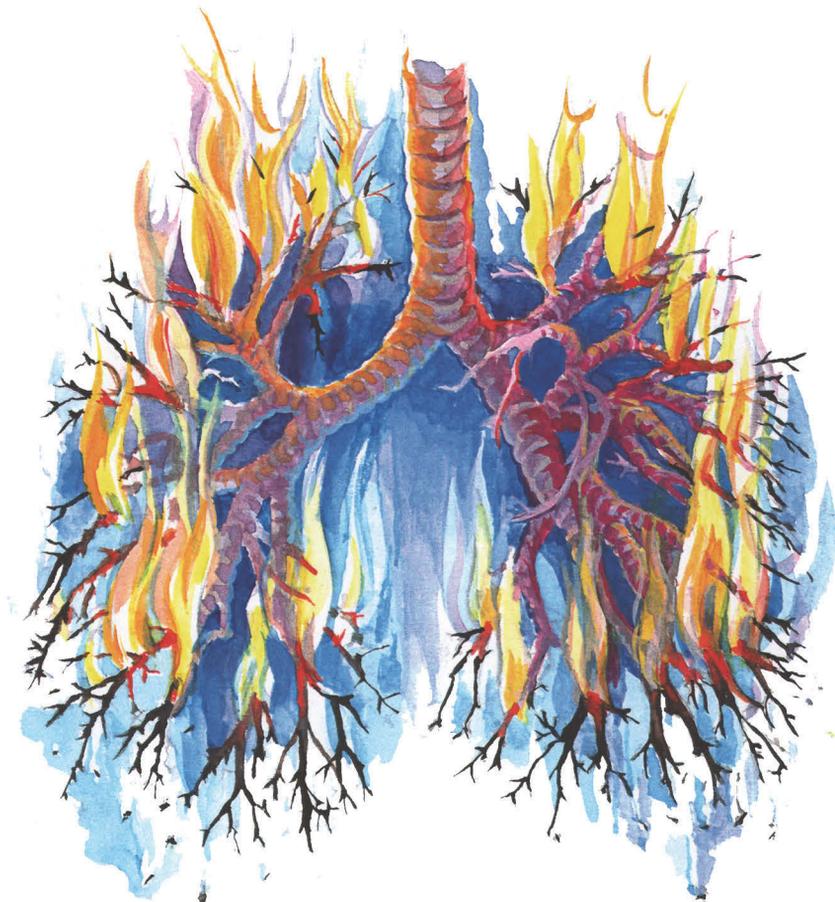


**В.Н.СОЛОПОВ**



# **АСТМА**

**помоги себе сам**

В. Н. Солопов

# **АСТМА**

## **ПОМОГИ СЕБЕ САМ**

Спасение утопающих – дело рук самих утопающих!

Москва 2013

ББК 54.12  
С60  
УДК 616.248-092

**Солопов В. Н.**

С60 Астма. Помоги себе сам. – М.:  
2013. – 124 с.

**ISBN 978-5-904723-03-3**

Грустно, но страны, где уровень заболеваемости астмой самый высокий в мире (в Великобритании – до 30% от всего населения, в Германии – до 20% и т.д.) навязывают свои научные концепции и «стандарты» лечения астмы в России. Так и хочется вспомнить пресловутого «французика из Бордо» из грибоедовского «Горя от ума», который учит нас жизни. И словами классика воскликнуть: «...чтоб истребил Господь нечистый этот дух пустого, рабского, слепого подражания!»

ББК 54.12

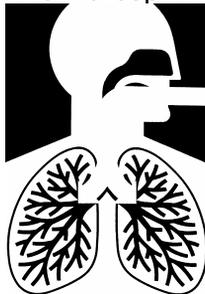
Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельца авторских прав.

**ISBN 978-5-904723-03-3**

© В.Н. Солопов, 2013

Книга издана к 25-летию астма центра «Астма-Сервис»

«Астма-серия»



Книги  
д-ра В. Солопова



## **Солопов Виктор Николаевич**

Инженер-химик и врач-пульмонолог, кандидат медицинских наук. Окончил Военную академию химической защиты, а впоследствии 2-й Московский государственный медицинский институт им. Н.И. Пирогова. С 1982 по 1989 г. В.Н. Солопов – ординатор, аспирант и научный сотрудник кафедры А.Г. Чучалина. В эти годы он разрабатывает собственные методы исследования астмы и предлагает новый подход к ее лечению с помощью ультразвуковых ингаляций. Это не соответствовало консервативной научной доктрине.

Независимые научные взгляды, пренебрежение к официальным догмам и организация собственного небольшого центра – медицинского кооператива «Пульмонолог» – вылились в принципиальные разногласия с А.Г. Чучалиным. В итоге последовало увольнение «по собственному желанию», а несогласие с академиком обернулось взаимной неприязнью и враждой.

С 1989 по 1991 г. доктор Солопов – старший научный сотрудник НИИ возрастной физиологии и гигиены. В эти годы им разработана оригинальная теория эволюции астмы, раскрывающая причины повышения заболеваемости и смертности, а также механизмы внезапной смерти от этого заболевания. Результатом почти 10-летних научных исследований стали около 50 печатных работ и изобретений, напечатанных в России и за рубежом, а также опубликованная серия книг по астме: «Астма. Как вернуть здоровье», «Астма. Эволюция болезни», «Астма. Истинная причина болезни».

В настоящее время В.Н. Солопов продолжает научно-практическую работу в рамках организованного им медицинского центра «Астма-сервис».

## От автора

Мне часто передают одну и ту же фразу представителей «официальной» медицины: «А кто такой Солопов?» Жаль, конечно, что коллеги меня не помнят или не хотят помнить, хотя я в медицине веду весьма активную деятельность. Да и публикаций обо мне и центре «Астма-Сервис» было предостаточно. Видимо, те, кто-то спрашивает обо мне, лет 20-25 назад были еще в том возрасте, когда газет не читают. А поскольку об истории моей научной «карьеры» писали в газетах довольно-таки давно – в 90-х гг., они обо мне ничего не слышали. Вот я и решил еще раз представиться, используя одну из публикаций журналиста. Автор ее – Вячеслав Недогонов – человек, который пытался в силу своих убеждений помочь мне внедрить в жизнь полезные изобретения. Статья эта не оплачивалась (как это принято сейчас), она была написана как продолжение моей истории из предыдущей публикации «Комсомольской правды». Поэтому я и решил, перепечатав ее в книге и поставив на свой сайт в Интернет, объяснить всем, «кто же такой В.Н. Солопов». Ну а описывать самому далеко не лучший период в жизни – научную и практическую работу в государственной медицине – мне просто не хотелось. Поэтому я решил обратиться к истории и перепечатать «древнюю» статью, тем более что атмосфера прошлых лет описана в ней довольно точно.

Для публикации этой статьи у меня были и другие соображения: в ней доступно для любого читателя излагаются мои принципиальные разногласия с «официальной» наукой во взглядах на проблему астмы, основанные на результатах исследований, проведенных в то время. А заодно они познакомятся и с моей биографией. Ну а задающие вопрос, «кто такой Солопов?» будут отныне знать ответ.

«Московские новости», № 17, 24 апреля-1 мая 1994

## Кислородное голодание

*Безвестный российский ученый подошел к решению мировой загадки, за что и был уволен «по собственному желанию»*

Два месяца назад доктор Солопов понял, что надеяться ему больше не на кого. Это случилось как раз в тот момент, когда его лабораторию в очередной раз выставили на улицу. Осознав, что

бороться бесполезно, он перенес уникальное оборудование и компьютер в свою трехкомнатную квартиру на 16-м этаже жилого дома в одном из спальных районов Москвы и продолжил исследования. Доктор очень спешил. Ему осталось написать еще одну – последнюю – книгу, и тогда во всеуслышание будет объявлено о решении проблемы, над которой лучшие медицинские умы человечества бьются уже два века.

### **История болезни**

В конце XVIII века немецкие ученые Куршман и Лейден стали систематически изучать странную болезнь – астму. Ни с того ни с сего вполне здоровый на вид человек начинал задыхаться. Вдохнув полной грудью, больной не мог выдохнуть, некоторое время корчился в муках, но в конце концов приступ прекращался. Прошло всего пятьдесят лет, и экзотическая болезнь превратилась в довольно распространенный недуг – бронхиальную астму. Первое время астму пытались лечить пиявками, шпанскими мушками и простым кровопусканием. Однако к концу прошлого века ученым-медикам стало ясно, что эти средства устарели, – задыхающихся людей стало еще больше.

В начале XX века в организме человека нашли вещество адреналин, снимающее у больного астматический спазм без помощи врача. Синтезировав искусственный адреналин, ученые стали использовать его для лечения. Казалось, болезнь раз и навсегда побеждена. Во всяком случае до 30-х годов в научной литературе было описано не более 100 случаев смерти от астмы. Шло время, и фармакологические фирмы синтезировали более эффективные средства. В конце 40-х у астматиков появился аэрозольный баллончик.

Кошмар начался в 60-х годах в Великобритании. Молодых астматиков стали находить мертвыми в квартирах и на улицах. Медики были в замешательстве: в руках погибших был зажат аэрозольный баллончик. Последующие двадцать лет вывели астму на одно из первых мест в мире по смертности. Ежегодно она уносит более двух миллионов человек (уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, но опережая раковые).

Чего только не перепробовали врачи для лечения астмы! От аэрозольных баллончиков перешли к сильнейшим гормональным таблеткам и инъекциям. Раз в несколько лет лучшие ученые мира собираются на конгрессы, а в Великобритании уже многие годы

действует научный фонд для решения проблемы астмы под патронажем английской королевской семьи. И все впустую. Только в США за последние 10 лет смертность от астмы увеличилась вдвое. И до сих пор остается загадкой, почему человек, вооруженный лучшими лекарствами, в одночасье погибает.

### **Разгадка близка?**

В 1975 году военный инженер-химик Виктор Солопов уволился из рядов Вооруженных Сил СССР. Через год он стал студентом 2-го Московского мединститута. Окончив его, поступил в ординатуру, а затем и в аспирантуру на кафедру внутренних болезней. Там будущий ученый встретился с академиком АМН Александром Григорьевичем Чучалиным – признанным авторитетом в пульмонологии, неизменным консультантом 4-го Главного управления. Академик заметил начинающего ученого и благосклонно отнесся к его методам исследования астмы. В конце 80-х годов Виктор Солопов успешно защитил кандидатскую диссертацию.

Правда, уже тогда на кафедре довольно скептически относились к его утверждениям о том, что тайна астмы в скором времени будет раскрыта. Если лучшие головы мира за двести лет не приблизились к разгадке – что может сделать молодой самонадеянный кандидат наук? Впрочем, его терпели, во-первых, из-за благосклонности влиятельного шефа, а во-вторых, потому что побаивались: ведь о той сфере, откуда пришел Солопов, гражданские врачи почти ничего не знали – а что если военная наука сделала уже какие-то свои секретные открытия?

С началом кооперативного движения доктор Солопов открыл свое дело в поликлинике на окраине Москвы. Первые же опыты лечения тяжелых больных убедили: он на верном пути.

### **Почему погибает «дерево»?**

Мы привыкли считать, что человек дышит легкими. Но это не совсем так. Легкие пронизаны сотнями тысяч бронхов, поверхность которых выстлана микроскопическими ресничками. Именно эти реснички очищают воздух от пыли и микробов, делая его стерильным. И только после этого молекулы кислорода попадают в кровь. А реснички тем временем спокойно выводят наружу оставшийся «мусор». Но если воздух чересчур загрязнен, реснички со своей задачей уже не справляются. Природа и это предусмот-

рела: бронхи сужаются, уменьшая поток загрязненного воздуха. Мы начинаем кашлять и слышим шумы в легких.

Много веков мы дышали без проблем, пока не появилась промышленность. В воздух попали тонны оксидов углерода, металлов, угольной пыли, бензиновых выхлопов... Уже первые исследования астмы показали: некоторые из этих веществ могут вызвать сильный спазм бронхов. Если вовремя не справиться с аллергией, удушье перейдет в хроническую форму.

Как вылечить астму? Для этого как минимум нужно знать, что лечишь. В этом вопросе советская и западноевропейская медицинские школы разошлись во мнениях. В СССР считалось, что существует множество форм астмы: пищевая, нервно-психическая, аспириновая, инфекционная, аллергическая. Западная медицина выделила две причины болезни – внешнюю (профессиональные вредности, аллергены) и внутреннюю. И вдруг доктору Солопову удалось установить: хотя причины и разные, болезнь протекает по строгим законам. А значит, зная «программу» болезни, можно точно моделировать ее развитие и влиять на нее! Первые же публикации неизвестного ученого в иностранных научных журналах взволновали научную общественность. Вскоре на прием к Солопову явился первый секретарь посольства Великобритании в Москве доктор Харальд Липман.

### Диссидент

Доктор Липман, конечно, был далек от соображений благотворительности, когда заглянул в обычный московский кооператив, которых в те годы было пруд пруди. Оглядев довольно убогую обстановку, англичанин предложил помощь. Вскоре о работах Солопова узнали английские фирмы.

Но тогда же о «подпольном» кооперативе узнали и на кафедре академика Чучалина. Разразился скандал. На одном из заседаний кафедры Солопова объявили «диссидентом, связанным с иностранцами», которого к тому же вот-вот должны арестовать. После чего Солопов по «собственному желанию» был навсегда изгнан из 2-го мединститута.

Но исследования продолжались! Вскоре Солопов познакомился с известным итальянским фабрикантом Пьеро Джакомони, чья фирма подарила компьютеры. К итальянцам присоединились английские фирмы «Виталограф» и «Космед».

И только отечественная медицина объявила Солопову полный бойкот. В 1990 году в Лондоне на европейском конгрессе по легочным заболеваниям встретились два представителя от СССР: академик Чучалин, глава официальной делегации, и Виктор Солопов, приглашенный на средства оргкомитета. Встретившись в коридоре с бывшим учеником, академик вежливо поздоровался.

### **Успех**

В 1992 году в Москве Солопов собрал представителей официальной медицины и журналистов и сделал сенсационное заявление: создана уникальная компьютерная программа, позволяющая прогнозировать развитие астмы, предсказывать эффективность лечения на каждом этапе и – что самое удивительное – «автоматически» направлять лечение. Был найден способ восстанавливать дыхание на самых тяжелых стадиях и заявлено о том, что на очереди раскрытие тайны внезапных смертей.

Ученый надеялся, что все ахнут. Но вскоре ахнул сам: руководство поликлиники, где размещался кооператив, решило его закрыть – в 1992 году, когда мы познакомимся, Солопов оказался на улице. В то время он еще верил, что трудности можно победить. Несколько месяцев искал новую крышу. Новое помещение – три маленьких кабинета – оснастили по последнему слову техники и громко назвали центром «Пульмонолог».

### **Адреналин, который убивает**

Именно в центре «Пульмонолог» была раскрыта загадка внезапной смерти астматиков. Оказалось, «навредили» сами фармакологи: совершенствуя адреналин, они потеряли многие его полезные свойства. Всем известно, что рафинированные (то есть очищенные) жиры и углеводы привели население Европы и Америки к ожирению, атеросклерозу и болезням сердечно-сосудистой системы. Но синтетические, «рафинированные» производные адреналина тоже могут вступить в смертельный конфликт с собственным адреналином организма. Вот почему астматики погибали чаще всего в момент сильного стресса, и чем больше прыскали они аэрозолем из баллончика, тем сильнее развивалась в организме смертельная реакция.

Поставив точку в своей новой книге, Солопов ужаснулся – во всем мире миллионы астматиков пользуются все новыми моди-

фикациями баллончиков, они уже появились в российских аптеках. Компьютерная сеть, связывающая сотни врачебных центров по России (а может быть, и во всем мире), позволила бы по начальным параметрам болезни определить, кому и в какой момент ни в коем случае нельзя употреблять баллончик, в какой момент болезнь можно затормозить, а потом и повернуть вспять. Увы и этим планам не суждено было сбыться. Два месяца назад Солопова снова выгнали на улицу. Оказалось, слишком маленькую прибыль получали «спонсоры» от деятельности «Пульмонолога».

### Человек-институт

Трехкомнатная квартира очень быстро превратилась в научную лабораторию. В прихожей – стенд для объявлений, где посетитель может ознакомиться с многочисленными авторскими свидетельствами и последней информацией о ходе исследований. Одна комната отведена под приемную – на телефоне дежурит секретарь. Во второй – аппаратура, здесь работает «директор института». На кухне – ремонтные мастерские. Третья комната остается для жизни. Сейчас он пытается издать третью книгу по астме – для врачей. До конца исследований остается два года.

По иронии судьбы именно в России может быть достигнут гигантский прогресс в лечении астмы. Ультразвуковые ингаляторы, применение которых направляет компьютерная программа, у нас невероятно дешевы: в Германии такие приборы стоят от двух до четырех тысяч марок, у нас – 200 тысяч рублей (по ценам 1994 г. – *авт.*).

Пока книга не написана, доктор Солопов весь в работе и старается не думать о будущем. По-прежнему о его исследованиях в России никто, кроме больных, не знает. Больные же спешат к нему со всего мира – например, из Германии едут наши бывшие соотечественники. Летом прошлого года Виктора Николаевича вновь пригласили в Англию, и он рассказывал там о своих открытиях. Побывав в ведущих английских клиниках, с удивлением обнаружил, что и там финансовое отношение к астматикам не лучше нашего. Ни одна западная страховая компания сейчас не станет платить за лечение, которое продолжается в среднем 9-12 месяцев. Государству с любым общественным строем в наши дни гораздо выгоднее естественное воспроизводство здорового населения, чем дорогостоящее длительное лечение хронически больных. Подсчитано: если сегодня начать широкомасштабное

внедрение новой технологии лечения астмы, на это уйдет не менее 10 лет. ЗА ЭТО ВРЕМЯ В МИРЕ ПОГИБНУТ ПОЧТИ 20 МИЛЛИОНОВ БОЛЬНЫХ.

Осенью прошлого года в Израиле проходил XIV Международный конгресс «Интерастма-93». Оргкомитет направил специальное приглашение Виктору Николаевичу выступить с докладом «Эволюция астмы». Однако денег на поездку ученому собрать не удалось.

## ОТ РЕДАКЦИИ

Изобретать «на коленке» не только вне славы, но и в гонениях российским ученым не привыкать. Один из самых ярких примеров – трансплантолог Владимир Петрович Демихов, еще в 1937-м пересадивший собаке искусственное сердце; в 1954-м – вторую голову, в 1963–1965-м создавший «банк живых органов». Ему не разрешали оперировать, и повод нашелся: по образованию Демихов не медик, а биолог.

В 1967-м мир узнал о первой операции по пересадке сердца человеку, имя южноафриканского хирурга Кристиана Бернарда навсегда вошло в историю, в медицине началась новая эра. А мы лишились приоритетов. Сегодня безвестный пенсионер живет в однокомнатной квартирке на окраине Москвы (несколько лет назад Демихов умер. – *авт.*). Они и становятся великими изобретателями, может, именно благодаря тому, что приходится рассчитывать не на новейшие технологии, современные приборы, валютное финансирование – а только на свою голову, свои руки, свою интуицию. Мы собираемся следить за этими непростыми судьбами, стараясь привлечь к ним внимание – нет, не официальных структур, а тех, кто в силах реально и быстро помочь – помещениями, средствами, добрым словом и советом. Благо, как показывают почта и звонки, таких людей в России становится все больше, и в скором времени, возможно, именно они, а не обнищавшее государство будут оказывать решающее влияние на развитие российской науки. Хорошо это или плохо – покажет время.

*Вячеслав Недогонов*

## Предисловие

В последние годы в связи с валом малограмотных публикаций на медицинские темы в популярной литературе, газетах и журналах и, особенно, в интернет в головах не только обывателей, но и даже врачей сложились до нелепости упрощенные (а скорее – извращенные!) представления о многих хронических болезнях и в том числе о бронхиальной астме. Особенно в этом преуспело телевидение со своими сомнительными передачами, в которых «народные целители», «экстрасенсы», «колдуны» и прочие шарлатаны вещают всей стране, как следует лечить чужие хронические болячки. Эксклюзивным рецептом от этой шайки, наверное, следует считать совет по лечению геморроя: нужно вставить в задний проход страдальца свежий огурец.

«Глупость – это дар Божий. Но не нужно им злоупотреблять!» – сказал в свое время Бисмарк. По-моему, сейчас этим даром природы злоупотребляет половина населения страны. А здравомыслящая ее часть попросту молчит, потому что никакие аргументы на глупцов не действуют. Недалеко ушла и научная медицина со своими «национальными программами» и клиническими рекомендациями. Думаю, что многие из читающих эти строки давно убедились, что после многочисленных походов по врачам им, по существу, так ничего и не предложили для решения проблем со здоровьем кроме известной пары баллончиков-близнецов от известных фармацевтических компаний, назначаемых поголовно всем астматикам. А когда кому-нибудь из пациентов становится хуже, «просвещенные» фармфирмами врачи успокаивают: «Астма неприятное, но совсем неопасное заболевание. С ней можно жить долго, если регулярно вдыхать аэрозоли, как рекомендуют национальные «стандарты лечения». Но это неправда. А точнее – обычное вранье. И я даже написал когда-то по этому поводу статью в «Медицинскую газету». Она и откроет первую главу в первой части моей новой книги.

