выявлены сопутствующие заболевания аллергического и неаллергического генеза (экссудативный диатез в детстве, нейродерматозы – крапивница, отёк Квинке, атопический дерматит, аллергический ринит). В лабораторных исследованиях выявлены: в мокроте – кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана; в крови – эозинофилия, увеличение количества иммуноглобулинов и Ig.E, снижение количества Т-супрессоров.

В повседневной клинической практике достаточно широко используется диагноз «астматический бронхит» (из деонтологических соображений). В 185 (55%) случаях диагноз БА заменили понятием «аллергический бронхит». Однако в отличие от БА аллергический бронхит не сопровождается приступами удушья и свистящим дыханием.

Псевдоастматические приступы обнаружены у 3 (0,8%) больных с неврозом. Больные жаловались на чувство «нехватки» воздуха, невозможность сделать глубокий вдох. Дыхание периодически становилось учащённым, форсированным, то есть были выражены клинические проявления гипервентиляционного синдрома. В отличие от БА, у больных отсутствовали обструктивные нарушения, характерные физикальные изменения в лёгких, а бронхолитические препараты не приносили облегчения. Дыхательные неврозы развивались как следовая реакция после перенесённых ранее заболеваний органов дыхания.

Под маской астмы иногда скрывались другие заболевания с синдромом бронхиальной обструкции – опухоль 37 (11%), туберкулез 157 (47%). Мы наблюдали 5 больных, у которых инородное тело (семечки арбуза, косточки яблок) находилось в бронхах 3-9 месяцев, и всё это время больные получали бронхолитическую и кортикостероидную терапию. В клинике было отмечено отсутствие типичных астматических приступов, а также отсутствие эффекта от бронхолитической и кортикостероидной терапии. Удаление инородных тел приводило к полному выздоровлению, но, к сожалению, последствия кортикостероидной терапии были значительными (стероидная язва – 77 (23%), миопатии – 261 (78%), симптоматическая гипертензия – 187 (56%), гипергликемия – 70 (21%), остеопороз – 43 (13%).

Ошибки возникали при проведении лечения БА. Отмечались дефекты базисной терапии –

254 (76%), не получали ингаляционные кортикостероиды 318 (95%) случаев. Нередко больные поступали в пульмонологическое отделение после приёма противопоказанных (активирующих и усиливающих иммунные реакции и явления атопии) лекарственных препаратов - антибиотиков пенициллинового ряда 224 (67%), бисептола 120 (36%), нестероидных противовоспалительных препаратов 224 (67%), иммуномодуляторов 37 (11%), йодистых препаратов 77 (23%). Применяли антигистаминные препараты без учёта психомоторных реакций организма 264 (79%).

Таким образом, в ведении больных БА допускается большое количество ошибок, и требуются дополнительные и систематические мероприятия по их устранению. Осведомлённость пульмонологов об особенностях течения БА, современных методов её диагностики будут способствовать раннему распознаванию, назначению рациональной терапии и предотвращению грозных осложнений этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айганов З.Р. Оценка эффективности комбинированной терапии фликсотидином и сервентом у больных бронхиальной астмой /Журн. Пульмонология, 2005, N3. - С. 14
2. Астафьева Н.Г., Горячкина Л.А. Лекарственная аллергия. Часть I /Аллергология. – 2000. – №2, -С. 40-51
3. Косарев В.В., Лотков В.С., Куклин А.С. Ингаляционные кортикостероиды и терапия бронхиальной астмы. / Тер.арх., 2000, -Т.8, N8, - С. 59
4. Машковский М.Д., Лекарственные средства, 2000. - С. 77
5. Страчунский Л.С., Рафальский В.В. Аллергические реакции на антибиотики (Лекции) / Журн.тер. архив, 2000, Т.72, N10, - С. 36-38
6. Федосеев Г.Б. Частная аллергология, СПб, 2001. т.2

ХУЛОСА

Иштибохоти ташхис ва табобати зикки нафас

Н.И.Мустафокулова

Муаллиф дар мақолаи худ хатоҳои ташхисӣ ва табобатиро дар марҳалаи то бистарӣ шудан ва бистарӣ будани беморони гирифтори зикки нафас мавриди таҳлилу омӯзиш қарор додааст.

