

УДК 616.248-07-085-084

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В АРМЕНИИ (ВЧЕРА – СЕГОДНЯ – ЗАВТРА)

Восканян А.Г.

Главный терапевт-пульмонолог Министерства Здравоохранения Армении
e-mail: natter@info.am

Вместе с развитием медицинской науки и культуры врачевания, в Армении, «Бронхиальная астма» (БА), как болезнь, претерпела значительные изменения. В девяностые годы коренным образом поменялось патогенетическое определение, изменились тактика и стратегия лечения. Был достигнут значительный успех не только в понимании астмы, но изменилось отношение к больному БА. Астма перестала быть устрашающей болью. На аптечный рынок вошли более эффективные лекарства, упростились методы контроля БА.

Первое десятилетие двухтысячного года стало поворотным, не только в вопросах лечения и контроля астмы, но все четче вырисовывалась астма, как болезнь. Оказалось, что все гены ответственны и принимают участие в формировании астмы. Появились новые идеи, идея профилактики патофизиологических процессов повинных в астме.

Предполагается, что снижение заболеваемости населения астмой можно не только уменьшить, но можно избежать заболевания астмой, если своевременно предпринять меры рекреации наследственно детерминированной патологии. Будущее профилактики астмы за природными методами рекреации и социальными подвижками преобразования жизни детей и подростков, разумный выбор профессии и любимого хобби.

Ключевые слова: астма, заболеваемость, рекреация, спелеотерапия

Предисловие

Еще «**вчера**», на пороге в «**сегодня**», в 1998 году, ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) объявила первый вторник мая месяца днем инициативы мировой здраво-охранной культуры против бронхиальной астмы (БА). Факт международной инициативы подчеркивает глобальную актуальность проблемы и ее социальную значимость. В последние 20 лет, вместе с развитием медицинской науки и культуры врачевания, БА претерпевала радикальные изменения как в определении боли и подходах к лечению, так и в восприятии обществом астматиков и в социальной самооценке страждущих астмой.

В Армении, как и во многих странах с высокой культурой медицинского обеспечения, «**сегодня**» уже нет тяжелых больных астмой, которые, еще «**вчера**», поступали в больницы по жизненным показаниям. И хотя в народе астма остается устрашающим диагнозом, в медицинской практике она перестала быть страшной

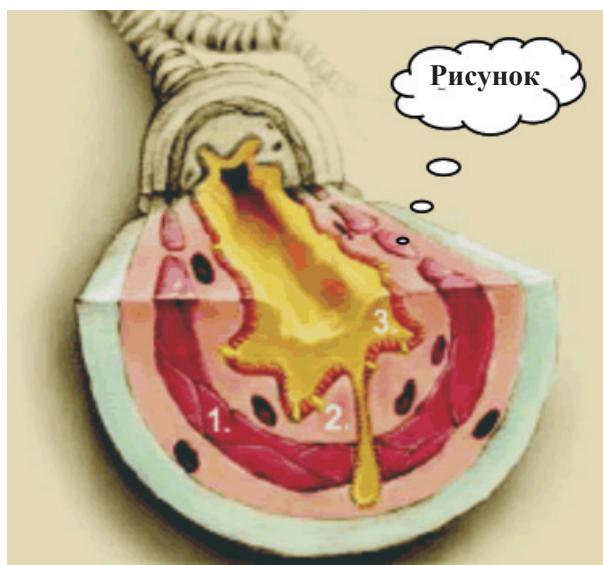
болезнью. В большинстве случаев БА стала подконтрольной не только врачам, но успешно контролируется самими больными. С входом в аптечный рынок Армении мировых лидеров производства противоастматических средств упрощенного применения, облегчился контроль астмы, улучшилось качество жизни больных БА. В результате позитивных изменений в понимании, смерть от астмы в Армении «сегодня» является досадной ошибкой и следствием пренебрежительного отношения к своему здоровью больным. А высокую инвалидность астматиков необходимо рассматривать как не совершенство тестов определяющих нетрудоспособность, ибо теоретически и в жизни, любой астматик, не отягощенный другими заболеваниями, может работать, хотя не каждую работу он может выполнять. Настало время дифференциации форм нетрудоспособности не только по степени тяжести болезни, но и возможности социальной интеграции больных. Сегодня инвалидов от астмы больше, чем больных БА. Это проис-

ходит по двум причинам: с одной стороны больными регистрируются люди с тяжелой формой астмы, а с другой, если у кого-то возникает удушье, то он уже инвалид.