## **ЧАСТЬ I. АСТМА – ЛЕГОЧНАЯ ЧУМА XXI ВЕКА**

В подавляющем большинстве популярных книг об астме, изложение начинается с определения болезни или с ее причины. А далее начинаются байки про то, что астма – болезнь не смертельная, и с ней можно долго и счастливо жить. Но я бы еще добавил: и умереть в один день. Только вот средняя «продолжительность жизни» этой болезни, в отличие от человеческой составляет не более 35-45 лет. То есть, от начала заболевания до появления осложнений, приводящих к фатальному исходу, проходит именно такой срок. Поэтому приблизительный прогноз для каждого страдающего этой коварной болезнью сделать просто: нужно к возрасту в котором человек заболел прибавить 35-45 лет. То есть, если человек заболел в первые годы жизни, после 40 лет он, как правило становится инвалидом! Хотя бывают и исключения, но они наблюдаются редко и не определяют общей картины. А вот разговоры о «нормальной жизни» с «астмой под контролем» выгодны только производителям лекарств от этой болезни. Поэтому я хочу начать изложение проблем с бронхиальной астмой со своей статьи в «Медицинской газете» об этих самых производителях – фармфирмах.

### **Глава 1. «Лечение» от фармфирм**

Медицинская газета, 15 февраля 2008 г.

#### **АСТМУ ЛЕЧАТ ФАРМФИРМЫ?**

А роль врачей зачастую сводится к выписыванию разрекламированных препаратов

Как известно, бронхиальная астма в настоящее время – глобальная мировая проблема. По разным данным за рубежом (особенно в англо-говорящих странах) от нее страдает от 15 до 40% от всего населения. Растет не только

заболеваемость, но и смертность от астмы. Так, например, в США от этого заболевания ежедневно погибает несколько десятков человек. Астма «помолодела», и сегодня годовалый больной уже не редкость! А по большому счету, она сейчас – «головная боль» всего западного общества: ведь когда в популяции треть населения – астматики (как, например, в Великобритании), проблема приобретает характер не только физического, но и экономического выживания. Особенно в условиях государственного здравоохранения.

Подобная ситуация вызвала необходимость выработки тактики с минимальными затратами в экономике здравоохранения практически всех развитых стран. Для этого и был создан международный комитет экспертов GINA (Глобальная инициатива по астме). В своих ежегодных докладах «Глобальная стратегия по лечению и профилактике бронхиальной астмы» он дает рекомендации по организации медицинской помощи больным. Основой этих рекомендаций являются составляемые врачами программы самоведения (читай «самолечения») страдающих людей после прохождения образовательного курса. А все лечение заключается в пожизненном назначении пациентам бронхорасширяющих и гормональных препаратов или их комбинаций.

Если говорить об индивидуальном подходе к каждому пациенту, то он основан на тестах–опросах с весьма примитивным набором вариантов: симптомы наблюдаются редко или часто, самочувствие стало хуже или лучше и т.д., и т.п. Вершиной же врачебного «искусства» в подобных программах стала «методика» так называемого гибкого дозирования: стало хуже – увеличивай дозу лекарства, стало лучше – уменьшай! И фактически, вся медицина в этом случае подменяется ежедневным бесконтрольным (!) потреблением больными дорогостоящих лекарств.

Мечты фармацевтических фирм сбылись: люди с астмой стали зависимыми от их препаратов, как от наркотиков или табака. Возможно, что такой подход и приемлем в странах, где болезнь приняла характер эпидемии национального

масштаба. И единственным выходом для здравоохранения стала попытка переложить все заботы на плечи больных по принципу «спасение утопающих – дело рук самих утопающих». А может быть, катастрофа, как раз, и связана с подобной «примитивизацией» медицины? И требуется в корне пересмотреть подход к решению этой проблемы. Но, по видимому, западная медицина хотела бы проверить свои установки и в условиях России. И с внедрением западных стандартов, отечественная медицина стала проводником их идеологии.

Все крупные научные конгрессы последних лет в нашей стране спонсируются фармацевтическими компаниями. Симпозиумы на этих конгрессах посвящены известным торговым маркам, пролоббированным фирмами и сотрудничающими с ними представителями официальной российской медицинской науки. Ну а выбор конкретных лекарственных препаратов для закупки и бесплатного обеспечения инвалидов-астматиков нередко дает основания предполагать, что он проходил в зависимости от того, какая фирма больше заплатит. И в планы закупок включаются самые дорогостоящие препараты европейских производителей.

В среднем современный баллончик аэрозоля для лечения астмы стоит 20–40 долл. В месяц астматику требуется до 3–5 таких баллончиков. Считается, что они выделяются бесплатно, но если подсчитать годовые затраты при существующем уровне заболеваемости в России (10–15 млн. больных, каждому из которых якобы отпускается лекарств на 200 долл. в год), то минимальные годовые затраты (явно не покрывающие потребности больных) составят 2–3 млрд. долл. Таких денег на астму никогда и никто не выделяет, поэтому практически все больные приобретают лекарства за свой счет! И если подсчитать эти затраты, сопоставив их со средним уровнем доходов населения, то возникает сомнение, что большинству это по карману. И неудивительно, что появляется огромный спрос на услуги целителей и шарлатанов.

Проводя свою целенаправленную политику, западные компании вытеснили с рынка практически всех производи-

телей лекарств-дженериков, которые на порядок (!) дешевле дорогостоящих европейских препаратов. А Россия вместо организации собственного производства лицензионных препаратов продолжает закупать лекарства, являющиеся якобы золотым стандартом лечения. Но если посмотреть внимательно обзоры научной литературы, то оказывается, что таких золотых стандартов десятки. Ведь практически каждый производитель объявляет свой брэнд очередным золотым стандартом, что является, по сути, недобросовестной рекламой и не соответствует действительности. Ибо не лекарство лечит болезнь, а врач лечит больного! Но об этом, по-видимому, подзабыли не только фармфирмы, но в первую очередь, сами представители официальной медицины. Произошла удивительная вещь, которую никто не замечает или не хочет замечать: де-факто лечением занимается фарминдустрия и аптеки, а не врачи. Роль же последних сводится к выписыванию разрекламированных препаратов. Многие терапевты попросту являются звеньями длинной цепочки сетевого маркетинга, выписывая рецепт (как талон на покупку!) аэрозоля «от астмы» или таблетки «от аллергии». Ежедневно кабинеты врачей атакуют десятки представителей фармфирм с навязчивой информационной рекламой, рекомендующей назначать именно их лекарство. А после их визитов на столах остаются ручки, блокноты и даже бланки рецептов (!) с уже вписанными в них «спасительными» средствами. Ну а дальше этому врачу еще раз напоминает об этом лекарстве уже лектор на симпозиуме, конгрессе, курсах повышения квалификации или сертификационном цикле. И лекторами выступают люди, тесно с этими фирмами сотрудничающие. Таким сотрудничеством не брезгают даже именитые ученые, ведь оплачивается оно достаточно хорошо. И на этом этапе сетевая цепочка фирма – препарат – представитель фирмы – практический врач – лектор активизируется, а больные люди получают очередную «панацею». И крамольная мысль: а может быть из этой цепочки исключить посредников и организовать прямой контакт по типу фармфирма – больной – лекарство? – увы, становится реальностью. Фармфирмы

теперь ставят на интернет–ресурсах приглашения больным посетить их сайты, чтобы решить все проблемы со здоровьем.

Все это привело к тому, что в последние годы, вместо проведения исследований в области разработки противостратических технологий, поиска причины развития болезни, внезапной смерти от нее, роста заболеваемости во всем мире, наша медицинская наука занимается лоббированием рекомендаций GINA, издаваемых на деньги фармацевтической промышленности. Хотя следует заметить, что еще недавно в России существовала своя пульмонологическая наука. Можно вспомнить об оригинальных научных исследованиях под руководством профессора Г. Федосеева и его учеников (С. – Петербург), посвященных диагностике, классификации и неординарным подходам к исследованию патофизиологии этой болезни и ее лечению. Это был тот самый случай, когда выполнялись действительно инновационные исследования, а не воспроизводились зарубежные работы, по публикациям из реферативных журналов или сборника научных «шпаргалок».

И сегодня, все, что не укладывается в рамки новой астматической «догмы» вообще широко не публикуется и не обсуждается официальной наукой. Например, в последние годы учеными из Рязани и Москвы неоднократно поднимался вопрос роли микробной инфекции (особенно грибковой и внутриклеточной) в патофизиологических механизмах астмы и аллергии. Но, к сожалению, дальше публикаций в сборниках тезисов дело не пошло. Ведь для руководства медицинской официальной науки доклады комитета GINA – настольная «библия». А чего там нет, не должно существовать и природе! К тому же, большинство тематических медицинских журналов в России финансируются спонсорами этой «библии» – все теми же фармацевтическими фирмами.

В России всегда были люди, проводившие независимые научные исследования, не подстраиваясь под интересы фармфирм, и публикуя свои данные, независимо от того, нравятся они кому-то или нет. «МГ» неоднократно писала о

многих исследованиях, посвященных изучению причины возникновения астмы и аллергии, внезапной смерти от этого заболевания, новым подходам к лечению. Некоторые публикации были перепечатаны зарубежными изданиями и опубликованы на международных интернет-ресурсах. Наконец, стало ясно, что многое из того, что ранее не вписывалось в рамки «официальной» науки давно предвосхитило результаты сегодняшних широкомасштабных исследований за рубежом.

Так, например, еще в 1993 г. «МГ» опубликовало материал о презентации исследования в НИИ возрастной физиологии и гигиены, по проблеме эволюции астмы и внезапной смерти от нее. Этой теме было посвящено несколько статей в прессе, медицинских журналах, в том числе и за рубежом. Если к ним и проявили интерес, то только несколько независимых иностранных исследователей. Но оказалось, что опубликованные результаты уже тогда предвосхитили выводы сенсационного доклада, Корнеллского университета, посвященного пролонгированным бета-2-агонистам и внезапной смерти от астмы. Ни одна из западных фармацевтических корпораций, о чьих разработках шла речь в этом докладе, его не опротестовала: ведь в нем были представлены результаты, полученные почти в 20 независимых исследованиях более 30 тыс. пациентов. Доклад опубликован на сайте университета еще в июне 2006 г. Но ни один медицинский журнал его не напечатал, поскольку журналы эти финансируются тоже фармфирмами. А ведь в нем говорится, что 80% внезапных смертей от астмы связано с применением самых «модных» фармацевтических средств – формотерола и сальметерола. Эти субстанции входят в состав нескольких широко применяющихся препаратов, стоящих по закупкам в России на первых местах...

И беда заключается в том, что эти лекарства не решают проблемы вообще: на Западе заболеваемость от астмы удваивается каждые два-три десятилетия. Больные люди не выздоравливают, а в конечном итоге становятся инвалидами или умирают в результате непрерывного прогрес-

сирования болезни и побочных действий неконтролируемо потребляемых лекарств. Ежегодно в мире умирает от астмы сотни тысяч и миллионы людей. Некоторые исследователи оценивают эту цифру в 1-2 миллиона человек!

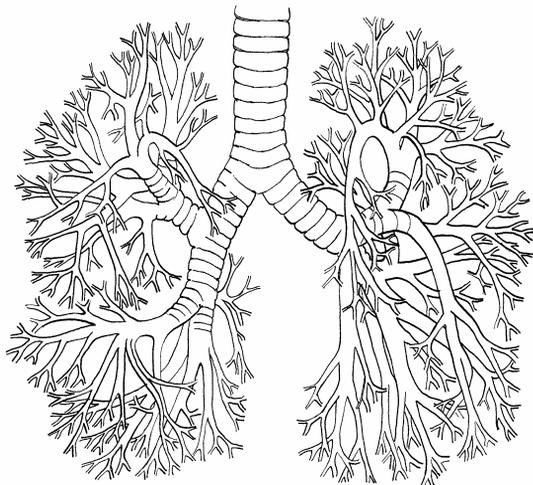
Грустно, но страны, где уровень заболеваемости астмой самый высокий в мире (в Великобритании – до 30% от всего населения, в Германии – до 20% и т.д.) навязывают свои научные концепции и «стандарты» лечения астмы в России. Так и хочется вспомнить пресловутого «французика из Бордо» из грибоедовского «Горя от ума», который учит нас жизни. И словами классика воскликнуть: «...чтоб истребил Господь нечистый этот дух пустого, рабского, слепого подражания!»

*Виктор Солопов, пульмонолог,  
кандидат медицинских наук*

## Глава 2. Что же такое бронхиальная астма?

Что собой представляет бронхиальная астма? В переводе с греческого астма означает «удушьё», «одышка». Уже из названия этой болезни ясно, что удушье или одышка связаны с бронхами, образующими так называемое бронхиальное дерево. Для того чтобы понять, что же происходит в бронхиальном дереве при астме, необходимо представить себе его строение и функцию.

Бронхиальное дерево – это часть легких, представляющая собой систему делящихся, как ветви деревьев, трубочек. Ствол дерева – это трахея, а отходящие от него попарно делящиеся ветви – бронхи. Теперь вообразите дерево, перевернутое ветвями вниз, – вот вам и бронхиальное дерево (рис. 1), каким его обычно представляют на иллюстрациях.



*Рис. 1.* Схематичное изображение бронхиального дерева

Уровней деления бронхов по разным представлениям насчитывается от 16 до 23. Бронхи третьего уровня деления называют сегментарными, так как каждой их ветви соответствует сегмент – самостоятельная часть легкого. Их

насчитывается 20. Дальнейшее деление сегментарных бронхов многократно увеличивает их число, причем диаметр ветвей с каждым последующим порядком уменьшается. Приблизительно подсчитать общее количество всех бронхиальных ветвей довольно просто: достаточно 20 сегментарных бронхов умножить на 2, доходя до 20-го порядка, а затем количество ветвей бронхиального дерева всех уровней сложить вместе. Получается огромная цифра – сотни тысяч ветвей, из которых только несколько десятков тысяч имеют диаметр 1 мм, а размеры остальных – значительно меньше!

А теперь взгляните на рис. 1 еще раз. Сколько бронхиальных ветвей вы можете насчитать? Конечно, гораздо меньше! То есть реальное строение бронхиальной системы легких не вполне соответствует этому рисунку, поскольку на нем нельзя увидеть самые мелкие бронхи и их конечные разветвления – бронхиолы.

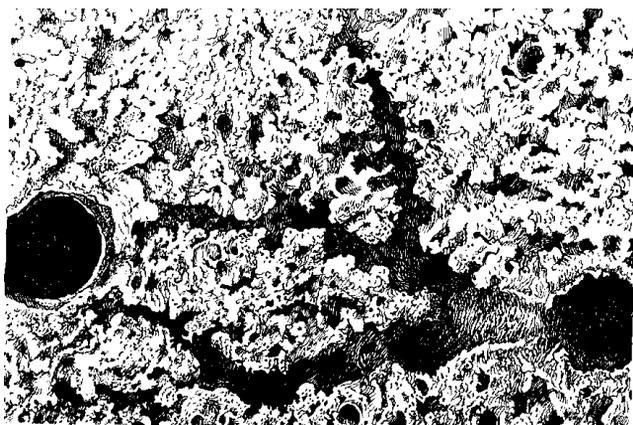


Рис. 2. Легкое на разрезе при небольшом увеличении

А если бы вы посмотрели на разрез легкого при небольшом увеличении, то увидели бы и бронхиолы, образующие пористую делящуюся сеть (как в губке из поролона), по которой осуществляется движение воздуха к альвеолам, где и происходит насыщение крови кислородом (рис. 2). Воз-

дух, проходя по этим порам, играющим роль своеобразного фильтра, согревается и очищается от пыли, сажи, микробов и прочих частиц, которые осаждаются в просвете бронхов и бронхиол. Объем воздуха, вдыхаемого взрослым человеком в сутки, составляет в среднем 15-25 тыс. литров. И весь этот воздух очищается, согревается и обезвреживается!

А как же затем очищается от грязи, пыли и микробов сам «фильтр»? Для этой цели существует специальный механизм очистки. На поверхности клеток слизистой оболочки бронхов располагаются специальные выросты – реснички, которые совершают непрерывные колебательные движения по направлению к трахее и вместе со слизью, находящейся на ее поверхности, выводят все вредные частицы вверх – в глотку.

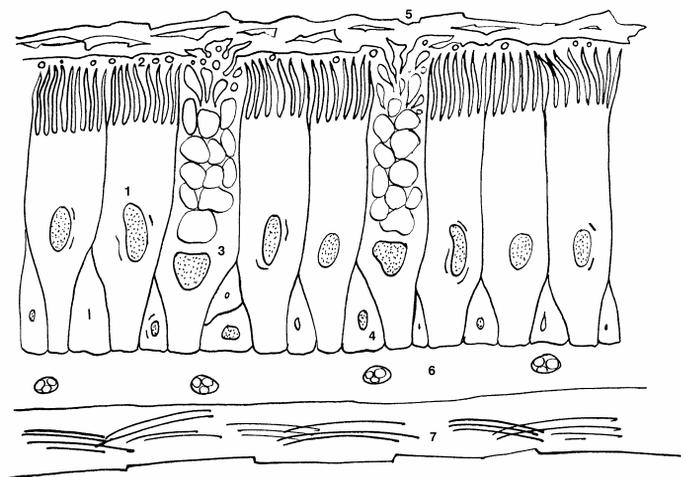


Рис. 3. Строение слизистой бронхов:

- 1 – реснитчатые клетки; 2 – реснички; 3 – бокаловидные клетки;  
4 – базальные клетки; 5 – слой слизи на поверхности ресничек.

Из глотки слизь выплевывается или незаметно проглатывается человеком. Процесс этот напоминает движение снизу вверх ленты эскалатора в метро с находящимися на ней людьми. Слизь, необходимая для нормальной работы

этого эскалатора, вырабатывается клетками, которые из-за своей формы называются бокаловидными.

Эффективная работа этого механизма очищения бронхов сильно зависит от вязкости слизи, которая может очень изменяться в период болезни. Вязкая слизь вызывает слипание ресничек и затрудняет их движение. Поэтому, когда из легких больного плохо откашливается мокрота, врач назначает отхаркивающие или разжижающие слизь препараты. Но если он переусердствует в этом, то чрезмерно разжиженная слизь не будет удерживаться ресничками этого эскалатора и «затопит» бронхи. Слизь не только выводит различные частицы из бронхов, но и осуществляет защитную функцию, предотвращая повреждение слизистой оболочки. Покрывая внутреннюю поверхность бронхов, она защищает ее от повреждения, при попадании в бронхи и легкие окислов серы, азота, других химических веществ и выхлопных газов автомобилей, которыми так насыщен воздух современных городов и больших поселений, особенно в промышленно развитых районах. В слизи содержатся вещества, убивающие вирусы, бактерии и обеспечивающие местную иммунную защиту. В этом ее польза. А вот когда ее накапливается слишком много, возникает проблема, о которой мы поговорим позднее. А пока следует запомнить следующее:

Все, что человек вдыхает с воздухом, в конечном итоге попадает в пищеварительный тракт в процессе очищения легких. И поэтому от плохой экологии страдает иммунитет.

Механизм очищения бронхов может не справиться, если воздух сильно загрязнен. Поэтому в процессе эволюции возникла необходимость регулировать поступление потока воздуха. Эту важную функцию выполняет другая оболочка – мышечная. Она состоит гладкой мускулатуры, сокращение которой вызывает спазм и сужение просвета бронхиального дерева. Спазм бронхов – это защитная реакция, направленная на предотвращение попадания в легкие инородных

частиц и уменьшение воздушного потока, загрязненного патологическими аэрозолями жидкостей, газов и пр. Поэтому слабо выраженный бронхоспазм может наблюдаться и у здоровых людей. Наверное, каждый из вас не один раз попадал в густой туман или задымленную атмосферу. И первое, что вы ощущали – это некоторый дискомфорт в дыхании с последующим появлением кашля. Это и был небольшой спазм бронхов, направленный на то, чтобы предотвратить или ослабить воздействие на ваши легкие неблагоприятных факторов внешней среды.

Если раздражитель очень агрессивный (например, химические вещества: окислы серы, азота и др. или табачный дым), то одновременно со спазмом гладкой мускулатуры стимулируется выделение слизи в бронхах. Спазм и выделение избытка секрета проявляются ощущением дискомфорта, затруднением дыхания, кашлем и желанием откашляться. Эти механизмы являются защитными, и их задача – не допускать попадания в дыхательные пути вредных веществ или частиц, а попавшие – немедленно нейтрализовать и затем эвакуировать.

А теперь представьте, что по какой-либо причине просвет бронхиального дерева значительно уменьшился, как это происходит при астме. Поток воздуха, поступающего в легкие, при этом снижается, и в силу ряда биомеханических причин затрудняется фаза выдоха. При этом человек, ощутив дискомфорт, вынужден компенсировать недостаточную вентиляцию более частым и глубоким дыханием, что проявляется одышкой. Форсированное (усиленное и учащенное) дыхание приводит к появлению хрипов и свистов в легких. Механизм возникновения хрипов и свистов аналогичен таковому в обычном свистке: воздух, проходя с большой скоростью через суженный просвет бронхов, вызывает свистящие звуки. А самая большая неприятность заключается в том, что нарушается проходимость именно мелких бронхов и бронхиол, диаметр которых составляет 1-2 мм и меньше. Поэтому так мучительно протекают приступы удушья при астме. И что же происходит при этом в бронхиальном дереве?

С формальной точки зрения просвет бронха, представляющего полую трубку, может измениться только по трем причинам: 1) уменьшение диаметра (спазм); 2) утолщение стенки (набухание слизистой оболочки) и 3) механическая обтурация (закупорка) просвета пробкой из слизи (см. рис. 4, б).