Сесаду сӣ панҷ бемори зикки нафаси синни аз 17 то 67- сола зери назорат қарор доштанд. Баъзан дигар бемориҳои дорои аломатҳои ногузарои (моневии) бронхӣ беморӣ зикки нафас доништа шудаанд. Аз ҷумла, беморон бо аломатҳои омос 37 нафар (11%), бо аломатҳои бемории сил 157 нафар (47%) ва бо аломатҳои невроз нафаскашӣ 3 нафар (0.8%). Хатоҳои, ки ҳангоми гузаронидани муолаҷаи зикки нафас ба онҳо роҳ дода шудаанд: нуқсонҳои табобати асосӣ – 254 (76%), 318 (95%) бемор кортикостероидҳои инҳалатсиониро қабул накарданд.

Аз хусусиятҳои ҷараёни зикки нафас воқиф будани духтурон ва усулҳои муносири ташхиси беморӣ ба бармаҳал муайян намудани беморӣ, таъини муолиҷаи дуруст ва бартараф (пешгирӣ) намудани аворизи мудҳиш мусоидат мекунанд.

SUMMARY

THE MISTAKES IN DIAGNOSTICS AND THERAPY UNDER BRONCHIAL ASTHMA

N.I. Mustafakulova

The author analyzes diagnostic and clinical mistakes on pre- and hospital stages in patients with bronchial asthma (BA); 335 patients in age from 17 to 67 years were investigated. Some time other diseases have the mask of malaria – syndrome of bronchial obstruction: cancer 37 (11%), tuberculosis 157 (47%), respiratory neurosis 3 (1%). The mistakes under the treatment BA are defects of basic

therapy 254 (76%), not using inhalation of corticosteroids 318 (95%). The knowledge of the physicians on symptoms of BA and contemporary diagnostic methods promotes early diagnostics, rational therapy and prevents the complications.



ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А С КИШЕЧНЫМИ ГЕЛЬМИНТОЗАМИ У ДЕТЕЙ

Г.М. Саидмурадова, М.С. Фузайлова
Кафедра детских инфекционных болезней

Актуальность. Проблема вирусных гепатитов (ВГ) остаётся весьма актуальной в силу их распространённости, развития неблагоприятных исходов и высокой социально-экономической значимости.

Из 7-ми верифицированных самостоятельных гепатитов наиболее полно изучены гепатиты А и В. В общей структуре заболеваемости гепатитом А на долю детей приходится более 60%. Но актуальность проблемы вирусных гепатитов вряд ли уменьшится, так как в гиперэндемичных регионах возможен рост заболеваемости и гепатитами С и Е.

Поражённость детей Республики Таджикистан паразитарными болезнями, в частности, гельминтозами вызывает огромную озабоченность в силу высокого уровня их распространённости и заболеваемости. Гельминтозные заболевания особенно опасны для детей до 14 лет.

По данным официальных статистических отчётов МЗ РТ, в республике в 2004 году заболеваемость гельминтозами составляла 19257 случаев, из них в 13322 случаях - дети до 14 лет. Но необходимо отметить, что поражённость гельминтозами в республике в десятки раз выше данных официальной статистики. Так, как по данным ЮНИСЕФ установлено, что 63% детей от 6 до 11 лет инфицированы одним и более видами кишечных паразитов, причём 5% из них страдают умеренной и тяжёлой формой паразитарной инфекции, вызванной энтеробиозом и гименолепидозом.

Основными проблемами для предотвращения роста кишечных гельминтозов являются ограниченные возможности проведения ранней диагностики и профилактического осмотра населения, недостаток антигельминтных препаратов для лечения детей до 14 лет из – за недостаточного финансирования, неналаженность эпидемиолого – паразитологического контроля за гельминтозами из - за отсутствия технических средств и возможностей, слабости знания населения о гельминтозах и профилактических мерах по борьбе с ними.

Целью нашего исследования является установление возможных изменений в гематологических показателях у детей с вирусным гепатитом А при выявлении у них кишечных гельминтозов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 49 детей, больных вирусным гепатитом А и находящихся на стационарном лечении в детском гепатологическом отделении для больных вирусными гепатитами, организованном на базе Городского медицинского центра в декабре 2007 года.

Клиническое и лабораторное наблюдение за больными детьми проводилось в период эпидемиологического подъёма заболеваемости вирусным гепатитом А (декабрь – январь месяцы 2007 года).