Вчера. В Республике Армения, как и во всем цивилизованном мире, бронхиальная астма во многом изменилась. В этом контексте Армения может рассматриваться страной тренинга новых технологий борьбы против астмы. В Армении врачи легко преодолели барьер не понимания БА и от бесплодного стремления излечить боль перешли к успешному контролю астмы. Медикаментозный контроль астмы стал нормой поведения. Все меньше и реже больные стремятся избавиться от лекарственного контроля астмы. Значимые подвижки среди лиц окружающих больного. Например, курение в общественных местах стало зазорным явлением, а курение в присутствии

ребенка или беременной женщины, не дозволительным актом.

С шестидесятых годов прошлого столетия упорно насаждалась идея, что бронхиальная астма – это тяжелое, во многих случаях смертельное заболевание. Диагноз «Бронхиальная астма» оформлялся только в том случае, когда у страдающего были очевидны три патофизиологических компонента: выраженный спазм бронхов из-за сокращения ее мышц (1), воспалительный отек слизистой бронхов (2) и закупорка просвета бронхов вязкой мокротой (3) (см. рисунок). Естественно, у такого больного, из-за нарушения функции очищения формировалась хроническая инфекция бронхов и тогда БА именовалась инфекционно-аллергической. Это было, образно говоря, «**вчера**», и длилось до середины девяностых прошлого столетия.



По причине не понимания болезни, по инерции, и «**сегодня**» заболеваемость БА, по официальным отчетам чуть больше 0,1 % населения. Тогда как проведенные в разных странах эпидемиологические исследования показали, что 5 % населения страдают этим недугом, в активном лечении нуждаются 1 % взрослых и 2 % детей, а 0,1 % нуждаются в интенсивной медицинской помощи. В РА, по статистическим отчетам, по поводу БА обращаются, в медицинские учреждения $\approx$ 6000 взрослых

(0,2 %), около 120 подростков (0,1 %) и 320 (0,1 %) детей от 0 до 14 лет. Эти цифры соответствуют расчетному числу больных страдающих тяжелой формой астмы, это те самые, 1 % взрослых и 2 % детей нуждающихся в активном лечении.

В прошлом, т.е. «**вчера**», практически все больные БА умирали от осложнений не контролируемой астмы: дыхательной недостаточности, отека легких, легочно-сердечной недостаточности, тяжелых инфекций органов дыхания. Лечение БА сводилось к

неотложной терапии и/или лечению больных в фазу обострения. Применялись сомнительные противоастматические сигары и рекомендовались не менее сомнительные дыхательные упражнения (по Бутейко, Стрельниковой). Самым популярным был «Теофедрин», а «Сальбутамола» больные боялись.

В результате не корректного подхода к определению и лечению **«вчера»**, смертность непосредственно от астмы нарастала, вместе с ростом заболеваемости, а за последние 10 лет прошлого столетия смертность увеличилась более чем в 3 (три) раза, а число вновь заболевших за этот же период времени, удвоилось (табл. 1)¹.

Таблица 1

	Заболеваемость среди взрослых				Заболеваемость среди детей				Смертность	
	Регистри- рованно		Установлено в первые		Регистри- рованно		Установлено в первые			
	Абсо- лютное число	На сто тысяч	Абсо- лютное число	На сто тысяч	Абсо- лютное число	На сто тысяч	Абсо- лютное число	На сто тысяч	Абсо- лютное число	На сто тысяч
1991										
1992										
1993	5331	204,3	445	17,1	484	43,1	71	6,3	132	3,55
1994	5019	194,4	478	18,5	474	40,7	99	8,5	125	3,51
1995	5122	190,8	431	16,0	414	38,5	98	9,1	121	3,22
1996	5268	193,4	511	18,8	448	42,7	130	12,4	157	4,13

Уже, **«вчера»**, мировая медицинская элита стала не соглашаться с вопросами патогенеза, а, следовательно, и стратегией борьбы против астмы. В результате, по инициативе Национального института сердца, легких и крови (США) рабочая группа из 18 экспертов 11 стран подготовила «Доклад о Международном Консенсусе по диагностике и лечению астмы». ВОЗ приняла новую классификацию МКБ-10².