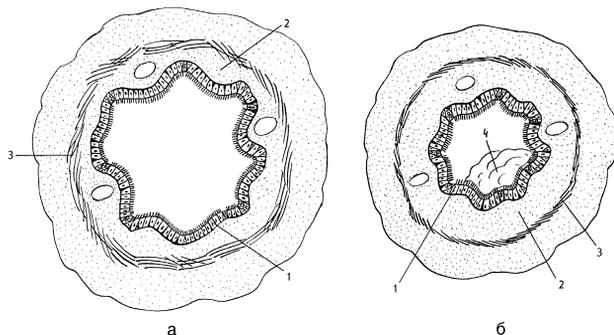


Рис. 4. Бронх на поперечном разрезе: а – нормальный; б – при астме; 1 – слизистая, 2 – подслизистая и 3 – мышечная оболочки, 4 – слизистая пробка.

Из рисунка видно, что вследствие воспаления и отека утолщены слизистый и подслизистый слои, спазмирована бронхиальная мускулатура и просвет бронха частично закупорен слизистой пробкой (4). Эти нарушения обусловлены тем, что по разным причинам в бронхиальном дереве развивается хронический воспалительный процесс. Особые вещества (их называют воспалительными медиаторами) запускают все вышеперечисленные механизмы. В самом начале заболевания нарушение проходимости бронхов обусловлено преимущественно их спазмом, воспалением и отеком дыхательных путей. Многие при гриппе испытывали затруднение носового дыхания от отека слизистой носа – точно так же отекает слизистая бронхов, еще больше сужая их просвет. Нарушение проходимости бронхов затрудняет движение слизи, и это проявляется тем, что после приступа возникает кашель и из бронхов откашливается мокрота в виде слизистых пробок.

Подвести итог вышеизложенному можно следующим образом: ВОСПАЛЕНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В БРОНХАХ ВЫЗЫВАЕТ СПАЗМ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ, ОТЕК И НАБУХАНИЕ СЛИЗИСТОЙ, А ТАКЖЕ СКОПЛЕНИЕ СЛИЗИ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ. Но у больных людей это выражено в разной степени. У одних больных скапливается больше мокроты, у других – меньше. У кого-то выражен спазм бронхов и эффективны бронхорасширяющие аэрозоли, у остальных вследствие отека и закупорки бронхов эти аэрозоли неэффективны. В таких случаях назначают гормональные препараты в виде аэрозолей, но они не всегда помогают, тогда врачи в подобных случаях назначают таблетки. В конечном итоге эти различия определяются не только особенностями формирования нарушений проходимости бронхов, но и индивидуальными особенностями организма каждого пациента, условиями его жизни, экологической обстановкой и пр.

И от сочетания всех этих факторов в болезни конкретного человека нередко зависит его судьба. Кто-то доживает с астмой до глубокой старости, а кто-то погибает в молодом возрасте. И я думаю, многим нужно знать почему это происходит? В следующих главах я постараюсь понятно рассказать, отчего чаще всего погибают астматики.

### Глава 3. Внезапная смерть от астмы

Надеюсь вам хватило терпения прочитать, предыдущий материал и особенно статью из «Медицинской газеты»? Я спрашиваю об этом, потому что чиновникам от здравоохранения и «генералам от астмы» или не хватило терпения, или они просто не стали ее читать. Думаете на нее кто-нибудь отреагировал? Вообще никто! Это глас вопиющего в пустыне. Ведь те, кто отвечает за здравоохранение не слышат никаких доводов, ибо гораздо выгоднее получать деньги от своих благодетелей из фармфирм, закрывая глаза на все происходящее. Хотя ситуация с астмой выглядит весьма серьезно. Вот только некоторые цифры, приведенные в одном из докладов международного комитета по астме, именуемого GINA: распространенность этой болезни во всем мире составляет от 5% до 30-35% (!) от общей численности населения. Первые места по распространенности симптомов астмы (сравнимой разве что с эпидемией!) занимают Великобритания, Новая Зеландия, Австралия, Канада, Перу, Бразилия, США, Уругвай, Кувейт, Мальта, Германия и др. Россия, кстати занимает одно из последних мест: астматиков в нашей стране насчитывается не более 10-15%. Но с учетом общей численности населения, эта цифра достигает 10-15 миллионов человек!

Во всем же мире насчитывается до 500 млн. человек с бронхиальной астмой. По данным того же комитета распространенность тяжелой астмы среди всех болеющих достигает 10%, а смертность среди людей с тяжелым течением заболевания достигает в некоторых странах 35%. То есть треть всех людей с тяжелой астмой ОБРЕЧЕНЫ! Эти данные я привел в своей монографии «Астма. Истинная причина болезни», так что желающие могут изучить этот материал без труда, поскольку книга имеется в свободном доступе в интернете. Естественно, возникает вопрос: от чего же умирает такое количество больных? Об этом сейчас и пойдет разговор. Вначале скажу, что смертность в популяции астматиков обусловлена как самой болезнью, так и ее ос-

ложнениями, связанными с развитием необратимых изменений в легких. О них мы говорить не будем – это тема отдельной книги. А вот о двух главных причинах смерти от астмы следует рассказать подробно.

Первая причина – это неконтролируемое использование противоастматических средств. Около двадцати лет назад в книге «Эволюция астмы...» и журнале «Врач» я опубликовал результаты своего исследования, посвященного проблеме внезапной смерти, о котором хочу коротко рассказать.

Еще в 50-60-х годах прошлого века по странам Западной Европы, в частности по Великобритании, прокатилась первая волна внезапных смертей от астмы, когда молодых астматиков находили мертвыми с зажатыми в руках баллончиками с бронхорасширяющими аэрозолями, впервые появившимися тогда на фармацевтическом рынке. Эти трагические финалы многие исследователи объясняли несовершенством самих препаратов.

Шли годы. Ингаляторы улучшались, а случаи внезапной смерти продолжали регистрироваться с фатальной неизбежностью. Для лечения астмы начали применяться гормональные препараты в таблетках и ингаляциях. Казалось, что близится решение этой проблемы. Но болезнь оказалась слишком коварной – смертность от астмы продолжала нарастать, и это происходит по сей день. Самая же неприятная сторона этой болезни заключается в непредсказуемости ситуации: любой удовлетворительно чувствующий себя астматик, к тому же принимающий мощные гормональные препараты, не застрахован от внезапной смерти. Многим исследователям и сегодня ситуация представляется тупиковой. Но если внимательно к ней присмотреться, то оказывается, что проблема внезапной смерти тесно связана с историей лечения астмы. Логический анализ известных научных фактов позволяет представить их в следующей последовательности.

1. С начала XX века, практически сразу после открытия, выделения и синтеза адреналина, началось его широкое применение для лечения астмы. Он оказался самым эф-

фективным и безопасным из существовавших в то время средств: описаны случаи, когда больным для снятия приступов делалось несколько десятков инъекций адреналина в сутки. И при таком широком использовании адреналина не наблюдалось повышения смертности от астмы, хотя его применение вызывало такие побочные эффекты, как сердцебиение и повышение артериального давления.

2. Стремление устранить побочные действия адреналина привело к созданию в 30-40-е годы прошлого века первых синтетических бронхорасширяющих препаратов. И именно с конца 30-40-х годов, стали описываться летальные исходы или ухудшения состояния астматиков после введения им адреналина на фоне предшествующих ингаляций его синтетических аналогов.

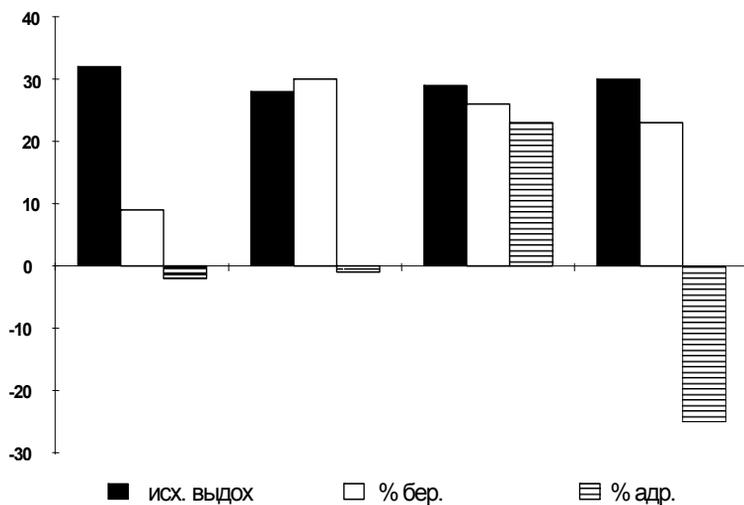
3. А уже в 50-60-е годы на фоне широкого применения синтетических бронхорасширяющих препаратов стали регистрироваться эпидемии внезапных смертей от астмы. Как уже говорилось, исследователи увидели причину несчастных случаев в несовершенстве этих лекарств. Однако и более совершенные ингаляторы (например, Беротек и Сальбутамол) не решили этой проблемы.

4. В то же время появилась теория о недостаточной выработки адреналина у больных астмой. Но быстро выяснилось, что содержание адреналина и его аналогов в крови у больных с тяжелым течением астмы превышает физиологическую норму в 5-10 раз. Гипотеза о недостаточности адреналина была опровергнута, но никто не предположил при этом, что причиной тяжелого состояния или внезапной смерти может быть его повышенная концентрация в крови. Этого не произошло, по-видимому, по той причине, что только 15-20 лет спустя был установлен следующий научный факт.

5. Случаи внезапной смерти от астмы наиболее часто отмечаются у лиц эмоционально неустойчивых (т.е. потенциально реагирующих на стрессовые ситуации большим выбросом адреналина).

Объяснить эти наблюдения можно только следующим образом: внезапная смерть от астмы вызывается не при-

менением отдельно взятых синтетических бронхорасширяющих препаратов, а их взаимодействием с адреналином в организме больного. Это предположение нашло подтверждение в 1992 г. в нашем центре «Пульмонолог» при изучении реакции бронхиального дерева на взаимодействие синтетического препарата Беротека и адреналина. Обследуемым больным после приема 1-2 доз Беротека проводилась последующая ингаляция адреналина. Оказалось, что у одинаковых на первый взгляд астматиков это взаимодействие было абсолютно противоположным. У одних пациентов оно приводило к положительному результату, у других было нейтральным, а у третьих – парадоксальным: ингаляция адреналина после Беротека вызывала затруднение дыхания иногда довольно тяжелое.



*Рис. 5.* Реакция бронхиального дерева на Беротек и адреналин:  
*исх ФВД%* – исходные показатели функции дыхания;  
*% бер. и % адр.* – изменение показателя в % после ингаляции  
 Беротека и адреналина соответственно.

Из рисунка можно увидеть, что в первом случае отсутствует положительный ответ как на Беротек, так и на адреналин; во втором – ответ на Беротек положительный, а на

адреналин отсутствует; в третьем – выявляется положительный ответ на оба препарата, а в четвертом – на фоне положительного ответа на Беротек ответ на адреналин становится отрицательным, а у больного при этом развивается затруднение дыхания. То есть, между вдыхаемыми аэрозолями и собственным адреналином астматика развивается патологический конфликт, приводящий к фатальному исходу. Механизм этого явления детально описан в моей книге «Эволюция астмы: адреналин лечит, адреналин убивает» (1992). А смертельная опасность подобного конфликта заключается в том, что он постоянно провоцируется взаимодействием вдыхаемых бронхорасширяющих веществ с собственной адреналовой системой астматика. К счастью, реализоваться он может только в стрессовых условиях (физическое и эмоциональное перенапряжение, экстремальные ситуации), сопровождающихся большим выбросом адреналина и его аналогов в кровь, что и проявляется случаями внезапной смерти. Поэтому хочу дать всем читателям два совета:

1. Если одна-две дозы из ингалятора, содержащего бронхорасширяющее средство короткого действия (Сальбутамол, Беротек), не приносят облегчения или в них увеличивается потребность (более 3-4 вдохов в день), значит болезнь вышла из-под контроля и опасна для жизни.

2. Препараты длительного действия (Формотерол, Сальметерол) еще более опасны, поэтому не стоит выбирать их для самостоятельного лечения. В научной литературе еще в 1990-х гг. появились данные, что их бесконтрольное использование повышает риск внезапной смерти, так как они могут «маскировать» ухудшение состояния астматиков.

В заключение повторю еще раз: случаи внезапной смерти связаны с тем, что большинство бронхорасширяющих средств являются производными адреналина – одного из главных регуляторов в организме человека. И при бесконтрольном лечении между собственным адреналином и син-

тетическими бронхорасширяющими средствами возникает серьезный конфликт, приводящий к смертельному исходу. Подобные реакцию можно наблюдать при ингаляции любых бронхорасширяющих средств – производных адреналина, а не только Беротека.

К счастью, внезапная смерть от астмы в настоящее время – явление не столь уж и частое. А основной причиной смерти большинства астматиков являются тяжелые нарушения проходимости бронхов, вызванные полной закупоркой их просвета вязкой слизью. Об этом мы и поговорим в следующей главе.

## Глава 4. Смерть от закупоренных бронхов

Вы уже видели картинку (рис. 1), представляющую схему строения бронхиального дерева. Если вы помните, выглядит она (как и все подобные ей) деревом, перевернутым ветвями книзу. И при желании все ветви этого дерева можно пересчитать по ходу их деления. И если это сделать на самом первом рисунке, то насчитается всего несколько десятков бронхиальных ветвей. Но на самом деле, как уже

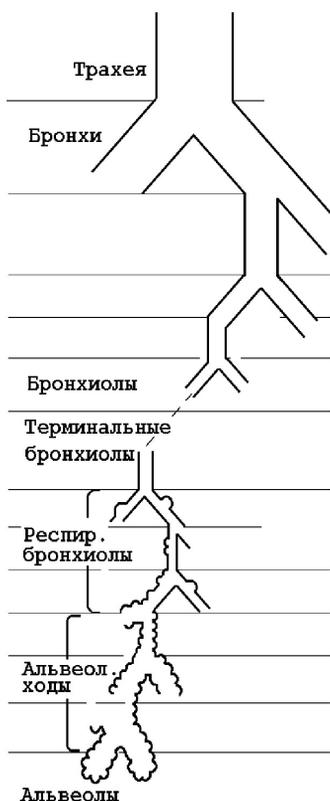


Рис. 6. Отделы воздухопроводящей зоны

говорилось, это – просто схема, не имеющая никакого отношения к строению реального бронхиального дерева, потому что в нем на самом деле насчитываются не десятки, не сотни и даже не тысячи, а миллионы (!) мельчайших бронхов и бронхиол – этих проводящих воздух трубочек. Даже большинство врачей не представляет себе этого факта, «просвещая» больных рисунками подобному на стр. 12. А вот реальная схема анатомического деления бронхиального дерева представлена на рис. 6. И эта реальность заключается в том, что астма развивается и «живет» не на верхних этажах – крупных и среднего размера бронхах, красиво изображаемых на схемах, а в мель-

чайших трубочках – терминальных и респираторных бронхиолах, которые нельзя увидеть невооруженным глазом, ибо они образуют 16-20 уровни деления с просветом в десятые доли миллиметра. И именно эти мельчайшие воздухопроводящие пути оказываются полностью забиты слизью при фатальном приступе удушья и смерти больного. Эти бронхи и бронхиолы образно говоря, – миллионы пор в губке из поролона, к которым ведут несколько крупных бронхиальных «каналов». И эти миллионы пор оказываются забитыми слизью: поэтому человек не может дышать и умирает.

Но до сих пор многие врачи считают (и даже верят!), что это результат особой блокады бронхов и их необратимого спазма – мифа, придуманного одним из ученых еще полвека назад. И при этом не подозревают, что у всех погибших от астмы людей просвет бронхов оказывается не спазмирован, а паралитически расширен (от чрезмерной дозы бронхорасширяющих препаратов), но при этом ПОЛНОСТЬЮ ЗАБИТ СЛИЗЬЮ! Ибо авторитеты российской пульмонологии – «генералы» от медицины – в рекомендациях для врачей почему-то об этом умалчивают, хотя и приводят подробные описания в монографиях, частенько переписывая их друг у друга. Вот что, например, можно прочитать в коллективном труде от 50 (!) авторов под руководством А.Г.Чучалина – главного идеолога внедрения западных стандартов в России:

*«Наиболее полные морфологические данные о состоянии бронхов и легочной ткани были получены при аутопсиях больных, умерших на высоте астматического приступа. ...Практически все генерации бронхов, вплоть до респираторных бронхиол, заполнены густыми серовато-желтыми слепками мокроты (бронхиального секрета), которые выдавливаются в виде тонких «червячков»... При гистологическом исследовании в просветах РЕЗКО РАСШИРЕННЫХ БРОНХОВ И БРОНХИОЛ (выделено мною. – авт.) обнаруживают слизистые пробки...» (Черняев А.Л., Грובהва О.М., Самсонова М.В., Зашихин А.Л. Морфология и цитология бронхиальной астмы. В 2-х*

томном сборнике «Бронхиальная астма». Под ред. А.Г.Чучалина. М.: Агар, 1997, т. 1, с. 21). Но это отнюдь не открытие авторов этого труда, а давно описанные в зарубежных руководствах медицинские факты, нередко представляемые некоторыми «учеными» как собственные научные откровения. И самое удивительное заключается в том, что эти факты известны уже многие десятилетия. Но медицина не делает ничего, чтобы эту проблему решить. А вместо этого всех астматиков, с бронхами закупоренными слизистыми пробками, поголовно заставляют принимать гормоны в ингаляциях. Но гормоны эти не помогают, потому что, попадая в дыхательные пути просто откашливаются из них вместе с мокротой. А ведь два десятка лет назад врачи готовы были назначать все что угодно, только не гормоны. Сейчас же, с введением западных стандартов и «прозрением» российской медицины все обстоит наоборот – всем подряд назначают гормоны и больше ничего. Вот и вырисовывается такая странная картина: больных лечат от спазма и воспаления, а умирают они от паралитического расширения бронхов, забитых мокротой!

Но бывает и еще хуже: астматик дышать не может – все бронхи забиты слизью, а «продвинутый» аллерголог обещает его исцелить с помощью уколов аллергенами. Ведь до сих пор причиной бронхиальной астмы считают аллергию на различные вещества. Вот от этой якобы причины и лечат! Нередко на бессмысленное лечение уходят годы, болезнь продолжает прогрессировать, и с каждым годом состояние больного человека ухудшается. А все попытки воздействия на кажущуюся причину болезни – аллергию не дает результата, но и абсолютно бессмысленны, поскольку аллергия не является непосредственной причиной астмы. Что же является настоящей причиной болезни и какова роль аллергии в этой истории вы узнаете из следующей главы.

## Глава 5. Истинная причина астмы

Вот уже более 150 лет мировая медицина пытается увязать причину астмы с появлением у больного аллергии. Все эти годы считалось, что именно «вездесущие» аллергены создают проблемы со здоровьем у миллионов людей во всем мире. Но на протяжении всего этого периода любые попытки воздействия на аллергию проблемы астмы не решали. Ни сверхмощные пылесосы, ни «гипоаллергенные» диеты, ни «безаллергенные» матрацы и подушки с постельным бельем», ни даже полная изоляция больного от окружающей среды не избавляют больного астмой человека от страданий. А лечение астмы различными аллергенами в лучшем случае оказывается неэффективным, а в худшем – приводит к негативным последствиям. Да и причем здесь аллергия, если аллергик может преспокойно прожить всю жизнь без астмы. Равно как и астматик никогда не быть чувствительным ни к одному из известных аллергенов. А может быть и так, что и первая, и вторая напасти будут существовать в организме больного человека одновременно. К тому же астмой болеют не только люди, но и кошки, собаки, лошади – именно те самые животные, которые часто провоцируют аллергию.

В наше время распространяющееся господство астмы пытаются связать и с ухудшающимся состоянием окружающей среды. И это, на первый взгляд, выглядит вполне обоснованным: жители мегаполисов дышат сегодня чем угодно, только не чистым воздухом! Логично? Конечно! Но это только на первый взгляд. Потому что, например, Новая Зеландия страна с идеальной экологией – рекордсмен по количеству больных бронхиальной астмой. Более 30 процентов ее жителей кашляют и страдают от приступов удушья. В то время, как грязная и неухоженная Россия занимает (пока!) последние строчки мирового астматического рейтинга. У нас, по данным статистики, распространенность астмы составляет лишь 15% среди детей и 10% среди взрослого населения.

Даже международный комитет по астме (называемый GINA) в одном из своих докладов признал следующее: «... астма часто сочетается с аллергией, но в то же время половина случаев астмы протекает без аллергии, равно как наблюдается масса случаев аллергии без астмы». Также нередко случаи положительных тестов на аллергию без астмы, и астмы без проявлений аллергии. Как же это все можно объяснить?

Во-первых, вспомним для начала, что аллергические реакции и астма связаны с иммунитетом. А иммунитет – это то, что защищает человека от инфекции. Значит, какой-то дефект в системе иммунитета приводит к тому, что человек начинает реагировать не только на инфекцию, но и на все то, что люди нормально воспринимали тысячи лет. Тысячи лет люди знакомы с пылью, с травой, с апельсинами и тараканами. Я говорю о тараканах, потому что сейчас очень модно аллергию связывать с тараканами. Но тараканы – современники динозавров, и в далеком прошлом люди не сталкивались с аллергией на тараканов, хотя их в иные времена было, может быть, и больше. А сейчас вроде и тараканов меньше, а вот астмы и аллергии все больше и больше.