Сегодня. В Армении, как и в других, индустриально развитых странах бронхиальная астма сохраняет приоритетное³ место проблем практической медицины. БА является серьёзной социальной проблемой для женщин репродуктивного возраста. Девушки из семей, где есть больные астмой, не решаются выходить замуж или их не берут замуж, а если женятся, то боятся беременности и родов, как из-за страха рождения больного астмой ребенка, так и из-за возможного ухудшения качества жизни самой роженицы, больной астмой. Наследие от **«вчера»** к сожалению, довлеет на умы и

«сегодня», но благодаря четкому определению астмы, как иммунологического воспаления бронхов, борьба против астмы приняла более целевой характер. В свете нового восприятия БА, в 1995 году была принята «Национальная Программа борьбы против бронхиальной астмы, в Армении».

В девяностые годы, на Армянский аптечный рынок ворвался лидер производства противоастматических средств, GlaksoWelkom. Благодаря совместным усилиям, ведущих врачей республики и представителей фирмы, к двухтысячному году мы достигли неопровержимых успехов.

¹ Использованы материалы Центра информатики и анализа, Национального института здравоохранения МЗ РА.

² Всемирный консенсус диагностики и лечения бронхиальной астмы. 1995. Санкт-Петербург.

³ Использованы материалы Центра информатики и анализа, Национального института здравоохранения МЗ РА.

Астма стала подконтрольна, улучшилось качество жизни больных. В первое десятилетие 2000 года, т.е. «сегодня», смертность

непосредственно от астмы стала снижаться (табл. 2). Значительно уменьшилась обра- щаемость хронических больных БА.

Т а б л и ц а 2

	Заболеваемость среди взрослых				Заболеваемость среди детей*				Смертность	
	Регистриро- ванно		Установлено в первые		Регистрированно		Установлено в первые			
	Абсо- лютное число	На сто тысяч	Абсо- лютное число	На сто тысяч	Абсо- лютное число	На сто тысяч	Абсо- лютное число	На сто тысяч	Абсо- лютное число	На сто тысяч
2001										
2002	5051	224,7	783	34,8	94/412	48,3/53,5	29/95	14,9/12,3	135	6,0
2003	5129	224,9	804	35,3	112/410	57,9/55,6	37/104	19,1/14,1	129	5,7
2004	4826	208,5	781	33,7	146/434	76,8/61,2	50/108	26,3/15,2	108	4,7
2005	5217	222,2	776	33,1	127/475	66,9/69,8	46/113	14,2/16,6	94	4,0
2006	5174	217,5	947	39,8	133/488	69,0/75,1	36/103	18,7/15,9	66	2,8
2007	5011	208,0	756	31,4	129/462	66,9/74,0	41/83	21,3/13,3	55	2,3
2008									49	2,0
2009										

* В разделе «дети» в числителе от 15 до 17 лет, в знаменателе – от 0 до 14 лет.

Завтра. По нашему мнению, по мере познания болезней повинных в формировании астмы, нозология БА, в ближайшие годы коренным образом изменится. При этом акцент лечения астмы будет перенесен на системные заболевания повинные в формировании астмы. По мнению участников программы GINA, причины астмы до конца не установлены, а методы лечения пока далеки от совершенства и, это правда. © 2003-2008 GRANDEx.RU.

Мы, как и многие медицинские центры в России, делаем первые шаги в «завтра». Робко, но все убедительнее озвучивается идея натуротерапевтической рекреации лиц зоны риска астмы. (Начало такого подхода было заложено еще в восьмидесятые годы проф. Г.Б. Федосеевым). Я уверен, «завтра» будут востребованы научные исследования по познанию биологических механизмов самоизлечения в раннем детском возрасте. Почему одни дети перерастают свою астму и переходят во взрослую группу здоровыми людьми, а другие нет?

Нам удалось утвердиться в идее профилактики болезни, на уровне формирования наследственных или приобретенных уродств иммунзащиты органов дыхания. В основу лечения (профилактики) БА взяты природные возможности организма как самодостаточной и саморегулируемой системы. Я уверен, на эти механизмы можно воздействовать только природными факторами, методами различных натуротерапевтических форм рекреации.

Когда астма–болезнь уже сформировалась, врачу подобает думать, как облегчить физические страдания и как интегрировать больного в общественную жизнь. В лучшем случае не позволить болезни перейти в более тяжелую форму, т.е. не допустить развития интерстициального заболевания легких.

Профилактика БА возможна только в сотрудничестве политических, экономических, медицинских и социальных (трудоустройство и профессиональные ограничения) структур государств. Во-первых,

необходимо на межгосударственном уровне достичь снижения промышленного и транспортного загрязнения среды обитания. Заинтересованные лица – родители или опекуны, совместно с семейным врачом, должны грамотно подобрать профессию. Исключить пассивное курение детей, в том числе и в утробной жизни.