Во-вторых, может быть, существует какой-то специфический астматический аллерген? Но перебор известных аллергенов ничего не дал: они известны сотни лет, а новых так и не открыли. Тогда можно предположить, что, поскольку главная функция иммунитета – это защита организма от инфекции, причиной астмы может быть инфекция. Тем более что несколько десятилетий назад учёные в классификации этой болезни, упоминали астму инфекционной природы. Поэтому достаточно выяснить, какие микроорганизмы преобладают в организме страдающих астмой, и каким образом они могут переключить работу иммунитета с нормального пути на аллергический.

Как человек общается с внешней средой? Он питается, дышит, контактирует с воздухом, водой и землей своими кожными покровами, хотя и носит одежду. Кожа, дыхательные пути, пищеварительный тракт – три главных поверхно-

сти, посредством которых человек контактирует с внешним миром. И самым интимным и важным общением является процесс пищеварения. Это отметил еще великий учёный Илья Ильич Мечников. Ни печень, ни почки не контактируют с внешней средой, только слизистые и кожа. И чтобы человек не погиб, они должны быть защищены. Поэтому они покрыты микроорганизмами. И эти микробы – наши друзья. Если их сразу всех уничтожить, человек больше двух недель не проживет. Например во время атомных взрывов в Японии и Чернобыльской аварии выяснилось, что если организм получает сверхвысокую дозу облучения (свыше шестисот рентген), вся его микрофлора погибает от радиации. А самое главное, уничтожается микрофлора, за которую борется в последнее время медицинская практика: бифидо- и лактобактерии. Но восстановиться она быстро не может. Вспомните, как вскармливают грудных детей: все соски, бутылочки им кипятят – обеззараживают – для того, чтобы внутрь попали и размножились не стафилококки и стрептококки, а бифидо- и лактобактерии, чтобы они там, заполнив кишечник, выполняли свои иммунные функции. Поэтому, лишившись всех микроорганизмов, человек становится беззащитным и погибает от инфекционных осложнений.

Ученые давно установили: все полезные бактерии кишечника снабжают человека витаминами, и более 50% витаминов организм получает от этих бактерий. Они стимулируют иммунную систему, защищающую человека от особо опасных инфекций. В древности, например, очень много людей гибло от чумы, холеры и других эпидемий, но ведь кто-то и выздоравливал. А выживали те, у кого был сильный иммунитет, то есть сильная микрофлора. Ведь если поверхность слизистых занята нормальной микробной флорой, то патогенной не остаётся места. А когда в пищеварительный тракт попадают патогенные микроорганизмы, то они не продуцируют для человека витамины, а отбирают их у него. Они не укрепляют, а подавляют иммунитет, ухудшают пищеварение и вызывают воспаление слизистой

пищеварительного тракта, которое заканчивается кишечными заболеваниями, да и не только ими.

Обобщив все эти факты, мы в течение пяти лет тщательно обследовали всех больных с астмой, которые к нам приходили на лечение, изучая состав их микробной флоры. А в результате выяснилось, что у астматиков частым обитателем легких и кишечника являются грибки кандиды (возбудителя молочницы). В бронхиальном дереве их выявили в 60-70% случаев, а в кишечнике – у 99% всех больных!

Когда мы стали сравнивать эти результаты с литературными данными, то оказалось, что 50 лет назад носителями кандиды были всего 5-10% всего населения. При этом они не были больны активной формой кандидоза. Спустя 20 лет кандидоносителей было уже 20-30%, а сегодня их около 70% от общего количества людей! Так же, как растет кандидоносительство, такими же темпами растет заболеваемость астмой. Абсолютно синхронно! Посмотрите на данные таблицы из моей книги «Астма. Истинная причина болезни»:

Таблица 1

**Частота кандидоносительства и бронхиальной астмы по данным исследований в разные годы (средние показатели)**

Годы	Частота кандидоносительства, %	Заболеваемость бронхиальной астмой, %
1951-1959	5-15%	0,1-0,5%
1967-1985	21-53%	1-3%Г
1990-2001	60-70%	4-15%

Это первый факт.

Факт второй: многие утверждают, что астма передаётся по наследству. Но в истории с наследственностью астмы очень много противоречий. Например, рождается двое близнецов. У одного от рождения до смерти – астма, а второй – от рождения до смерти – абсолютно здоров. Ведь это близнецы – люди с одинаковым набором генов! О какой генетической предрасположенности может тогда идти речь? Или как объяснить такой факт: в семье жена больна

астмой, вдруг через 10 лет заболевает муж. Они же не кровные родственники! Значит, это может передаваться каким-то другим образом.

Факт третий: учёные-эпидемиологи задались вопросом, должны ли находиться грибки молочницы в организме здорового человека? Они обследовали несколько тысяч абсолютно здоровых людей, у которых не было ни гнилых зубов, ни плохих миндалин, ни хронических, ни острых болезней. И в этой большой группе здоровых людей выявили грибки всего в 5% случаев, и только в полости рта. Отсюда сделали вывод: этот микроб не должен быть в составе нормальной микрофлоры человека.

Как же действует кандида на организм человека и его иммунную систему? Ведь микробов много, но в популяции людей именно она расползается как чума. Человек заражен преимущественно именно этим видом грибков. Разве в жизни мы видим кого-нибудь из людей, покрытого плесенью (не считая фильмов ужасов)? Сыр с плесенью бывает, хлеб плесневелый бывает, фрукты тоже. А вот организм человека преимущественно заселяется кандидой. Главная особенность этих грибков заключается в том, что они не просто живут и размножаются на коже или в полости органа, а обладают свойством срастаться с тканями организма. Они вырастают в организм, так же, как, например, плесень в хлеб. Вы видели когда-нибудь ногти, пораженные грибом? Они толстые, неровные. Это потому, что грибок уже врос в ткань ногтя. А у иммунитета есть еще одна функция – ни в коем случае не допустить, чтобы в организм, в ткани вросло что-то чужеродное. Если бы такое было возможно, тогда появились бы химеры – кентавры, например. Потому то и должна существовать тканевая несовместимость, даже среди особей одного вида.

Поэтому вторая, не менее важная функция иммунитета – отторгать всё чужеродное. Когда кандида вырастает в слизистые оболочки и кожу, организм пытается её убить. Но проблема в том, что механизмы иммунитета настолько мощны, что могут повредить не только чужеродные организмы, но и клетки своих органов. А она, как сорняк, расползается по

всей поверхности слизистых, и если организм предпримет массированную попытку уничтожения грибковых клеток, то он убьёт и свои родные клетки. Но поскольку бороться с грибами организм всё равно должен, то иммунитет переходит в режим «щадящей» защиты и начинает вырабатывать антитела, которыми пытается грибки нейтрализовать. И в результате развивается аллергия, так как эти антитела начинают вырабатываться на все, что нас окружает, а не только на возбудители молочницы. Ну а самые мощные аллергические реакции формируются на грибки и плесень. То есть, в известном смысле, грибки вызывают появление аллергии, как на самих себя, так и на все остальное. Например, у человека появилась аллергия на пыльцу одуванчика, и он больше ничем не страдает, а потом вдруг присоединилась аллергия на домашнюю пыль. Потом – аллергия на животных. А происходит это в результате переключения иммунного ответа с нормального – противомикробного пути на ненормальный – аллергический.

То есть, как только аллергический процесс в организме запустился, у человека потихоньку начинает расширяться спектр аллергенов, на которые он реагирует. И даже есть такой медицинский феномен – аллергия на всё – человек ничего не переносит: ни большинство пищевых продуктов, ни лекарств, и вообще он не знает, как ему жить (но это, к счастью, бывает очень редко). А о чём это говорит? Это говорит о том, что в основе формирования аллергии существует какой-то запускающий механизм или движущая сила. Эта сила – тот самый фактор, который переводит иммунитет на несвойственный ему режим работы. А как это происходит в жизни, легко себе представить: здоровый молодой человек познакомился с не очень здоровой девушкой (кандидоносительницей), поцеловался с ней, заразился от нее грибом, который распространился по его организму. Потом, например, он перенёс грипп с осложнениями, лечился антибиотиками, убившими всю полезную микрофлору, и вдруг стал... подкашливать. Ему провели специальные тесты и выявили аллергию. А потом выясняется, что девушка,

с которой он встречался, – вообще аллергик с детства, да еще и страдает молочницей.

Есть и другие факты, подтверждающие агрессию кандид против человека. Давно описано и существует такое понятие, как «синдром, связанный с кандидой» или «Candida related complex». Такие состояния, как плохая работоспособность, вялость, синдром раздраженного кишечника, синдром хронической усталости – это прямые следствия воздействия грибов молочницы на человека. Токсины – продукты «жизнедеятельности», которые вырабатывает грибок молочницы, попадают в кровь и отравляют организм человека. К тому же оказалось, что всё уже проверено на животных. Если экспериментальных животных заразить этими грибами, то у них иммунитет может переключиться на аллергический тип! И подытожив всё, о чем говорилось, мы сделали следующие выводы.

Во-первых, растет частота кандидоносительства.

Во-вторых, абсолютно синхронно с этим по годам растёт частота заболеваемости астмой и аллергией.

В-третьих, кандида – один из немногих микробов на сегодняшний день, который допускает обычное носительство его людьми без каких-то болезненных проявлений.

То есть, не обязательно, что человек, получив этого микроба, сразу заболеет астмой или аллергией. Нет! Должна накопиться некая «критическая масса» этих грибов, которая, постепенно захватив свою территорию, как в известном кинофильме «Чужие», создает иммунологический сбой в работе организма. А кандиды и впрямь как «чужие» – очень выносливы! Их можно высушить, через два года полить водой, и они оживут! Их можно несколько раз заморозить, они оживут. Они живут везде – на мебели, на полу, на полуфабрикатах и грязных руках – где угодно! И передаются всеми возможными путями – через грязные руки, поцелуи, бытовые контакты, через посуду, пищу и даже воздушно-капельным путем.

Здоровье и качество человеческой жизни сильно страдают из-за высокого уровня кандидоносительства. Сегодня он катастрофически высок! Разве люди 200 лет назад знали

про бифидо- и лактобактерии? Они просто жили спокойно, и никто не знал про аллергию и не страдал ею. А почему? А потому что тогда практически не было кандидоносительства! Человек рождался, проходя родовые пути заселенные бифидобактериями, а у сегодняшних женщин они часто заселены кандидами. Сегодня 90 процентов новорожденных, проходя родовые пути, заражается грибками молочницы. Как же складывается их судьба? Те, у кого иммунитет сильный, побеждают микробов, а те, у кого слабый, – рискуют стать аллергиками и астматиками. Ведь дыхательные пути пересекаются с пищеварительным трактом. Стоит человеку поперхнуться, и кандида может попасть в дыхательные пути. И сегодня мы видим детей, у которых симптомы астмы наблюдаются после первых месяцев жизни, а годовалый астматик уже не редкость. Вот такова цена здоровья и человеческой жизни: это килограмм микробов, живущих в кишечнике человека. И этот килограмм микроорганизмов каждые 24-48 часов непрерывно обновляется на протяжении всей жизни. Если они погибнут, то, как в случае с пострадавшими в Чернобыле, человек не проживет и больше двух недель. Через две недели тяжело облученный человек будет весь покрыт кровоточащими язвами и гноем и обязательно погибнет. Потому что, исчезнувшая масса микроорганизмов быстро восстановиться не сможет. Удивительно, но весь парадокс в чем: человек может жить без мозга, в коме, например – существовать как биологический объект, если в нем поддерживается постоянство внутренней среды, и жив килограмм микроорганизмов. То есть, как биологический объект человек живет благодаря симбиозу с микробами, он сожительствоует с ними. А вот если у него есть душа, сознание и сердце, но микробов в кишечнике нет, – он погибает! Это, конечно, очень грустно, если вспомнить слова Гамлета «Человек подобен Богу...», но в реальности цена его жизни именно такова.

Что же способствует распространению кандидоносительства? Одним из главных факторов, провоцирующих распространение кандид в организме, является неправильное питание. Самый высокий уровень заболеваемости аст-

мой наблюдается в англо-говорящих странах, где уже давно решили все экологические проблемы, но люди злоупотребляют фаст-фудом! А что такое фаст-фуд? Это много хлеба и мало мяса. Это повсеместное явление: характер питания людей стал состоять из огромного количества углеводов. А в этой среде прекрасно размножаются грибки. Кроме того, в англоязычных странах люди злоупотребляют пивом – продуктом дрожжевого брожения. А это тоже прекрасная среда для кандид. В России, по сравнению с ними, пока не очень высокий уровень заболеваемости астмой, но люди начинают перенимать западный образ жизни. И это ужасно! Ещё 20 лет назад мы такого количества дисбактериозов и кандидоносительства в стране не наблюдалось.

Еще одним фактором, способствующим размножению этих вредоносных грибков является бесконтрольное лечение антибиотиками. Ведь в последние десятилетия медицина сильно злоупотребляет ими. Думаю, что многие читатели припомнят хотя бы один случай, когда участковый терапевт при банальной простуде или ОРВИ рекомендовал им «для профилактики» какой-нибудь антибиотик. Да что участковый терапевт! Зайдите в любую аптеку и понаблюдайте, как фармацевты (не имеющие, кстати, на это никакого права!) порекомендуют посетителям «от кашля» антибиотик «посильнее» (ну и, естественно, подороже). Но большинство антибиотиков широкого спектра действия, убивая полезные микроорганизмы кишечника, способствуют появлению и размножению грибковой флоры. Об этом ученые с тревогой писали еще в 50-х годах прошлого века. Поэтому, вот вам, уважаемые читатели, еще один совет:

При простуде, гриппе и ОРВИ никогда не принимайте антибиотики «на всякий случай». А если антибиотик вам назначил врач, попросите его назначить для профилактики кандидоза и дисбактериоза противогрибковые препараты в сочетании с лакто- и бифидо- бактериями!

Когда я издал свою книгу «Астма. Истинная причина болезни» (ее можно почитать в интернете), и мы провели презентацию, к нам на форум посыпались истории, содержание которых, если опустить все нелицеприятные слова в адрес врачей было приблизительно таким: «Я была беременна, меня лечили антибиотиками, ребенок родился и заболел пневмонией, ему тоже кололи антибиотики, потом у меня обострилась молочница, и теперь у меня астма» То есть, подтверждений правильности наших выводов масса. На пути к истине, как гласит диалектика, мы прошли весь путь – «от живого созерцания к абстрактному размышлению и от него к практике». Сейчас практика сама подтверждает наши выводы, а что скажут официозные «авторитеты» от медицины, не особенно важно. Ну, а практические врачи сегодня в общей массе, образно говоря, «не врублись» в то, что было новым еще десять лет назад. А то, что является новым сейчас, может и вообще для них останется неизвестным. Итак, подведем итог:

Истинной причиной астмы и аллергии являются грибки кандиды. Они могут существовать в организме человека, не вызывая вначале никаких симптомов до тех пор пока не достигнута некая «критическая масса». На фоне обширного размножения этих грибков вначале развивается молочница различной локализации или дисбактериоз, что приводит к переключению иммунитета на эозинофильный (аллергический) путь ответа. А затем после любого воспалительного процесса (ОРВИ, грипп, пневмония, острый бронхит и пр.) формируется бронхиальная астма.

Сегодня здоровье человека определяется не столько внешней средой, сколько внутренней – их микробами. К сожалению, над этим большинство врачей даже не задумывается. К тому же большинство из них даже не подозревает, что почти ВСЕ системные (аутоиммунные) заболевания могут тоже провоцироваться кандидой! Еще Мечников писал: «В патологии человека основное место занимают эн-

дотоксины кишечника, вырабатываемые патогенными микробами». Все системные заболевания протекают по сходным иммунопатологическим механизмам. Просто точки приложения у них разные. У одних людей – это суставы (ревматоидный артрит), у других – кожа (склеродермия), у третьих – еще что-то.

По самым скромным подсчетам, от астмы ежегодно умирает 1-2 миллиона человек. Мы еще 20 лет назад разработали технологию лечения, которая, если и не всегда излечивает человека от астмы, то, по крайней мере, не даёт ему стать тяжелым инвалидом или умереть. Сомневающийся спросит: неужели это возможно? Ответу: да, но только не с помощью примитивных стандартов с двумя аэрозолями. Чтобы избавить человека от астмы, нужно знать и учитывать законы ее развития и прогрессирования. Ибо астма, как человек, «рождается», «растет», «взрослеет», «стареет» и «умирает». Но умирает, к сожалению, вместе с пациентом. Об этом мы поговорим в следующей главе.

## Глава 6. Воспалительный процесс и прогрессирование астмы

Кто-то из читателей может решить, что если причиной астмы и аллергии является размножение и воздействие грибков молочницы, значит очищение от них организма избавит человека от этих недугов. К сожалению, это не так. Потому что дальнейшее течение самой астмы связано с прогрессированием в бронхиальном дереве хронического воспалительного процесса и нарушения проходимости дыхательных путей, вызывающих, в конечном итоге, серьезные изменения в легких, приводящих к инвалидности и фатальным исходам.

Воспалительные вещества, самым известным из которых является гистамин, вызывают спазм бронхов, отек внутренней – слизистой оболочки и избыточное образование слизи, которая скапливается в виде пробок. В самом начале заболевания нарушение проходимости бронхов обусловлено преимущественно их спазмом, набуханием и отеком слизистой дыхательных путей. Многие при гриппе испытывали затруднение носового дыхания от отека слизистой носа – точно так же отекает слизистая бронхов, еще больше сужая их просвет. Нарушение проходимости бронхов затрудняет движение слизи, и это проявляется тем, что после приступа возникает кашель и из бронхов откашливается мокрота в виде слизистых пробок.

По мере развития болезни и прогрессирования воспаления, нарушения слизиобразования в бронхиальном дереве еще более усугубляются. Те, кто страдает астмой, сразу вспомнит, что в начале заболевания откашливал совсем не много мокроты, а через несколько лет ее ежедневный объем увеличился. Причина этого заключается в том, что в результате хронического воспаления количество слизистых клеток в бронхиальном дереве увеличивается, по разным данным, в 2-5 и даже в 10 раз. Естественные механизмы эвакуации на этом этапе не справляются с очищением

бронхиального дерева, и это приводит к хронической закупорке мелких бронхиальных ветвей вязкой слизью. Привожу данные американского ученого А. Уоннера более чем 30-летней давности: «Недавно такие (слизистые. – авт.) пробки нашли в периферических бронхах детей, болеющих бронхиальной астмой, но находящихся в стадии ремиссии болезни, при взятии биопсийного материала на открытом легком. Пробки чаще встречались в бронхах диаметром одного 1 мм, но были и в более мелких» (А. Уоннер. Морфология обструктивных процессов в воздухоносных путях. В кн.: Бронхиальная астма. Под ред. Э. Гершвина. Перевод с английского. М., 1984, с. 112). Но к сожалению, это происходит постепенно и незаметно для больного, и для наблюдающего его врача.

Кроме того, воспалительная реакция слизистой приводит к раздражению чувствительных нервных окончаний и возникновению повышенной реактивности бронхов. Представьте себе, что вы слегка укололи кожу руки. Ощутите ли вы сильную боль? Вряд ли. А вот если уколоть, например обожженную кожу, вы почувствуете это сразу и отдернете руку. Вот так и воспаленные бронхи мгновенно реагируют спазмом на все внешние воздействия – холодный воздух, частое дыхание при физической нагрузке, задымленную атмосферу, густой туман и прочее. То есть воспалительный процесс повышает чувствительность – реактивность бронхов на разнообразные внешние воздействия. Отсюда и возникли различного рода мифы, например, о «холодовой аллергии» у человека. И это породило представление о самых разнообразных формах астмы – физического усилия, аспириновой, дисгормональной и прочих. На самом же деле все существующие «особые» формы бронхиальной астмы – это одна и та же болезнь, усугубляющаяся индивидуальными проявлениями: непереносимостью аспирина, физической нагрузки, аллергией к тем или иным веществам, нарушениям гормонального фона и прочие.

Дальнейшее прогрессирование астмы, как правило, связано с присоединением вторичной инфекции в результате частых простуд или острых респираторных заболеваний.

Нередко бесконтрольное применение антибактериальных препаратов без рекомендации врачей приводит к формированию нечувствительной практически ко всем антибиотикам микробной флоры, что еще более ускоряет прогрессирование заболевания. Частые обострения инфекционного процесса в дыхательных путях являются причиной хронических воспалительных изменений, формирования склероза по ходу бронхиального дерева, потери эластичности (эмфиземы) и воздушности легочной ткани (пневмосклероза). То есть, к обратимым изменениям стенки бронха (воспалительный отек и набухание слизистой) присоединяются необратимые – деформация и склероз. Необратимые нарушения проходимости бронхиального дерева приводят к развитию дыхательной недостаточности с последующими осложнениями на сердечно-сосудистую систему.

Подводя итог вышесказанному, можно дать следующее определение бронхиальной астмы: **ЭТО ХРОНИЧЕСКОЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ ВОЗНИКАЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ, ЗАТРУДНЕНИЕМ ДЫХАНИЯ ИЛИ КАШЛЯ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗЫВАЕМЫМИ ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ В БРОНХАХ ОСОБОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА.**

Особый характер воспаления в бронхах при астме связан с тем, что в нем участвуют не обычные лейкоциты, а их разновидность – эозинофилы, увеличенное количество которых нередко наблюдается в крови астматиков. Именно эозинофильный, а не обычный – нейтрофильный (инфекционный) характер воспаления такой как, например, при бронхите, вызывает у больных астмой выраженный бронхоспазм и воспалительный отек слизистой. А вот дальнейшее прогрессирование болезни: атрофия слизистой бронхов, присоединение вторичной инфекции, появление слизисто-гнойной мокроты, ее застой и нарушения очищения бронхиального дерева – не отличаются от таковых при других хронических легочных заболеваниях. То есть, будучи запущенной, астма живет по общебиологическим законам

прогрессирования хронического воспаления и уже существенно не зависит от вызвавшей ее причины.