Во-вторых, повсеместно внедрять в практику врачевания, на уровне первого звена, общедоступные и высокоточные методы диагностики (определения) риска астмы, на основании скрининга всех детей начальных классов. Выявлять женщин продуктивного возраста наследственно отягощенных, предрасположенных к формированию бронхиальной астмы (желательно и мужчин, будущих отцов). Вторым этапом скрининга должны стать биохимические методы исследования крови (Ig“E”, кортикостероиды, половые гормоны и др.) и эффективные методы тестирования реактивности бронхов.

Натуротерапевтические методы профилактики (лечения) являются заключительным этапом программы. На первый план натуротерапии выдвигается выбор места постоянного проживания больного и спелеотерапия. В доступных случаях (при отсутствии противопоказаний) – горноклиматическая рекреация в высокогорье и гипобарическая релаксация в условиях дневного стационара. Медикаментозные методы контроля астмы не отменяются, но корректируются клиническими методами контроля астмы.

Успех профилактики астмы и снижение заболеваемости возможен только на пороге формирования БА. Ранняя профилактика может увеличить число поправившихся детей от астмы, в возрасте полового созревания и становления иммунитета, как системы противостояния вызовам творения человека, ноосфере. Если природа может самостоятельно править срывы и крены в иммуно-гормональной сфере, у 30 из 100 страдающих астмой детей, то при рациональном использовании природных оздоровительных факторов, можно спасти от астмы до 80 % обреченных детей.

Выводы

Причины астмы до конца не установлены, а методы лечения пока далеки от совершенства. © 2003-2008 GRANDX.RU. Более того, исследования генома астмы не дали результатов. Практически все гены причастны к формированию БА. Бронхиальная астма стала еще загадочней, хотя многое стало понятным.

В унисон с развитием медицинской науки изменяется астма – вчера она была угрозой для жизни, сегодня, не смотря на достижения в понимании, контроле, улучшения качества жизни, продолжается рост заболеваемости как среди взрослых, так и детей.

Путь эффективной борьбы против бронхиальной астмы лежит через познание механизмов становления иммунологической защиты в корректных рамках. Использование природных физических факторов в становлении гормонального статуса и формирования адекватной иммунологической защиты в борьбе против БА и др. аллергий.

Будущее профилактики астмы за природными методами рекреации и социальными подвижками преобразования жизни детей и подростков, разумный выбор профессии и хобби с учетом наследственной детерминации.

В Армении внедряется программа профилактики астмы на уровне первого звена медицинского обеспечения женщин зоны риска, детей возраста полового созревания. Предварительные результаты весьма обнадеживающие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев С.Н. Бронхиальная астма в таблицах и схемах / С.Н. Авдеев. – М.: Атмосфера, 2005. – 47 с.
2. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. – М., 1988.
3. Бельтюков Е.К. Локальная программа помощи больным бронхиальной астмой: организационные, эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты : пособие для врачей и орган. здравоохранения / Е.К. Бельтюков. – М., 2003. – 37 с.
4. Биличенко Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы / Т.Н. Биличенко // Бронхи-