После всего прочитанного у страдающих астмой может возникнуть вопрос: «В течение длительного времени приступов у меня нет, и если действительно предположить, что в результате постоянно протекающего воспалительного процесса моя болезнь прогрессирует, то почему я этого не ощущаю по самочувствию?» Ответ очень прост: вы приспосабливаетесь к ухудшению вашего состояния путем постепенного снижения физической активности и выносливости. И если вы попытаете свои силы в каком-либо физическом упражнении, то быстро в этом убедитесь. Иногда бывает и наоборот: больные, ведущие активный образ жизни, постоянно тренируя себя физическими упражнениями, вырабатывают выносливость к нарушениям бронхиальной проходимости и потому не ощущают прогрессирования своего заболевания, которое рано или поздно даст о себе знать. Более того, часто наблюдаются случаи так называемой бессимптомной астмы (находящейся на начальном этапе и никак себя не проявляющей) и атипичной формы заболевания, проявляющейся только одним симптомом – постоянным кашлем (или подкашливанием). А проблемы появляются, когда нарушения бронхиальной проходимости становятся несовместимыми с нормальным газообменом: при этом развивается кислородная недостаточность. Но выраженные нарушения газообмена наблюдаются в случае, когда проходимость бронхов составляет всего 10-20% от нормы. В подобных случаях это происходит только через 15-20 лет (а иногда и позже) от начала болезни. И все эти годы субъекты с атипичным течением заболевания наблюдаются у врачей обычно с диагнозом «хронический бронхит», не подозревая о том, что происходит в легких на самом деле. Как же вовремя распознать астму и поставить правильный диагноз? Об этом и пойдет речь в следующей части книги.

## **ЧАСТЬ II. КАК ВОВРЕМЯ РАСПОЗНАТЬ АСТМУ?**

В переводе с греческого астма означает «удушьё», «одышка». Поэтому, если у человека наблюдаются удушье или одышка уже можно думать об этом заболевании. А определение «бронхиальная» подразумевает, что одышка или удушье возникают из-за нарушений проходимости бронхов (бронхиальной обструкции). Но даже такая вполне ясная трактовка болезни нередко вызывает много вопросов при ее диагностике, о которых мы вначале и поговорим.

### **Глава 1. Критерии диагностики астмы**

Диагностика астмы не представляет затруднений, если у больного проявляются все симптомы: приступообразный кашель или затруднения дыхания со свистами и хрипами, которые можно услышать без стетоскопа. Как правило после приступа кашля или удушья больной откашливается, а астма на несколько часов, а иногда и дней успокаивается. Однако прежде чем поставить диагноз астмы на основании этих критериев, необходимо провести тщательное обследование для исключения других, опасных для жизни хронических болезней: опухолей легких, различных форм туберкулеза, а также системных заболеваний, одним из проявлений которых могут быть астматические симптомы.

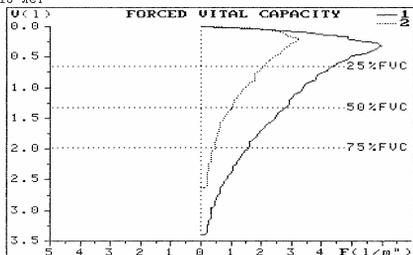
Наиболее важным для постановки диагноза является выявление нарушений легочной функции с наличием спазма бронхов и лабораторное подтверждение эозинофильного (аллергического) характера воспаления. Исследование легочной функции проводится с помощью особых приборов – компьютерных спирометров. Спирометрия основана на представлении о том, что, что воздух из легких выдыхается последовательно: вначале из верхних (трахея и крупные бронхи), а затем из средних и нижних (средние и мелкие бронхи) отделов дыхательных путей. С этой целью записы-

вается и определенным образом обсчитывается кривая максимально мощного и быстрого (на который способен пациент) – форсированного – выдоха.

Микропроцессор компьютерного спирометра в реальном времени вычисляет все показатели обследуемого в процентах от нормальных (зависящих от роста, веса, возраста и пола ) значений и выдает распечатку на бумаге. Главными из них являются скорость форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ<sub>1</sub>).или мощность выдоха, а также скорость воздушного потока на уровне крупных, средних и мелких бронхов (П<sub>25</sub>, П<sub>50</sub> и П<sub>75</sub>).

```

Today's Date.... 04/24/94 Sex... F Age.... 37 Last Name..... Иванова
ID Code..... 2179 Height (cm)..... 165 F. Name..... Ирина Петровна
Progressive No..... 1162 Weight (Kg)..... 75.0 Company..... АО "НСПЦ"
-----
Test Date Bronchopharm Quant. T. Activity..... Аптека
1 03/17/94 400.000 Referred by..... Заведующая
2 03/17/94 Notes..... до лечения
болеет 10 лет Smoke. EX Yrs. 10 Cig/Day 20
    
```



Parameter	Meas.Un.	POST 1 Meas % 2	PRE 2 Meas. %P.	PREDICTED Pred. S.D.
Best FVC	(l)	3.41 129	2.64 76	3.46 0.43
Best FEV1	(l)	2.34 159	1.47 49	2.99 0.38
FVC	(l)	3.41 129	2.64 76	3.46 0.43
FEV1	(l)	2.34 159	1.47 49	2.99 0.38
PEF	(l/m <sup>2</sup> )	5.90 186	3.17 46	6.85 0.80
PIF	(l/m <sup>2</sup> )	-	0.35	--
FEV1/FVC%	(%)	68.6 123	55.5 64	86.6 --
FEF25-75%	(l/m <sup>2</sup> )	2.41 330	0.73 20	3.72 0.85
Vmax25%	(l/m <sup>2</sup> )	4.27 215	1.99 33	5.99 1.35
Vmax50%	(l/m <sup>2</sup> )	2.71 282	0.96 22	4.28 1.10
Vmax75%	(l/m <sup>2</sup> )	1.49 414	0.38 18	1.92 0.69
ET100%	(m)	6.80 83	7.29	-- --

Рис. 7. Распечатка результатов компьютерной спирометрии

Многие компьютерные спирометры помимо вычисления показателей дают еще и функциональное заключение, что особенно важно при проведении массовых профилактических обследований.

Оценка состояния больного по исходным значениям функции внешнего дыхания носит достаточно приблизи-

тельный характер, поскольку не отражает обратимости бронхиальной обструкции. Обратимость бронхиальной обструкции – это показатель, позволяющий оценить, насколько ситуация в бронхиальном дереве контролируется бронхорасширяющими препаратами. Например, при спирометрическом обследовании двух больных с астмой получен одинаковый исходный результат:  $ОФВ_1 = 50\%$  от должных (условно нормальных) значений. Затем с помощью дозированного ингалятора обоим обследуемым дали вдохнуть 1-2 дозы бронхорасширяющего аэрозоля (например, Сальбутамола) и через 20 мин (на пике его действия) повторно провели исследование функции дыхания с помощью спирометра. В результате оказалось, например, что у одного из них после Сальбутамола  $ОФВ_1$  составил 90% от должных значений, а у второго практически остался прежним и составил 53%. То есть, в первом случае нарушение проходимости дыхательных путей почти полностью обратимо бронхорасширяющим препаратом, поскольку связано преимущественно со спазмом бронхиальной мускулатуры. Во втором же случае обструкция необратима и, вероятно, связана с воспалительным отеком слизистой оболочки или obturацией (закупоркой) просвета бронхов слизью, которая не устраняется бронхорасширяющим препаратом. Такое несложное обследование позволяет оценить степень нарушения проходимости дыхательных путей, выраженность бронхоспазма и обратимость бронхиальной обструкции.

Для индивидуального контроля самочувствия некоторые западные фирмы выпускают небольшие приборы – пикфлоуметры. Эти устройства позволяют измерять пиковую (максимальную) скорость выдоха – ПСВ (согласно международным обозначениям, PEF). Одна из моделей пикфлоуметра представлена на рис. 8.

Сравнив полученный результат с должными значениями (с помощью прилагаемой таблицы), больной может оценить объективно свое состояние: ПСВ  $>80\%$  – удовлетворительное; ПСВ = 61-80% – средней тяжести; ПСВ = 60% и ниже – тяжелое. Пользуясь пикфлоуметром, пациент может посто-

янно контролировать свое состояние и, сравнивая последний результат с предыдущим, при необходимости вовремя обращаться к врачу.

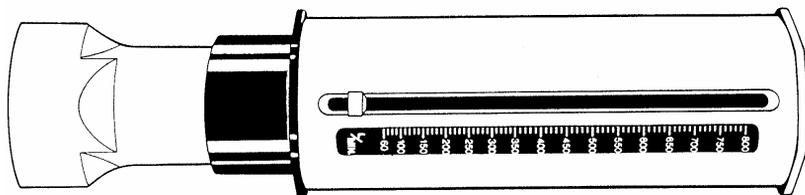


Рис. 8. Индивидуальный пикфлоуметр

Но следует сказать, что пикфлоуметры по своей конструкции – очень примитивные устройства (поэтому они довольно дешевы – 10-20 US \$). Независимо от конкретной модели и фирмы ее производящей принцип их действия одинаков. Он заключается в продвижении механического датчика по градуированной шкале под воздействием максимально мощно выдыхаемого изо рта воздушного потока. Поэтому результаты измерений пикфлоуметрами довольно приближительны и отражают, по сути, мощность выдоха из верхних отделов дыхательных путей (трахея и крупные бронхи). По своей информационной ценности показатель ПСВ близок к аналогичному спирографическому показателю  $ОФВ_1$  (кстати, являющемуся более объективным и точным). Но существенные изменения  $ОФВ_1$ , как и ПСВ наблюдаются только через несколько лет от начала болезни. Посмотрите на данные из моей книги «Эволюция астмы...» (табл. 1). В первые годы болезни ни  $ОФВ_1$ , ни ПСВ (цифры в скобках), как правило, не изменяются. И диагностировать имеющиеся нарушения проходимости бронхов можно только по изменению скоростных показателей кривой «поток-объем» с помощью компьютерного спироанализатора.

ТО ЕСТЬ, НА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ВЫЯВИТЬ КАКИЕ-ЛИБО ОТКЛОНЕНИЯ В ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА НЕВОЗМОЖНО!

Таблица 2

**Средние значения ОФВ<sub>1</sub> и (ПСВ)  
у астматиков в зависимости от длительности болезни**

Средняя величина показателя в % от нормы	Средняя длительность болезни, лет	Обратимость нарушений, %
96 (98)	2-3	100
70 (74)	9-10	88
52 (56)	11-15	67
34 (40)	16 и более	56

Я это подчеркиваю в связи с тем, что в последние годы не только в брошюрах для больных, но и в руководствах для врачей культивируется миф о возможности ранней диагностики астмы с помощью пикфлоуметрии. По-видимому, авторы подобных идей под понятием «ранняя диагностика» подразумевают констатацию факта – наличие тяжелой болезни с серьезными нарушениями функции дыхания. И практика показывает, что, несмотря на доступность подобных устройств на Западе, ранняя диагностика болезни и ее объективный контроль остаются проблемой.

Поэтому некоторые зарубежные фирмы начали выпуск индивидуальных спироанализаторов для самостоятельного исследования и контроля функции дыхания. Подобные портативные устройства (размером с обычный пикфлоуметр) сохраняют результаты в памяти и позволяют создать архив базы данных в персональном компьютере для врача. И в отличие от примитивного пикфлоуметра, они позволяют определить около десятка функциональных параметров!

Итак, если у больного наблюдаются: 1) постоянный (или довольно частый) кашель или подкашливание, 2) регулярные или эпизодические затруднения дыхания с появляющимися при этом хрипами, 3) приступы удушья, а при проведении компьютерной спирометрии и фармакологических тестов с бронхорасширяющими препаратами выявлены

нарушения бронхиальной проходимости и бронхоспазм, то наиболее вероятный диагноз – бронхиальная астма.

Если при компьютерном обследовании нарушения проходимости бронхов не выявлены можно провести специальные бронхопровокационные тесты, но не с бронхорасширяющими аэрозолями, а с аэрозолями веществ, вызывающих спазм бронхов. Ингаляция этих веществ в бронхиальное дерево потенциального астматика даже в очень малых дозах вызовет нарушение проходимости дыхательных путей с ощущением небольшого затруднения дыхания (не опасного для жизни). У здоровых же субъектов эти тесты будут отрицательными и не вызовут никаких нарушений и неприятных ощущений. Подтверждающим диагнозом астмы будет повышение количества эозинофилов крови (до 10% и выше). А дополнительными критериями – повышение уровня иммуноглобулинов E (Ig E), положительные кожные, иммунологические или радиоизотопные тесты на аллергию. Но как уже говорилось выше астма может сочетаться с положительными тестами на аллергены, а может и нет. Хотя следует обязательно сказать, что в последние годы начинает активно продвигаться идея о том, что астмы без положительных тестов на аллергию не бывает.

Таблица 3

**Частота положительных кожных тестов на аллергены у здоровых субъектов**

Аллергены	Частота положительных кожных тестов, %
Пыльца трав	34
Пыльца деревьев	8
Шерсть кошки	34
Шерсть собаки	20
Шерсть лошади	12
Клещ домашней пыли	30–32

Но это не так, хотя бы потому, что у трети здорового населения тесты на аллергены могут быть положительными, но при этом у них нет проявлений ни астмы, ни аллергии. Посмотрите на данные табл. 3 из практического руководства

по астме (R. Pauwels, P.D. Snashall. A practical approach to Asthma. CBA Publishing Services. Printed by Adlard & Son Ltd., Dorking, 1986), изданного четверть века назад. К тому же, как известно, нередко у многих людей эти тесты являются ложноположительными.

А в заключение подведем итоги всему вышесказанному.

Бронхиальная астма – это сочетание трех групп признаков:

- а) клинических симптомов болезни – кашля (сухого или с мокротой), одышки, затрудненного дыхания или удушья;
- б) нарушения легочной функции (бронхиальной обструкции) с положительными тестами, выявляющими спазм мускулатуры или воспалительный отек слизистой бронхов;
- в) воспалительного процесса (повышение эозинофилов в крови, наличие эозинофилов или их «осколков» в мокроте).

И, наконец, еще одно важное замечание. Запомните следующее:

Если у больного человека выявляются признаки хотя бы из ДВУХ вышеперечисленных групп следует в первую очередь подумать об астме!

Хотя даже при наличии всех этих проявлений в первые годы болезни некоторые врачи (может быть, и большинство!) из поликлиник по месту жительства будут убеждать вас, что это не астма, а хронический бронхит, прибавляя к этому различного рода определения: «бронхоспастический», «астматический», «астмоидный» «аллергический» и, прочие. Ну а вершиной подобного творчества (а скорее глупости!) можно назвать диагноз «респираторный аллергоз». Хотя встречается и более изысканное словоблудие. Несколько лет назад я встретил врача – «иммунолога-пульмонолога», который придумал не только новую специальность для себя, но и новую болезнь для своих пациентов под названием «астматизация на фоне бронхита»! Фамилия этого «новатора» – Черносвитов. Наверное, и не

стоило об этом вспоминать, если бы подобные диагностические «изыски» не встречались так часто.

А в заключение хочу добавить, что очень многие поликлинические врачи даже не догадываются, что не все болезни с кашлем и мокротой можно назвать бронхитом. Поэтому давайте обсудим, что же такое болезнь с названием «бронхит» и чем он отличается от бронхиальной астмы.

## Глава 2. Чем астма отличается от бронхита

Просматривая амбулаторные карты больных астмой, побывавших ранее на приеме у самых разных врачей, иногда встречаешь явно чрезмерный для одного пациента набор диагнозов. В качестве примера можно привести «заключение», дословно переписанное мной из консультативного заключения от «ведущего» института: «Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение, гормонозависимая Аллергия на бытовые и пыльцевые аллергены. Хронический обструктивный бронхит. Диффузный пневмосклероз. ДН II (дыхательная недостаточность 2-й степени). Легочное сердце».

А иногда складывается впечатление, что некоторые врачи, скрывая профессиональное бессилие, просто вписывают в карту все, что приходит им в голову. Особенно удивляет смешение диагнозов «бронхиальная астма» и «хронический бронхит». Подобное встречается на каждом шагу, причем с самыми различными формулировками – «необструктивный», «обструктивный», «гнойный» и пр. Давайте же попробуем разобраться в целесообразности, а скорее в нелепости сочетания совершенно различных болезней – астмы и бронхита. Что собой представляет бронхиальная астма, критерии ее диагностики и классификации мы обсудили выше.

А что же такое хронический бронхит? Существующее в настоящее время определение этого заболевания подразумевает, что в его основе лежит поражение слизистой бронхов с чрезмерной секрецией слизи в дыхательных путях, проявляющееся хроническим или рецидивирующим кашлем с отделением мокроты. Под понятием «хронический», по определению экспертов ВОЗ, подразумевается процесс, «имеющий большинство дней, по крайней мере, три месяца в году, в течение, по крайней мере, двух лет». Подобное на первый взгляд достаточно простое определение, с одной стороны, дает основание практическому врачу, руководствуясь формальными критериями – кашлем и от-

делением мокроты, поставить диагноз хронического бронхита, а с другой стороны, позволяет ему совершить ошибку, не распознав более тяжелое заболевание, например астму. А в самых распространенных случаях врачи, особенно не задумываясь, совмещают в заключении оба этих заболевания. К сожалению, в абсолютном большинстве случаев подобный подход является неправильным. Почему же я беру на себя смелость высказать такое мнение? Да потому, что практически при всех острых и хронических заболеваниях легких (пневмониях, туберкулезе, профессиональных болезнях – силикозе, антракозе и пр., опухолях, муковисцидозе и многих других), в том числе и бронхиальной астме, наблюдаются кашель и откашливание мокроты. И согласитесь, что было бы довольно нелепо сформулировать, например, такой диагноз: «Рак легкого. Хронический бронхит», только на основании того, что онкологический больной откашливает мокроту в течение трех месяцев в году и на протяжении двух лет.

Наблюдательные врачи еще пару столетий назад точно подметили наличие мокроты и изменчивость ее характера при различных легочных заболеваниях. Мокрота ржавого цвета может откашливаться при крупозной пневмонии, ярко-желтого (канареечного) – при аллергических процессах в легких, черного – у шахтеров угольных шахт при профессиональных заболеваниях. А мокрота цвета малинового желе – признак распадающегося рака легкого. Характер мокроты дает представление и об особенностях патологических процессов в дыхательных путях. Зеленая мокрота – признак выраженного застоя при нарушении бронхиального дренажа – наблюдается при бронхоэктатической болезни, гнойном или гнойно-обструктивном бронхите, муковисцидозе. Некоторые легочные заболевания характеризуются наличием различных микроскопических элементов в бронхиальном отделяемом. Наличие большого количества эозинофилов и продуктов их распада – кристаллов Шарко-Лейдена в сочетании со спиральями Куршмана (являющимися, как оказалось, слепками мелких бронхов), подтверждает диагноз астмы. Можно перечислить еще немало ха-

рактрных признаков, позволяющих по анализу мокроты уточнить диагноз заболевания, а не формулировать стандартное заключение – «хронический бронхит».

На факт, что все легочные заболевания связаны так или иначе с кашлем и отделением мокроты, обращал внимание еще в XIX веке известный русский врач Г.И. Сокольский. То есть, все легочные заболевания связаны с симптомами бронхита. Но «бронхит», как кашель с мокротой, сопровождающий всю хроническую бронхолегочную патологию (в том числе и астму), и бронхит как самостоятельное заболевание – это совершенно различные понятия. В чем же сущность этого различия? В главном – характере воспаления: при астме, как говорилось выше, оно носит эозинофильный (аллергический) характер, а при бронхите – нейтрофильный (инфекционный). Причем, как уже было сказано, в периоды эпидемий респираторных заболеваний одним из осложнений у больных астмой может быть присоединение вторичной инфекции, ухудшающей ее течение. Но даже при этом, несмотря на откашливание большого количества слизистогнойной мокроты, маскирующей наличие эозинофильных элементов, их удается обнаружить при микроскопическом исследовании. Как правило, они появляются при стихании обострения вторичного инфекционного процесса. Респираторная инфекция может сыграть роль механизма, запустившего астму. В подобных ситуациях часто диагноз формулируется как астматический бронхит, хотя по сути – это уже астма, а характер воспаления при этом, как правило, также эозинофильный.

А при хроническом бронхите инфекция является основной причиной болезни, определяющей и ее характер, и ее течение. От агрессивности инфекционного агента зависит и скорость прогрессирования болезни, и частота ее обострений, формирование и характер обструкции дыхательных путей, основным патологическим механизмом которой является не бронхоспазм с воспалительным отеком слизистой, а механическая обтурация (закупорка) бронхов слизисто-гнойным или гнойным содержимым. Нередко при бронхите выявляется и бронхоспазм, но степень его выражен-

ности по сравнению с астмой незначительная. При астме же накопление и последующее откашливание мокроты на начальных стадиях болезни определяется тем, что сужение просвета мелких бронхов в результате их спазма и отека затрудняет работу очищающего бронхи «эскалатора». Поэтому назначение бронхорасширяющих и противовоспалительных средств на начальном этапе болезни может устранить эту проблему. Другой вопрос в том, что через 5-10 лет болезни никакие противовоспалительные и бронхорасширяющие средства не помогут освободить дыхательные пути от избытка слизи, которой вырабатывается уже в несколько раз больше, чем в самом начале болезни. К сожалению, врачи этого не понимают и, как я уже говорил, продолжают прописывать больным лекарства в аэрозолях, которые не действуют, потому что просто-напросто откашливаются из бронхов вместе с мокротой.

Подведу итог следующим образом: бронхит как самостоятельное заболевание и кашель с мокротой, сопровождающий другие болезни легких – это совершенно различные явления. И для того, чтобы поставить диагноз «хронический бронхит», необходимо вначале исключить все болезни легких, в том числе и астму! Ну а как уточнить клиническую форму хронического бронхита и проводить лечение, мы обсуждать не будем. Это – предмет отдельной книги, которую я, может быть, когда-нибудь еще напишу.

### Глава 3. ХОБЛ – «страшилка» для астматиков

Когда врач хочет скрыть свою профессиональную беспомощность, он вспоминает про какую-нибудь неизлечимую болезнь. Ведь тогда можно, важно надувая щеки, объявить больному: «медицина здесь бессильна!» Этому, собственно, и служит в одна из нынешних медицинских страшилок – хроническая обструктивная болезнь легких, или сокращенно именуемая «ХОБЛ».

ХОБЛ – это, образно говоря, мусорный бак пульмонологии, наполненный самыми разными симптомами и синдромами. Здесь и эмфизема легких, и пневмосклероз, и бронхиальная обструкция, и дыхательная недостаточность. Это очень «удобный» диагноз для того, чтобы объявить тяжелому больному, с которым врачу не хочется заниматься (к сожалению бывает и такое!), что его болезнь неизлечима, поскольку в легких сформировались необратимые изменения, перечисленные выше. И тогда больной человек может рассчитывать только на баллончик с бронхорасширяющим аэрозолем, да на кислородотерапию. Думаю, многие видели в жизни или в кинофильме, как человек, прикованный к инвалидной коляске, прикладывает к кислородной маске. Конечно, это ужасно! Но еще более ужасно то, что диагноз «ХОБЛ» безответственные врачи, нередко приклеивают, как ярлык, тяжелым астматикам, которым можно было бы еще помочь. Почему же такое происходит? Попробуем в этом разобраться. А для начала я расскажу, что же это за болезнь – ХОБЛ. Ведь в действительности эта болезнь не миф, она существует. Другой вопрос в том, что некоторые «эскулапы» прикрываются ею, когда не хотят или не могут человеку реально помочь.

Во-первых, ХОБЛ – это болезнь, которая в подавляющем большинстве случаев развивается у курильщиков с большим стажем. «Большой стаж» – подразумевает длительность курения свыше 20-40 лет. Ведь только за такой длительный период времени в легких под воздействием табач-

ного дыма возникают тяжелые изменения: необратимые нарушения проходимости мелких бронхов, эмфизема и пневмосклероз. В результате этих изменений серьезно страдает дыхательная система: необратимо снижается объем легких, вплоть до 35-45% от нормы, проходимость дыхательных путей не обеспечивает достаточной вентиляции, а человек при этом испытывает одышку и задыхается от недостатка кислорода. Все это развивается исподволь и сначала ощущается только при физической нагрузке, а впоследствии и постоянно, даже в покое. Помочь таким больным удастся весьма редко, и они погибают впоследствии от легочно-сердечной недостаточности.

Первоначально все начинается с повреждения слизистой дыхательных путей. Представьте себе, что изнутри поверхность нормальных бронхов выглядит как ровный английский газон. Это бронхиальный эпителий, покрытый многочисленными ресничками. А при курении вся слизистая дыхательных путей «выжигается», как трава на газоне. Ведь дым, который вдыхает курильщик, достигает температуры 150 градусов.

И если подсчитать поверхность слизистой дыхательных путей, то окажется, что клетки слизистой оболочки выжигаются на территории 5-10 кв. метров! Поверхность кожи человека, для сравнения, 1-2 кв. метра. Вспомните, как страдают люди при ожогах: развивается интоксикация, отказывают почки. А у курильщика эта трагедия разыгрывается на площади, в пять раз превышающей площадь тела! Слизистая бронхов, конечно, не так обожжена, как кожа при пожаре, но, тем не менее, становится проницаемой как фильтровальная бумага для всех вредных веществ, которые попадают на ее поверхность с вдыхаемым воздухом. К тому же она плохо реагирует на многие лекарства, которые можно было бы использовать.

Можно ли восстановить этот «выжженный» эпителий? Вспомните кожу человека после пожара – она никогда не вернется к первоначальному состоянию. И если даже курящий человек вовремя «завязал» с этой привычкой, то организму потребуется не менее 10-15 (!) лет, чтобы ЧАС-

ТИЧНО устранить последствия курения. Я уже не говорю о том, что курение вызывает не только ХОБЛ, но и рак легкого. Всем известно, что 99% заболевших раком легкого – курильщики. Так что, тем, кто курит, стоит подумать, не пора ли расстаться с сигаретой? Особенно это касается курящих астматиков. Многие из них продолжают курить по простой причине: сигарета облегчает их состояние. Парадокс? Не совсем! Все дело в том, что никотин, поступающий в организм астматика приводит к значительному выбросу в кровь адреналина, который снимает спазм и отек бронхов, облегчая дыхание и откашливание мокроты. И часто в своей практике я сталкивался с такими людьми, которые ни за что не хотели расставаться с сигаретой именно по этой причине.

Кстати говоря, наибольшие шансы получить от врача ярлык «ХОБЛ» со словами сочувствия о том, что «медицина бессильна» имеются у КУРЯЩИХ АСТМАТИКОВ. Бывает так, что человек курит всего лет пять, да к тому же у него астма. В подобных случаях болезнь развивается по пути, связанному с закупоркой бронхов слизью, когда неэффективна та самая пара заветных аэрозолей, объявленных во всем мире «золотым стандартом» в лечении астмы. И врач, не обременяя себя долгими размышлениями на основании всего двух критериев – курения и неэффективности «стандартной» терапии записывает курящего астматика в группу обреченных страдальцев с ХОБЛ. Вот так!

Можно еще добавить, что эффективность «золотых стандартов» по лечению астмы оказалось крайне низкой. По данным научных исследований комбинации бронхорасширяющих и гормональных аэрозолей (конечно, это в первую очередь агрессивно продвигаемые Серетид и Симбикорт) способны контролировать астму лишь в 5-10% случаев! А у остальных больных они просто БЕСПОЛЕЗНЫ! Об этом писали за рубежом еще лет десять (!) назад. И представьте себе, что наши «генералы» от астмы все эти годы продвигали заведомо неэффективное лечение. Потому что их «кормильцам» – фармфирмам, все равно нужно прода-

вать свои препараты в России. Но это тема уже другого разговора. Вернемся снова к ХОБЛ.

Считается, что ХОБЛ может возникнуть и у некурящего человека на фоне длительного хронического легочного заболевания (хронического бронхита, бронхиальной астмы и прочих). Наверное, это можно допустить, но только с небольшой поправкой: ХОБЛ, как исход бронхиальной астмы, может развиваться только в случае НЕПРАВИЛЬНОГО или заведомо НЕЭФФЕКТИВНОГО лечения в результате НЕКОМПЕТЕНТНОСТИ врача. Правда, потом это будет трудно доказать! К счастью, это может произойти только через 30-40, а то и все пятьдесят лет! Только через несколько десятилетий в легких формируются тяжелые необратимые изменения. И запомните следующее:

Если какой-то врач ставит подобный диагноз человеку, который никогда не курил и болеет астмой всего 5-10 лет, то это полная чушь! Бегите от него подальше, ибо его дальнейшие действия могут вам только НАВРЕДИТЬ!

И тогда вам остается одно: вспомнить известный афоризм: «Спасение утопающих – дело рук самих утопающих!» А затем приступить к чтению следующей части книги – «АСТМА? ПОМОГИ СЕБЕ САМ!»

### **ЧАСТЬ III. АСТМА? ПОМОГИ СЕБЕ САМ!**

Излечима ли астма? Этот вопрос волнует сегодня миллионы врачей и больных. Как я уже говорил, современная медицина определяет эту болезнь как неизлечимую (как, впрочем, и остальные хронические заболевания). Это связано с тем, что в своем стремлении вылечить конкретную болезнь врачи всегда пытались выявить ее изначальную причину. И все триумфальные победы в медицине так или иначе связаны с болезнями, в основе которых лежит одна конкретная причина. Например, карантин, вакцинация и антибиотики, защитив человечество от микробов и вирусов, победили особо опасные инфекции. И это стало возможным благодаря тому, что для каждой болезни был выявлен свой специфический возбудитель – микроб или вирус.

Но вот наступила эра хронических недугов, отличительной особенностью которых является невозможность излечить болезнь, воздействуя на ее причину. Почему? Потому что, однажды сформировавшись, хронические болезни не стоят на месте, а продолжают развиваться, создавая в организме множество обратимых или даже необратимых изменений.

И астма – одна из этих болезней: многообразие внешних и внутренних факторов, воздействующих на болезнь, или как их называют еще триггеров, индивидуальные особенности каждого пациента, определяющие дальнейшее течение болезни и ее исход, выражаясь языком математики, требуют решения «уравнения со многими неизвестными». Ведь астма, запустившись в силу вполне определенной причины (о которой мы говорили выше), проходит определенную эволюцию, каждый этап которой требует особого подхода к лечению. Но абсолютное большинство врачей смотрят на нее как на некий статичный, застывший во времени процесс. И типичный пример, с которым мы довольно часто встречаемся, выглядит следующим образом: у астматика с

многолетним стажем заболевания, задыхающегося, кашляющего и откашливающего мокроту, при обследовании выявлена повышенная чувствительность к какому-либо аллергену. И врач-аллерголог начинает лечить данного пациента нарастающими дозами «виновного», пытаясь таким образом избавить его от болезни. Но совершенно понятно, что это исходно бесперспективный путь лечения, поскольку астма и аллергия – результат одной причины – переключения иммунного ответа на эозинофильный путь воспалительных реакций, вызванный неконтролируемым размножением в организме грибов молочницы.

И через несколько месяцев, убедившись в безрезультатности попыток излечить своего пациента, воздействуя на «виновный» аллерген, врач начинает эмпирическим путем перетасовывать все возможные лекарства, чтобы добиться хотя бы минимального положительного результата. Как правило, результат или отсутствует, или бывает довольно нестойким. Многие больные с эти согласятся, вспомнив советы врача: «Попробуйте это. Не помогло?» «Ну тогда попробуйте другой – более современный препарат. Он лучше!» Правда, чем он лучше прежнего, не всегда понятно...

А некоторые врачи вообще искренне считают, что когда-нибудь ученые изобретут лекарство, излечивающее астму – принял таблетку, и астма прошла! Другие, руководствуясь указаниями докладов «Глобальная стратегия...» и «национальными» программами, назначают всем больным без разбора бронхорасширяющие и гормональные препараты.

Но, независимо от очередной ревизии взглядов, проблема лечения, или как говорят «контроля астмы», зашла в тупик. И это подтверждается практикой: растет заболеваемость смертность, да и болезнь стала протекать в последние годы более тяжело. Почему же это происходит? Потому что составители «стандартов» и поборники «лечения аллергенами» не осознают, что АСТМА КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ, ЗАПУСТИВШИСЬ ОДНАЖДЫ В СИЛУ КАКОЙ-ЛИБО ПРИЧИНЫ, В ДАЛЬНЕЙШЕМ ЖИВЕТ И ПРОГРЕССИРУЕТ ПО ЗАКОНАМ, ОПРЕДЕЛЕННЫМ ПРИРОДОЙ – ЗАКОНАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО

ВОСПАЛЕНИЯ. А ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ ТРИГГЕРЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ЛИШЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ. И действительно, те, кто страдает астмой, попробуйте вспомнить: разве в дебюте болезнь была похожа на ту, что беспокоит вас сегодня? Уверен, что подавляющее большинство ответит отрицательно.

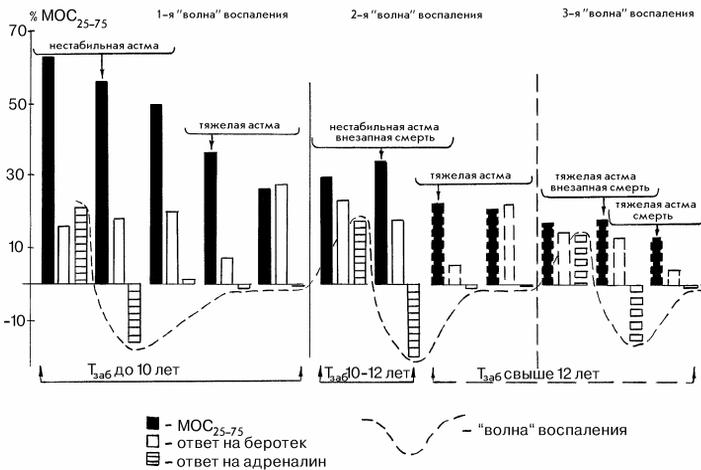


Рис. 9. Прогрессирование бронхиальной обструкции у больных астмой

Посмотрите на рис. 9 из моей книги «Астма. Эволюция болезни», и вы увидите, как снижаются показатели, отражающие проходимость бронхов, в зависимости от длительности заболевания. А если более внимательно изучить этот рисунок, то можно увидеть, что на каждой стадии болезни изменяется и реакция бронхов на одни и те же лекарственные препараты. То есть на каждом из этапов эволюции болезни ситуация меняется не только количественно, но и качественно. Но большинство врачей в своей практической деятельности этого не учитывают, да и не могут учесть, поскольку для этого необходимо не только знание законов эволюции болезни, но и умение в каждом конкретном случае просчитать все возможные варианты развития событий.

Конечно, усредненные статистические данные не относятся конкретно к каждому больному: у одних болезнь прогрессирует быстро, у других – очень медленно. Это зависит и от индивидуальных особенностей субъекта, и от проводимого лечения, и даже от климатических и экологических особенностей местности, в которой проживает астматик. Но, независимо от темпов прогрессирования, астма, подчиняясь общебиологическим законам, так же закономерно проходит определенные этапы эволюции и в конечном итоге приводит к необратимому нарушению проходимости бронхов. А когда эти нарушения становятся несовместимыми с жизнью, человек погибает. Но поскольку нынешние «золотые стандарты» лечения ориентированы только на «контроль» астмы (а фактически на снятие ее симптомов – кашля, затрудненного дыхания и удушья), исход predetermined заранее. Как же следует лечить БОЛЬНОГО, а не БОЛЕЗНЬ, чтобы не только устранить симптомы астмы, а избавиться от нее? Об этом мы и поговорим во введении в астма-курс.

### **Введение в астма-курс. Астма излечима!**

Как же вылечить астму? В принципе это не так уж и сложно: достаточно пройти весь путь, пройденный болезнью, только в обратном направлении и с большей скоростью, попутно устраняя все «поломки», вызванные ею в организме. Однако, во время этого «путешествия» – проводимого курса лечения – нужно решить немало задач:

1. Устранить нарушения легочной функции – обструкцию дыхательных путей, вызванную спазмом бронхов, отеком слизистой и закупоркой их слизью. Для этого необходимо подобрать оптимальные и безопасные дозы бронхорасширяющих, противовоспалительных и отхаркивающих препаратов.

2. Очистить дыхательные пути от «сидящей» в них инфекции. Это очень важно, ибо в большинстве случаев рецидивы воспаления в бронхах, приводящие к обострениям астмы провоцируются инфекцией.

Наиболее эффективный способ введения лекарств при решении этих двух задач – ингаляционный. Для вдыхания бронхорасширяющих и противовоспалительных средств можно использовать обычные лекарства в аэрозольных баллончиках. А вот для очищения дыхательных путей от избытка слизи и микроорганизмов потребуются мощные ультразвуковые ингаляторы (УЗИ). Может возникнуть вопрос: «А почему нельзя использовать обычные компрессорные небулайзеры?» Скажу сразу: у небулайзеров очень низкая производительность – параметр, определяющий количество распыляемого препарата в минуту. Она не превышает 0,5 г (мл) и не зависит от мощности компрессора. Это ограничение нельзя обойти, поскольку оно лимитировано самим принципом распыления с помощью сжатого воздуха.

Поэтому, пользуясь небулайзером, больной вдыхает слабую струю аэрозоля, которая не в состоянии распределиться равномерно по всей поверхности дыхательных путей, а уж тем более создать эффективные концентрации препаратов, воздействующих на воспаленные ткани. К тому же при распылении щелочных растворов (а именно они наиболее эффективны для очищения дыхательных путей) сопло распылителя просто-напросто засорится постепенно осаждающимися в нем солями раствора и он станет непригодным для дальнейшего использования.

Лучшие модели ультразвуковых ингаляторов лишены этих недостатков и развивают производительность до 4-6 мл/мин! Только таким ингалятором можно распылить 20-30 мл отхаркивающих и антисептических препаратов за 5-10 мин. Вспомните, что площадь дыхательных путей составляет 5-10 кв. м. И очистить ее от скопившейся слизи и инфекции можно только большими объемами лекарственных растворов. С помощью ультразвукового ингалятора пациент вдыхает не малозаметную струйку аэрозоля, а плотную и насыщенную смесь воздуха и лекарства, образующуюся в камере этого аппарата, что гарантирует мощное лечебное воздействие и равномерное распределение препаратов по всей внутренней поверхности бронхов.

К минусам УЗИ относятся сложность эксплуатации: им гораздо труднее научиться ПРАВИЛЬНО пользоваться. Я несколько не преувеличиваю: в нашем центре «Астма-Сервис» пациенты учатся этому три месяца во время пробного курса ингаляций на простеньких маломощных приборах. И несмотря на четкие инструкции и предварительное обучение, многим приходится исправлять ошибки. И только после этого начинается курс интенсивного лечения на современных мощных ультразвуковых приборах.

3. В случаях, если астма сочетается с повышенной чувствительностью к аллергенам, необходимо подобрать эффективное противоаллергическое лечение.

Решение этих трех основных задач позволит восстановить нормальную легочную функцию, а значит и нормальное самочувствие. Продолжительность этого лечения в среднем составляет один год на каждые 3-5 лет болезни. То есть, если человек болеет астмой десять лет, лечиться ему придется не менее 2-3-х лет. Можно ли быстрее? К сожалению, нет. Это связано с тем, что процессы восстановления клеток и тканей в человеческом организме протекают достаточно медленно. Вспомните, как долго может заживать обычная царапина на руке. А в легких после 10-15 лет болезни, образно говоря, таких «царапинок» миллионы. Ученые подсчитали, что ПОЛНОЕ обновление всей поверхности слизистой дыхательных путей у ЗДОРОВОГО человека происходит за 280-360 дней. У больного астмой эти процессы замедлены из-за нарушений в иммунной системе. К тому же темпы восстановления легочной функции и регресс воспалительных изменений существенно зависят от возраста, образа жизни, внешних условий и особенно от тяжести имеющихся нарушений. Но вернемся к лечению.

4. Очень важно устранить ВСЕ сопутствующие проблемы в организме астматика. А их может быть много: грибковые заболевания и молочница, дисбактериоз, внутриклеточные инфекции и очаги хронической инфекции – хронический гайморит, хронический тонзиллит и пр.

Как правило, у подавляющего большинства страдающих от астмы есть подобные «болячки». Это не случайно: не

нужно забывать, что, по большому счету, астма – не просто болезнь легких, это – СИСТЕМНАЯ проблема, связанная с НЕПРАВИЛЬНОЙ работой ИММУНИТЕТА! А отсюда и все неприятности – пониженная сопротивляемость инфекции, частые рецидивы воспалительного процесса и пр. Мало кто знает, что встречается очень редкая форма этой болезни – ДИСПЕТИЧЕСКАЯ (ИЛИ КИШЕЧНАЯ), при которой все то, о чем я писал происходит в кишечнике: боль и спазмы, воспаления в различных отделах, нарушения пищеварения, повышенное газообразование, ну и все что с эти связано. Да и у «обычных» астматиков нередко имеются различные проблемы с пищеварительным трактом. К тому же следует знать, что главный воспалительный агент астмы – ГИСТАМИН образуется и инактивируется в кишечнике. Вот почему все проблемы пищеварительного тракта усугубляют астму. Отсюда вытекает следующая задача.

5. Каждому астматику необходимо подобрать индивидуальную диету. Во-первых, чтобы не ухудшались существующие проблемы, во-вторых, исключить проявления пищевой аллергии или непереносимости каких либо продуктов, а в-третьих, чтобы устранить проявления дисбактериоза, который выявляется у большинства астматиков. Ну, а если просто судить по телевизионной рекламе кисломолочных продуктов, приходишь к выводу, что эта проблема не редкость даже у здоровых на вид людей. Другой вопрос в том, что никаким кефиром или йогуртом дисбактериоз не устранить. Для этого необходимы особо эффективные препараты, содержащие бифидо- и лактобактерии.

6. И вот когда все эти задачи будут выполнены, можно провести специальный курс ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ терапии и попытаться переключить эозинофильный (или аллергический) иммунный ответ на нормальный. И если это удалось, бывший астматик становится здоровым.

Все проблемы, о которых я рассказывал, устраняются параллельно по ходу лечения. И за все это время у больного человека не должно быть рецидивов **ОБОСТРЕНИЯ!** Потому, что каждое обострение – это шаг назад. Возможно ли это в современном городе? Вероятность того, что любой

человек, а особенно страдающий астмой, может «подхватить» в холодное время года вирусную инфекцию гораздо выше. И этого практически невозможно избежать, особенно в школах, вузах и в офисах, где всегда встречаются кашляющие и шмыгающие носом субъекты, заболевшие сами и заражающие других. Поэтому параллельно необходимо решать и еще одну задачу: в случае вирусной инфекции сделать так, чтобы у пациента, проходящего реабилитацию, вслед за ОРВИ не последовало обострения. А это – отдельная лечебная программа! Дополнительно пойдет на пользу индивидуальная программа закаливания, защищающая от переохлаждений и простуд, а также дыхательная гимнастика, целью которой является восстановление потерянных и сохранение восстановленных резервов легких.