- альная астма: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Агар, 1997. – Т. 1. – С. 400–424.
5. Бэрнс П., Гордфри С. Бронхиальная астма. – М.: Изд. Бином, 2003. – 125 с.
6. Богомолов Б.Н. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней. – М.: Медицина, 2003.
7. Бронхиальная астма. Диагностика, лечение, принципы организации медицинской помощи. – Омск, 2006.
8. Бронхиальная астма: Руководство для врачей России (формулярная система) // Приложение к журналу «Аллергология». – 1999. – №1. – С. 39.
9. Верткин А.Л. Опыт развития догоспитальной помощи больным БА // Астма. ru. – 2001. – № 1. – С. 31.
10. Восканян А.Г. Национальная программа борьбы против астмы. – Ереван, 1995.
11. Голевцова З.Ш. Диагностическая ценность и информативность клинических и фенотипических признаков в ранней диагностике бронхиальной астмы / З.Ш. Голевцова и др. // Пульмонология. – 2005. – №1. – С. 48–53.
12. Дрынов Г.И. Терапия аллергических заболеваний / Г.И. Дрынов. – М.: Боргес, 2004. – 398 с.
13. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии.
14. Путов Н.В., Федосеев Г.Б. Руководство по пульмонологии. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина 1988. – 272 с.
15. Кобринский Б.А. Концепция непрерывности переходных состояний от здоровья к болезни как основа проспективного мониторинга детей групп риска по формированию хронических форм патологии // Приложение к журн. «Рос. вестн. перинатол. и педиат.». – М., 1994.
16. Княжеская Н.П. Бронхиальная астма: некоторые аспекты диагностики и лечения / Н.П. Княжеская // Consilium medicum. – 2001. – Т. 3, № 12. – С. 575–579.
17. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика. – М., 1997.
18. Норман Х. Эдельман Астма и аллергия: Справочник. – М.: Мир, 2000. – 240 с.
19. Овсянников Н.В. Фармакоэкономические аспекты терапии болезней органов дыхания / Н.В. Овсянников [и др.] // Фармакоэкономические исследования как основа повышения эффективности здравоохранения: монография. – Омск, 2004. – С. 175–193.
20. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным бронхиальной астмой: приказ от 22.11.2004 г. № 301 / М-во здравоохранения и соц. развития РФ // Врач. – 2005. – № 4. – С. 112–116.
21. Паттерсон Р. Аллергические болезни: диагностика и лечение: пер. с англ. / Р. Паттерсон, Л.К. Грэммер, П.А. Гринбергер; под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 768 с.
22. Путов Н.В., Федосеев Г.Б. /Редакторы/ Международный консенсус по диагностике и лечению бронхиальной астмы. – СПб., 1995. – 42 с.
23. Солопов В.Н. Астма. Врач и больной. – М.: Крон-пресс, 1995. – 224 с.
24. Уайт П. Ключи к диагностике и лечению бол. сердца. – М.: Мед.лит., 2002. – 192 с.
25. Федосеев Г.Б. /Редактор/ Бронхиальная астма. – Л.: 1989, 159 с.
26. Федосеев Г.Б. Механизмы обструкций бронхов. Медицинское информационное общество. – Л., 1995. – 336 с.
27. Федосеев Г.Б. Бронхиальная астма / под. ред. Г.Б. Федосеева. – СПб., 1996. – 463 с.
28. Федосеев Г.Б. Аллергология: в 2 т. / под ред. Г.Б. Федосеева. – СПб.: Норммедиздат, 2001. – Т. 1. – 815 с.; Т. 2. – 464 с.
29. Хоменко А.Г., Мюллер Ст., Шилинга В. Экзогенный аллергический альвеолит. – М.: Медицина, 1987.
30. Чернух А.М. Воспаление. – М.: Медицина, 1979. – 448 с.
31. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма / под ред. А.Г. Чучалина. – Т. 1. – М.: Агар, 1997. – 431 с.
32. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма и астмоподобные состояния / А.Г. Чучалин // Кремлевская медицина. – 2002. – № 1. – С. 21–24.
33. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной аст-

мы / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2002. – 160 с.

34. Бронхиальной астмы / под ред. Wan Cheng Tan. – М.: Атмосфера, 2005. – 30 с.

35. Чучалина А.Г.; сост. Трофимов В.И. – М. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы, одышки: руководство / под ред.

А.Г. Чучалина; сост. В.И. Трофимов. – М.: НТЦ КВАНТ, 2005. – 51 с.

36. Чучалина А.Г. Пульмонология: клинические рекомендации / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 225 с.

37. Wan Cheng Tan. Карманное руководство по профилактике и лечению.

BRONCHIAL ASTHMA IN ARMENIA (YESTERDAY, TODAY, TOMORROW)

Voskanyan A.H.

Chief therapist-pulmonologist of RA Ministry of Health

e-mail: natter@info.am

Together with development of medical science and cultural treatment, in Armenia «Bronchial Asthma» (BA), as a disease, endured significant changes. In 90s pedagogical definition changed radically, tactics and strategy of treatment were modified. Considerable success was reached not only in understanding of Asthma; also the attitude to the patient of BA was changed. Asthma stopped being a frightening pain. To the market of drug stores have entered more effective medicines; methods of control of BQA have been simplified.

The first ten years of 2000 was a turning one not only in the issue of treatment and control of Asthma, but also Asthma, as a disease, appeared clearer. It became clear that all the genes are responsible and take part in forming of Asthma. New ideas appeared; idea of prevention of pathophysiological processes, which cause Asthma.

It is assumed that it is not only possible to decrease of morbidity of population with asthma disease, but also to avoid Asthma disease, if on lime means for recreation of hereditary determinate pathology will be taken. The future of prevention of Asthma are behind the natural methods of recreation and social motion of transformation of the life of children and adults, as well as reasonable choice of profession and favorite hobby.

Keywords: Bronchial Asthma, morbidity, recreation, speleotherapy