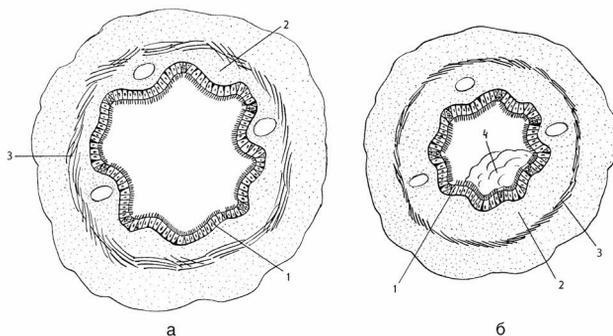
Вот короткий перечень мероприятий, помогающих вылечить астму. А теперь ответьте честно: вы в состоянии это сделать самостоятельно? Думаю, что нет. Этого не в состоянии сделать ни ваш участковый терапевт, ни районный пульмонолог, и даже НИИ Пульмонологии, который очень кичится своими «национальными» программами, просто переписанными из докладов международного комитета по астме, сокращенно именуемого GINA. Только вот оказалось, что так называемая «базисная терапия», продвигаемая в России этим НИИ, эффективна не более чем у 5-10% страдающих астмой людей. Эти данные были опубликованы еще в 2000-2005 гг. Но наши «генералы» от медицины согласились с этим лишь 10 лет спустя, переводя очередной доклад комитета GINA 2011. А проще говоря, и в России, и за рубежом «золотой» стандарт по лечению астмы провалился. Эффективного лечения у официальной медицины нет, но астматики ведь никуда не делись! Вот почему я решил написать для них эту книгу с упрощенной методикой самостоятельной диагностики и лечения, которую назвал «Астма-курс Помогите себе сам». И он начинается со следующей главы. Замечу: что-то, из сказанного ранее, будет повторяться. Но это сделано намеренно, чтобы курс выглядел, как самостоятельное приложение к книге.

## **Занятие 1. Астма: ее развитие, механизмы и симптомы**

Чтобы успешно справиться с таким заболеванием, как астма, требуется много терпения и настойчивости. Почему? Потому что, во-первых, астма – болезнь хроническая. А во-вторых, потому, что в основе бронхиальной астмы лежат СИСТЕМНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ. В течение нескольких лет в организме человека происходит переключение нормального – нейтрофильного (противоинфекционного) – ответа иммунной системы на ненормальный – эозинофильный (аллергический). Причиной этого переключения, как уже говорилось, являются грибки кандиды, размножившиеся в дыхательных путях или пищеварительном тракте. Результат воздействия этих дрожжеподобных грибков заключается в том, что на все, что окружает человека, иммунитет начинает реагировать как на врага. В итоге у человека может появиться «аллергия на все» – от апельсинов до тараканов. Таким же образом иммунная система может воздействовать на собственные клетки и ткани организма. Поэтому, независимо от того, есть ли реакция на какие-то аллергены или нет, в дыхательных путях (и реже в пищеварительном тракте) развивается особый тип воспаления. А это воспаление проявляется тем, что слизистая отекает, становится очень «ранимой» и проницаемой для всех вредных веществ. Многие переносили вирусные инфекции и знают как проявляется этот отек в носоглотке. Так же, как бывает заложен и отечен нос при ОРВИ, развивается отек в слизистой оболочке бронхов. И это не зависит от того, есть ли у человека аллергия на апельсины и прочие «аллергены». Поэтому астма может сочетаться с аллергией, а может и нет. И хотя развитие повышенной чувствительности к разнообразным «аллергенам» (а по существу – к окружающим нас факторам, на которые большинство людей не реагирует) может усугублять проявления астмы, их устранение все равно не приведет к излечению от болезни.

Поэтому даже полная изоляция больного от окружающего мира (такие попытки в истории медицины были) не избавит человека от астмы, потому что **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ** процесс в бронхиальном дереве уже запущен и продолжает развиваться.

Первые симптомы воспаления могут проявляться постоянным кашлем после простуды или ОРВИ. Если это продолжается более 3-4 недель, возможно, что началась астма. А респираторная инфекция – это не причина, а запустивший ее механизм или, как его называют, «триггер». Потому что еще до этого события в организме произошла та самая перенастройка иммунитета, в результате которой любое внешнее воздействие (в данном случае ОРВИ) приводит к выбросу в кровь человека огромного количества воспалительных веществ, вызывающих отек и набухание слизистой оболочки бронхов. А просвет их настолько мал (1-2 мм и меньше), что это немедленно приводит к кашлю и одышке. Но от начала изменений в иммунной системе до первых проявлений астмы происходит в среднем от трех до пяти лет. То есть, астма (как дефект в системе иммунитета) развивается гораздо раньше, чем появляются ее первые симптомы. И те, кто считает, что болезнь начинается только с первыми хрипами и свистами глубоко заблуждаются.



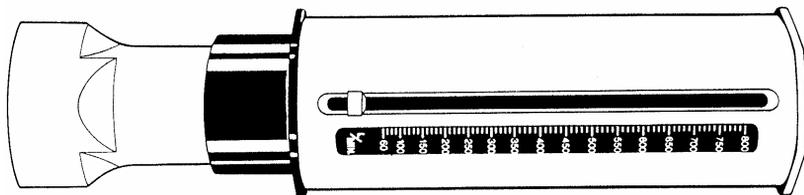
Вот что происходит в бронхах при воспалительном процессе. Вы уже видели этот рисунок (рис. 4 на стр. 18). Так выглядит просвет бронха у здорового человека (а) и астматика (б). Все астматические симптомы вызываются тремя

главными патологическими механизмами: спазмом бронхов, сужением их просвета в результате воспалительного отека и закупоркой слизистыми пробками. Эти три механизма и формируют БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ. Термин ОБСТРУКЦИЯ в переводе означает «препятствие». И именно препятствие воздушному потоку, проходящему в легкие по бронхам, вызывает свисты, хрипы, кашель, одышку и приступы удушья. О механизмах развития обструкции и патологических изменениях в бронхиальном дереве рассказывалось в предыдущих главах. Более подробно об этом можно прочитать в первых двух главах моей книги «Астма. Как вернуть здоровье» (она есть в свободном доступе в интернете). Ну а те, кто считает, что сможет обойтись без этой информации, должны запомнить главное правило: в первую очередь при лечении астмы необходимо ликвидировать бронхиальную обструкцию и не допускать, чтобы она возникала повторно. Только в этом случае человека не будут беспокоить симптомы астмы, независимо есть у него аллергия или нет.

Поэтому перед началом лечения в первую очередь следует провести самостоятельное обследование легочной функции, которое позволит оценить степень бронхиальной обструкции, а также ее обратимость, которая зависит от выраженности основных патологических механизмов болезни: бронхоспазма, воспалительного отека слизистой оболочки и закупорки бронхов мокротой. Это позволит оценить не только тяжесть болезни, но и своевременно внести коррективы в проводимое лечение. И сделать это можно с помощью несложных диагностических тестов, используя обычный пикфлоуметр. Об этом мы поговорим на следующих занятиях.

## Занятие 2. Как оценить легочную функцию

Оценить степень нарушения легочной функции самостоятельно можно с помощью всем известного пикфлоуметра. В предыдущих главах я уже рассказывал об этом приборчике. Следует еще раз отметить, что насколько эти приборы просты в устройстве, настолько они неточны в измерении. Тут уж ничего не поделаешь – это определено их конструкцией. Но, как гласит народная мудрость, «на безрыбье и рак – рыба». Если у вас есть не только твердое желание заниматься своим здоровьем, но и деньги, советую приобрести портативный спирометр. В отличие от пиковой скорости выдоха – ПСВ – трудно воспроизводимого показателя, портативные спирометры измеряют объем форсированного выдоха за первую секунду – ОФВ<sub>1</sub> – показателя, являющегося более точным и объективным. А в лучших моделях портативных спирометров заложены и программы измерения скорости воздушного потока, что очень помогает в случаях, когда ПСВ и ОФВ<sub>1</sub> не снижены. А это часто наблюдается в самом начале болезни или при нетяжелой астме. Правда этими приборами нужно научиться правильно пользоваться, поскольку при неправильном дыхательном маневре результат спирометрии может быть неверным. Но вернемся к пикфлоуметрам.



Одна из моделей этого прибора показана на рисунке (рис. 8 на стр. 47). Как же работает это устройство? Довольно просто: если в него сделать максимально БЫСТ-

РЫЙ, МОЩНЫЙ и ПОЛНЫЙ выдох, то указатель остановится на отметке, показывающей пиковую скорость выдоха (ПСВ), выраженную в литрах/сек. Конечно, это измерение весьма приблизительно: ведь, чтобы определить скорость выдоха нужно измерить, во-первых, объем выдыхаемого воздуха, а во-вторых, – время.

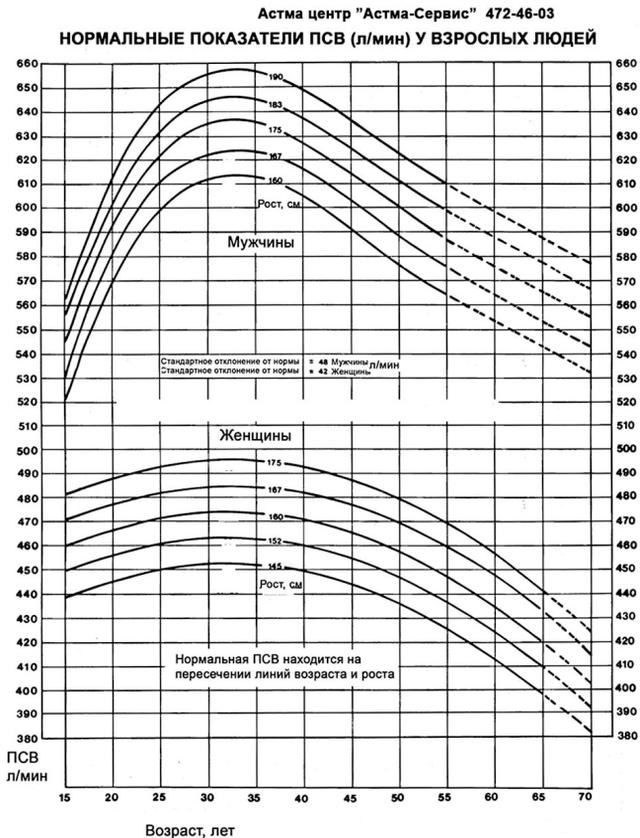


Рис. 10. Нормальные показатели ПСВ у взрослых людей

Ни то, ни другое по отдельности пикфлоуметр не измеряет, поэтому скорее это следует назвать оценкой ПСВ,

чем измерением. Поэтому для большей объективности рекомендуется проделать измерение трижды и подсчитать средний результат, то. Вот пример: первый выдох показал 450 л/мин, второй – 500 л/мин, а третий – 400 л/мин. Складываем все три результата:  $450+500+400=1350$ . Делим на три, получаем 450 л/мин. Это ваш результат. Что же он определяет? В принципе, только то, какова была пиковая скорость выдоха в данный момент времени. А вот для того, чтобы оценить насколько она близка к НОРМЕ, нужно иметь под рукой специальную таблицу (рис. 10).

Пользуясь этой таблицей, вы сможете в зависимости от возраста, роста и пола приблизительно оценить вашу нормальную ПСВ. Предположим, вы мужчина 30 лет, ростом 175 см. По этой таблице ваш нормальный ПСВ должен быть равен 635 л/мин. А ваш показатель составляет всего 450 л/мин. Если 450 разделить на 635 и умножить на 100, то мы определим ваш ПСВ в процентах к вашим НОРМАЛЬНЫМ показателям. В данном случае они составят всего около 71%. То есть, ваш ПСВ составляет всего 71% от нормальных значений, что соответствует астме СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ. Может возникнуть вопрос: при астме средней тяжести ПСВ может быть нормальным? К сожалению (в смысле точности), да, может быть и такое. Потому что пикфлоуметр определяет скорость воздушного потока в верхних дыхательных путях (трахея, крупные бронхи), а воздух из мелких бронхиальных веточек, где «живет» астма, «теряется» в этом потоке. Поэтому, чтобы определить реально ПСВ, мощность выдоха –  $ОФВ_1$  (объем форсированного выдоха за первую секунду), скорость воздушного потока на уровне крупных, средних и мелких бронхов, нужно использовать не пикфлоуметр, а индивидуальный компактный или компьютерный спирометр, который автоматически во время вашего вдоха и выдоха определяет все показатели и рассчитывает насколько они близки к норме. Но тем не менее, если показатели, измеренные даже с помощью пикфлоуметра, не соответствуют НОРМЕ, значит вашу астму лечат неправильно и она не контролируется! Приблизительно оценить степень тяжести болезни с помо-

щью пикфлоуметра можно так: ПСВ 60% и ниже – тяжелая астма, ПСВ 61-80% – астма средней тяжести и ПСВ выше 80% – астма легкого течения. Конечно, это заключение справедливо только, если подобные результаты определяются стабильно при неоднократном измерении в течение, как минимум, одной недели. Следующее занятие будет посвящено тому, как оценить исходное состояние легочной функции у больного астмой ребенка.

### Занятие 3. Измерение ПСВ у детей

Измерение ПСВ у детей имеет свои особенности. Тем не менее, обследование ребенка, так же как и взрослых, должно включать два основных момента: 1) определение максимального показателя ПСВ (пиковой скорости выдоха) и 2) пересчет этого показателя в проценты от возрастной нормы.

Астма центр "Астма-Сервис" 472-46-03

#### Нормальная ПСВ у детей

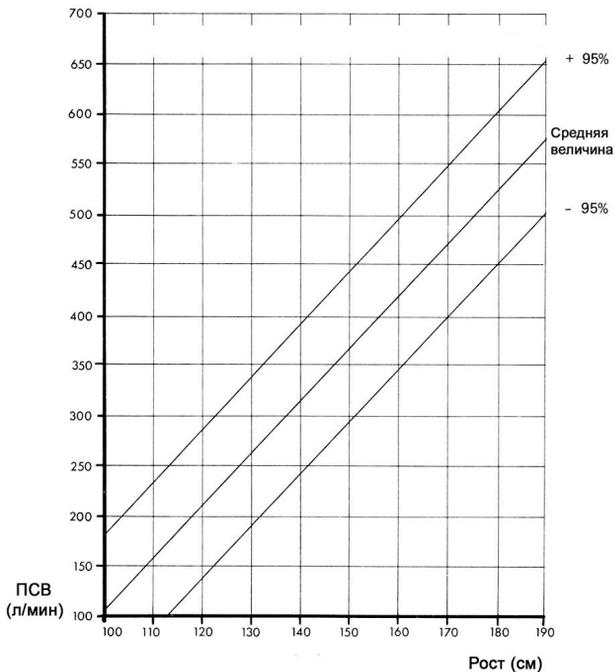


Рис. 11. Нормальные показатели ПСВ у детей

Часто случается так, что маленькому астматику сложно объяснить, что он должен сделать: многие дети не только не понимают, что такое **ФОРСИРОВАННЫЙ** (максимально мощный) выдох в пикфлоуметр, но и даже иногда путают понятия **ВДОХ** и **ВЫДОХ**. Поэтому можно применить простой прием: попросить ребенка, показать как задувают свечу. Можно даже потренироваться с задуванием пламени от свечи, спички и т.д., постепенно увеличивая расстояние. И в конечном итоге он научится делать правильный – мощный и быстрый – выдох в пикфлоуметр.

После этого обследование уже не будет столь хлопотным. А его схема не будет отличаться от обследования взрослого человека: трижды выполняем измерение ПСВ, затем вычисляем среднее значение и после этого по таблице для детей (см. рисунок) определяем полученный результат в процентах от его возрастной нормы.

Сразу же следует сказать, что в силу физиологических особенностей роста и развития органов дыхания в возрасте от трех до восьми лет показатели ПСВ не всегда «вписываются» в условные нормальные величины: они, как правило, выше 100%. Поэтому и тяжесть нарушений легочной функции определяется несколько по другому: ПСВ = 70% и ниже соответствует тяжелой астме, ПСВ = 70-90% соответствует астме средней тяжести, и ПСВ выше 90% соответствует астме легкого течения. Естественно, что такая оценка допустима, если эти величины показателей ПСВ стабильно определяются хотя бы в течение нескольких дней. Ну а если ситуация выглядит тяжелой: с сильным кашлем, приступами удушья, свистами и хрипами, а показатели ПСВ высокие, следует провести ребенку более детальное и точное обследование – компьютерную спирометрию. Здесь уже не обойтись без помощи врача.

Следующее занятие будет посвящено оценке степени спазма в бронхах и обратимости бронхиальной обструкции (ОБО).

## Занятие 4. Обратимость бронхиальной обструкции

Итак, на втором и третьем занятиях астма-курса вы научились определять состояние легочной функции у взрослых и детей с бронхиальной астмой с помощью пикфлоуметра. И теперь сможете сами приблизительно оценить тяжесть болезни по определяемым результатам. Но эти результаты весьма далеки от истины! Почему? Да потому, что они показывают только количественную сторону выраженности бронхиальной обструкции: то есть на сколько процентов от нормальных показателей снижена легочная функция. Но есть еще и качественный аспект проблемы. Представьте себе двух астматиков с одинаковыми результатами пиковой скорости выдоха (ПСВ), предположим 65% от нормы. Но у одного обструкция вызвана преимущественно закупоркой бронхов мокротой, а у другого – спазмом мускулатуры бронхов. Пусть они сделают по два вдоха бронхорасширяющего аэрозоля – САЛЬБУТАМОЛА. А через 20 минут каждый из них повторит измерение ПСВ. И тогда окажется, что у первого ПСВ не изменился и по-прежнему составляет 65% от нормы, а у второго стал нормальным, достигнув 100% от его условной нормы. Какие из этого можно сделать выводы?

Начнем с первого больного. Исходная ПСВ=65%, после двух доз Сальбутамола ПСВ=65%. Это значит, что у данного человека нарушение проходимости бронхов не связано с бронхоспазмом, потому что в если бы это был спазм бронхов, то Сальбутамолом, сняв его полностью или частично, улучшил бы результат ПСВ. Отсюда можно сделать заключение, что в данном случае нарушение легочной функции НЕОБРАТИМО бронхорасширяющими аэрозолями. И это может быть опасным при возникновении тяжелого приступа, потому что Сальбутамолом и аналогичные аэрозоли его не снимут!

А как же обстоят дела у второго больного? Исходно ПСВ у него составляла 65% от нормы. А после двух доз бронхорасширяющего аэрозоля Сальбутамола выросла до 100%.

О чем это говорит? Во-первых, о том, что обструкция бронхов у него связана преимущественно с их спазмом. А во-вторых, она полностью ОБРАТИМА бронхорасширяющими аэрозолями – Сальбутамолом и другими. То есть, если у этого больного появится затруднение дыхания или даже приступ, 1-2 вдоха Сальбутамола полностью устранят все проблемы.

Таким образом выявляется один из механизмов развития обструкции – БРОНХОСПАЗМ и оценивается его выраженность.

Еще раз повторим как это сделать:

1. Измерить исходную ПСВ с помощью пикфлоуметра, по имеющейся таблице подсчитать ее значение в процентах от должных значений (то есть, от условной нормы).

2. Вдохнуть ДВЕ дозы Сальбутамола (для детей – ОДНА доза Сальбутамола).

3. Через 20 минут провести повторное измерение ПСВ и подсчитать его значение в процентах от должных значений.

Последний результат ПСВ, выраженный в % от условной нормы, покажет ОБРАТИМОСТЬ бронхиальной обструкции, а разница между первым и вторым измерением – степень выраженности БРОНХОСПАЗМА. Например ПСВ<sub>1</sub>=60%, а ПСВ<sub>2</sub>=89%. Вывод: бронхиальная обструкция обратима Сальбутамолом не полностью, а только на 89%. Степень бронхоспазма составляет 29% ( $89\% - 60\% = 29\%$ ).

Кроме Сальбутамола с этой целью можно использовать Беротек и другие бронхорасширяющие аэрозоли короткого действия. Нельзя использовать Атровент (это совсем другой препарат!), аэрозоли длительного действия, например, Серевент и ему подобные. Кроме того, для правильной оценки результатов не стоит использовать КОМБИНИРОВАННЫЕ ингаляторы, такие как Беродуал.

## **Занятие 5. Измерение ПСВ. Основные правила**

Предыдущие занятия были посвящены оценке степени нарушений бронхиальной проходимости (бронхиальной обструкции) и ее обратимости. Теперь вы знаете как оценить свое состояние с помощью пикфлоуметра и какие тесты необходимо для этого выполнять. Это занятие будет посвящено тому, КАК ПРАВИЛЬНО подготовиться к этим тестам, и возможным вариантам развития событий в ходе этого обследования.

Итак, начнем с начала. Исходная пикфлоуметрия – оценка пиковой скорости выдоха (ПСВ) – проводится ТРИЖДЫ, после чего подсчитывается СРЕДНИЙ результат. Как правильно проводить пикфлоуметрию? Во-первых, вы должны уяснить, что в принципе это обследование нужно рассматривать как упрощенную (хотя и очень сильно) спирометрию. Поэтому, при проведении пикфлоуметрии и дальнейших тестов с аэрозолями, нужно придерживаться следующих правил.

1. Исследование проводится УТРОМ, НАТОЩАК, до приема лекарственных препаратов. То есть, за 8-12 часов до обследования нельзя принимать препараты ЭУФИЛЛИНА, ЭФЕДРИНА и любые БРОНХОРАСШИРЯЮЩИЕ и ГОРМОНАЛЬНЫЕ аэрозоли, а также ПРОТИВООТЕЧНЫЕ капли в нос. Если самочувствие не позволяет вам провести исходное исследование до приема лекарственных препаратов, то это уже означает, что ваша астма не контролируется назначенным лечением. Во-первых, это повод обратиться за квалифицированной помощью к пульмонологу. А во-вторых, можно попытаться провести обследование днем через 5-6 часов после первого приема пищи и лекарственных препаратов. В таком случае нужно иметь в виду, что для получения сколько-либо достоверных результатов также запрещается принимать лекарства, содержащие бронхорасширяющие препараты ДЛИТЕЛЬНОГО действия: Серевент, Форадил и пр. Причина проста – эти средства действуют в течение ближайших 12 часов, и поэтому результаты обследования будут НЕДОСТОВЕРНЫ.

2. Может случиться и так, что до начала обследования вы чувствуете себя плохо (затруднено дыхание, наблюдается частое подкашливание или кашель, в легких слышны хрипы или свисты), а при этом измерение ПСВ показывает нормальный результат. Это совсем не означает, что все в полном порядке. Просто пифлометрия – очень грубое и неточное исследование. Поэтому нередко результаты измерения ПСВ не соответствуют истинному положению дел. В такой ситуации можно попытаться все же провести тест с Сальбутамолом, после чего показатели измеряемого ПСВ могут существенно измениться и составлять более 100% от нормы. Но в любом случае ПЛОХОЕ самочувствие и величина ПСВ=100% – тоже повод обратиться к квалифицированному ПУЛЬМОНОЛОГУ, чтобы провести компьютерную спирометрию и внести коррективы в поддерживающее лекарственное лечение. Почему к ПУЛЬМОНОЛОГУ, а не АЛЛЕРГОЛОГУ? Потому, что в ситуации, когда астма вышла из-под контроля, и выражены симптомы БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ, выявлять «виновные» аллергены (чем аллергологи преимущественно и занимаются) бессмысленно. И уж тем более не стоит проводить в подобном случае «лечение» аллергенами, которое может ухудшить ваше состояние. Ибо, в первую очередь, следует устранить угрожающие здоровью последствия болезни, независимо от ее причины! А самым серьезным проявлением болезни, как мы уже говорили, является БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ, устранение которой является первоочередной задачей каждого пульмонолога.

3. И последний вариант: вы оцениваете свое состояние как удовлетворительное, но результаты измерения ПСВ и теста с Сальбутамолом свидетельствуют о наличии выраженной бронхиальной обструкции со значительным спазмом дыхательных путей или что еще хуже – НЕОБРАТИМЫМИ нарушениями. В ряде таких случаев нужно начинать самостоятельные действия. О них мы и поговорим на следующем занятии.

## **Занятие 6. Коррекция бронхиальной обструкции**

На предыдущих занятиях мы обсуждали, как с помощью пикфлоуметра выявить нарушения легочной функции, выраженность бронхоспазма и степень обратимости имеющихся нарушений.

На этом занятии попробуем научиться тому, что нужно делать в зависимости от результатов самостоятельного тестирования. В так называемых «астма-школах» учат, что нужно ориентироваться на показания пикфлоуметра: ПСВ снизилась – увеличивай дозу лекарств, ПСВ выросла – снижай дозу лекарств. Это очень просто, но неправильно. Ибо, во-первых, следует ориентироваться не на изменение показателей ПСВ, а на их соответствие ДОЛЖНЫМ (то есть нормальным) величинам. И пока ПСВ не достигнет результата близкого к индивидуальной норме – 90-100%, не стоит уменьшать дозы или отменять лекарственные препараты. Во-вторых, нужно обязательно учитывать обратимость бронхиальной обструкции – ОБО, выполняя тест с бронхорасширяющим препаратом. А если, например, исходный результат ПСВ, составлявший даже 80-85% от нормы, после ингаляции Сальбутамола не изменился, это означает, что обструкция необратима и связана с начавшейся закупоркой дыхательных путей слизью.

Патологический процесс начинается с воспалительного отека слизистой, вслед за которым начинается закупорка дыхательных путей слизью, которая начинает постепенно нарастать, захватывая все большую и большую часть воздухопроводящих путей. Периодически возникающий бронхоспазм, вызывает одышку, хрипы, свисты, затруднения дыхание и даже тяжелые приступы, и они плохо снимаются или вообще не снимаются бронхорасширяющими аэрозолями. А прогрессирование болезни в последующие годы приводит к увеличению выработки слизи, которая накапливается и застаивается в дыхательных путях, вызывая уже тяжелую необратимую обструкцию.

Поэтому своевременная диагностика с проведением простого теста с Сальбутамолом позволит вам избежать всех этих тяжелых проблем. Здесь я повторяюсь, но еще раз хочу напомнить всем: **ФАТАЛЬНЫЕ ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ И СМЕРТЬ ОТ АСТМЫ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ) СВЯЗАНЫ ИМЕННО С ЗАКУПОРКОЙ БРОНХОВ СЛИЗИСТЫМИ ПРОБКАМИ!**

Итак, рассмотрим возможные итоги пикфлоуметрии и тестирования с бронхорасширяющим аэрозолем, а затем я расскажу, что можно сделать самостоятельно в зависимости от полученных результатов. Рассматривать мы будем только те случаи, когда исходная величина ПСВ составляет выше 60% от нормальной, так как при показателе ПСВ в 60% и ниже астма расценивается как тяжелая и требуется вмешательство врача!

**Вариант первый. Полностью обратимая бронхиальная обструкция.** Исходная ПСВ выше 60% от должных значений. После ингаляции Сальбутамола ПСВ выросла до нормальных для данного больного значений.

**Пример.** Исходная ПСВ составляет 70% от нормы. После ингаляции Сальбутамола ПСВ составила 100% от должных значение (или выше). Вывод: имеются нарушения проходимости дыхательных путей (обструкция средней тяжести), преимущественно связанные с их спазмом. Такой вариант обструкции называется **БРОНХОСПАСТИЧЕСКИМ**.

В подобной ситуации наиболее целесообразно сделать бронхорасширяющую терапию **ПЛАНОВОЙ**, чтобы не допускать резких колебаний ПСВ (вызванных спазмом бронхов), приводящих, в конечном итоге, к прогрессированию обструкции. Этого можно добиться используя комбинацию Сальбутамола с Атровентом. Для взрослых рекомендуется **НЕЗАВИСИМО ОТ САМОЧУВСТВИЯ** делать по два вдоха каждого аэрозоля (вначале Сальбутамол, а после него Атровент) 3 раза в день **ЧЕРЕЗ РАВНЫЕ ПРОМЕЖУТКИ ВРЕМЕНИ** – 5-6 часов. Подобная тактика позволит поддерживать проходимость дыхательных путей в **НОРМЕ**, предотвращая дальнейшее прогрессирование обструкции. Де-

тям до 12 лет, следует назначать таким же образом по одному вдоху каждого аэрозоля.

**ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ:** не следует вдыхать эти аэрозоли чаще чем 4-5 раз в день! Если вы чувствуете потребность в более частом применении бронхорасширяющих аэрозолей, следует немедленно обратиться к врачу!

**Вариант второй. Частично обратимая бронхиальная обструкция.** Исходная ПСВ, как и в первом варианте, выше 60% от нормы. После ингаляции Сальбутамола ПСВ изменилась на 10% или больше, но не достигла нормальных значений.

**Пример.** Исходная ПСВ составляет 70% от должных. После ингаляции Сальбутамола ПСВ выросла умеренно и составила 85% от условной нормы. Вывод: степень спазма бронхов составляет 15%. А не исчезнувшие после бронхорасширяющегося аэрозоля остаточные нарушения проходимости дыхательных путей связаны с другими патологическими механизмами – воспалительным отеком слизистой бронхов или их закупоркой слизью.

В такой ситуации целесообразно: а) усилить бронхорасширяющую терапию (так, как описано в первом варианте); б) к лечению на 2-3 недели добавить БРОНХОЛИТИН, уменьшающий воспалительный отек, за счет содержащегося в нем ЭФЕДРИНА. Его следует принимать по одной столовой ложке 2-3 раза в день (детям – по одной чайной или десертной ложке в зависимости от возраста). К сожалению, Бронхолитин отпускают только по рецепту, поэтому держите его всегда про запас; 3) на 3-4 недели добавить к лечению отхаркивающие препараты: БРОМГЕКСИН или АМ-БРОКСОЛ. Они облегчат очищение дыхательных путей и будут уменьшать кашель (если он появляется).

На этом этапе к лечению для очищения дыхательных путей можно подключить ингаляции на ультразвуковом ингаляторе (УЗИ), о котором я расскажу на следующем занятии нашего астма-курса.

**Вариант третий. Необратимая бронхиальная обструкция.** Исходная ПСВ составляет более 60% от нормы, но после ингаляции Сальбутамола ПСВ изменяется менее чем на 10% от должных значений или остается на прежних значениях.

**Пример.** Исходная ПСВ составляет 70%, после ингаляции Сальбутамола ПСВ=75%. Совершенно ясно, что прирост ПСВ меньше 10% от нормальных значений. Вывод: имеется умеренно выраженная бронхиальная обструкция, преимущественно связанная с ЗАКУПОРКОЙ бронхиального дерева скопившейся слизью. В таких случаях можно начать выполнение всех пунктов третьего варианта, но они, в зависимости от конкретной ситуации, могут оказаться НЕЭФФЕКТИВНЫМИ! Эффективно помочь в таком случае может только ингаляционное лечение на УЗИ, о котором я расскажу позднее.

Итак, мы разобрали основные варианты действий в зависимости от результатов самостоятельного тестирования в случаях бронхиальной обструкции СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, когда исходная ПСВ составляет выше 60% от нормы. Запомните следующие правила:

1. Это лишь ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ назначения к той лечебной программе, которую вам назначили. Их цель – предотвратить развитие НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ситуации.

2. При всех вариантах развития событий не рекомендуется вдыхать одновременно с Сальбутамолом аэрозоли ДЛИТЕЛЬНОГО действия, а также содержащие их комбинированные аэрозоли. К ним относятся ВСЕ препараты, содержащие САЛЬМЕТЕРОЛ и ФОРМОТЕРОЛ.

3. Случаи, когда величина ПСВ составляет 60% и менее, должны расцениваться как астма с ТЯЖЕЛОЙ обструкцией. И тогда все САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ действия опасны!

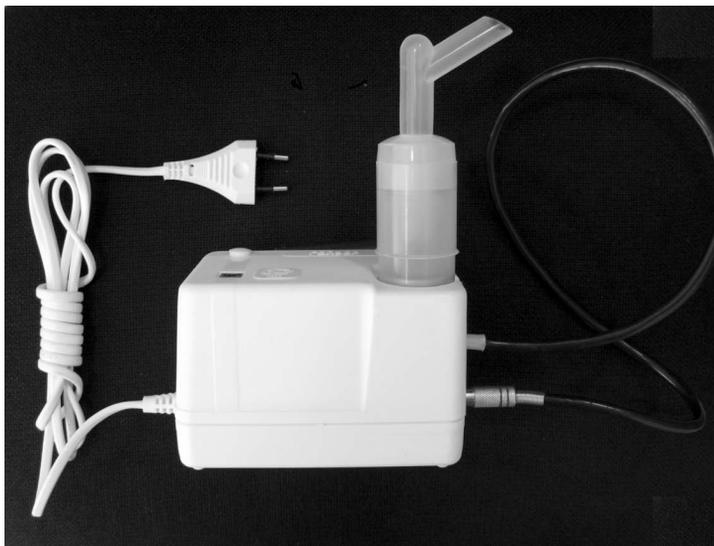
Только придерживаясь этих правил, вы сможете избежать для себя серьезных проблем.

## **Занятие 7. Очищение дыхательных путей – ингаляции на УЗИ**

Как уже говорилось, скопление слизи в дыхательных путях и закупорка их просвета является одним из самых серьезных последствий прогрессирования воспалительного процесса при астме. Паралитическое расширение бронхов полностью забитых слизистыми пробками – одна из основных причин фатальных приступов удушья и гибели астматиков, не считая случаев внезапной смерти. Поэтому очищение дыхательных путей от скопившейся слизи – самый эффективный путь профилактики прогрессирования болезни и ее осложнений. В первые годы болезни, когда количество скапливающейся в бронхах слизи незначительно, с этой целью можно использовать отхаркивающие средства в виде таблеток и сиропов. Но вспомните историю своей болезни: разве вам выписывали отхаркивающие средства? Думаю, что нет. А если кому-то и выписывали, то только на этапе, когда болезнь называли «бронхитом». Но как только диагноз поменялся на «астму», все забылось, кроме заветного баллончика с гормонами, рекомендуемого «национальными стандартами». Но вот только слизеобразующие клетки в бронхах об этом «не догадываются» и продолжают исправно исполнять свои обязанности, наполняя бронхи слизью. А вдыхаемые гормоны вместе с этой слизью и вытекаются или проглатываются. И удивительно, как все это напоминает российскую действительность: процесс вроде бы идет, а результата нет! В выигрыше остаются только фармфирмы, да чиновники от здравоохранения с «генералами» от медицины, протащившие отстойные западные стандарты в отечественную медицину.

Поэтому, когда вам будут рассказывать о том, что вы купив баллончик с аэрозолем, решите свои проблемы, не верьте! А лучше обратитесь в ближайший магазин медицинской техники и купите себе ультразвуковой ингалятор

(УЗИ) «Гейзер» (усовершенствованный «Муссон-3»). Как он выглядит вы можете посмотреть на фотографии.



*Фото. 1.* Ультразвуковой ингалятор «Гейзер»

Преимущества УЗИ перед компрессорными небулайзерами мы уже обсуждали. А вот почему именно «Гейзер»? Это именно тот аппарат, на котором наши пациенты проходят начальный – пробный – курс ингаляций. В течение первых трех месяцев они учатся правильно дышать и привыкают к ежедневным ингаляционным процедурам. И, как правило, после этого цикла чувствуют себя значительно лучше.

К тому же предлагаемая вам ингаляционная программа лучше подходит для этого аппарата, поэтому я советую приобрести его. Важно, что по соотношению цена/качество он вполне пригоден для начального курса лечения. Ибо для нормального самочувствия вам нужно будет повторить этот курс дважды: весной и осенью, то есть в самые неблагоприятные сезонные периоды. С вероятностью 75% после

этого вы будете чувствовать себя вполне нормально, или по крайней мере гораздо лучше.

К ингалятору, естественно, необходимы лекарства. Вам придется их тоже покупать и заказывать в производственном отделе аптеки, поскольку вряд ли их будут выписывать бесплатно. Для начального курса лечения на УЗИ «Гейзер» вам необходимы: а) бронхорасширяющие препараты; б) отхаркивающие и антисептические смеси; в) противовоспалительные или противоаллергические препараты. Схема ингаляций достаточно проста:

1. За 15 мин до проведения ингаляций на УЗИ следует вдохнуть бронхорасширяющие препараты. Мы рекомендуем вдохнуть вначале две дозы Сальбутамола, а затем две дозы Атровента (детям до 12 лет соответственно по одной дозе). Сальбутамол оказывает быстрое, но короткое бронхорасширяющее действие, а Атровент, наоборот, медленное и длительное. То есть, комбинация этих аэрозолей обеспечит быстрый и продолжительный бронхорасширяющий эффект – до 4-6 часов.

2. Налить в камеру УЗИ «Гейзер» 10 мл ОТХАРКИВАЮЩЕГО раствора. К отхаркивающему раствору рекомендуется добавить 1-2 мл АНТИСЕПТИКА. И затем этой смесью проводить ингаляцию до окончания распыления (это может занять 10-15 мин). Во время ингаляции дышать нужно глубоко и спокойно. Между вдохом и выдохом обязательно выдерживать ПАУЗУ, равную ПОЛОВИНЕ продолжительности вдоха. Например: спокойный полный вдох в течение 8 сек., пауза – 4 сек., спокойный полный выдох в течение 8 сек.

Совет: растворы для ингаляций лучше наливать непосредственно в аэрозольную камеру «Гейзера» (прилагаемые стаканчики можно просто выбросить). В таком случае эффективность ингаляций будет выше. Правда в этом случае ингалятор прослужит без ремонта не больше 3-6 мес.

3. После окончания ингаляции, если будет необходимость, откашляться, а затем последовательно вдохнуть противовоспалительные аэрозоли. У пациентов с бронхи-

альной обструкции средней тяжести (ПСВ 61-80% от нормы) рекомендуется вдыхать не менее 4 инг. доз Беклометазона в дозировке по 100 мкг. В этом случае общая доза составит 400 мкг препарата. Для детей доза должна составлять половину от взрослой – то есть 2 вдоха (200 мкг).

После ингаляций Беклометазона для профилактики кандидоза тщательно прополоскать рот и горло 2-4% раствором пищевой соды.

Такие ингаляции следует проводить два раза в день – утром и вечером (с интервалом 12 часов), после еды. Ну а если в течение дня у вас возникают затруднения дыхания, то необходимо дополнительно делать 1-2 вдоха Сальбутамола с Атровентом. Это несложное лечение позволит вам через 2-3 недели чувствовать себя абсолютно нормально. Когда показатели ПСВ будут восстановятся до 95-100% от нормы, Беклометазон можно будет заменить негормональными противовоспалительными средствами, например Кромогексалом.

Хочу предупредить, что, наверняка, какой-нибудь «продвинутый» терапевт или пульмонолог будет вам рассказывать, что Беклометазон давно устарел и предложит выписать самый «лучший» баллончик «от астмы». Или предложит выписать препарат с дозировкой побольше, например, 250 мкг, чтобы делать 1-2, а не 2-4 вдоха аэрозоля. Ни в коем случае не слушайте таких «спецов». Ведь они даже не догадываются, что при ингаляции каждой дозы из баллончика потери лекарства достигают 75%! Более того, при вдыхе лишь одной дозы препарат часто распределяется неравномерно и не попадает в некоторые участки дыхательных путей. Именно поэтому, введение аэрозоля небольшими дробными дозами улучшит распределение лекарства в легких и сведет к минимуму его потери.

Не «покупайтесь» и на разговоры о более современных аэрозолях. Мы давно уже убедились в том, что фармфирмы, мягко говоря, преувеличивают достоинства своих но-

вых аэрозолей. Вы просто зря выбросите деньги! Но если вы уже приобрели или получили по бесплатному рецепту другие противовоспалительные аэрозоли, то можете использовать их. Варианты замены аэрозолей, прописи отхаркивающих и антисептических растворов вы найдете в приложении «Препараты и прописи для ингаляций».

Но запомните главное:

Аэрозоли в виде порошка нежелательны для лечения. Потому что они почти не проникают в самые нижние отделы дыхательных путей.

А так называемые «научные» данные по этому вопросу – просто-напросто спекуляции фармфирм, выставляющих свои препараты в выгодном свете.

В заключение хочу добавить, что при правильном выполнении даже такой – упрощенной – программы ингаляционного лечения вы сможете очистить дыхательные пути от слизи и инфекции, улучшить легочную функцию и чувствовать себя вполне нормально. Конечно, это лечение не избавит вас от астмы, но избавит от инвалидности, частых обострений и прогрессирования болезни. Но повторюсь, только при ПРАВИЛЬНОМ выполнении. Поэтому следующее занятие мы посвятим разбору наиболее частых ошибок, совершаемых пациентами при проведении аэрозольного лечения.

## **Занятие 8. Как правильно делать ингаляции**

Когда речь заходит об ингаляциях, многим это кажется очень простой процедурой. На самом деле – это самый трудный вид терапии. «А что в этом трудного – возразите вы – «нажимай на клапан баллончика, да вдыхай». Ну, а если речь идет об ингаляционных аппаратах, все кажется еще проще: наливай, включай, а потом сиди и дыши.

Но, на самом деле, все очень сложно. И вся сложность заключается в уязвимости ингаляционного введения лекарств: тот факт, что вы вдыхаете лекарства, еще не означает, что они попадают в дыхательные пути и равномерно в них распределяются, а не выдыхаются обратно в атмосферу! Поэтому запомните самое главное правило:

После того как вы сделаете вдох аэрозоля, обязательно задерживайте дыхание на 5-10 сек. И только затем делайте выдох!

В противном случае большая часть вводимого препарата будет выдыхаться в атмосферу. Это правило необходимо соблюдать неукоснительно: и при вдыхании аэрозоля из баллончика, и при проведении ингаляций на УЗИ. Поэтому перед проведением лечения нужно обязательно освоить правильную технику ингаляций.

### **11.1 Как правильно вдыхать дозированные аэрозоли**

Правильным маневрам при использовании дозированных ингаляторов следует уделять внимание каждый раз при их использовании, ибо при малейшей небрежности потери препарата, снижение эффективности и продолжительности лекарственного действия будут неизбежны. А это обычно приводит к необходимости более частых ингаляций. Как же правильно пользоваться дозированными аэрозолями?

Во-первых, аэрозоль необходимо вдыхать стоя, а во-вторых, соблюдать определенную последовательность действий:

- энергично встряхнуть 2-3 раза баллончик с аэрозолем;
- сложив губы «трубочкой», сделать спокойный и максимально ПОЛНЫЙ ВЫДОХ ЧЕРЕЗ РОТ;
- поднять голову вверх, взять мундштук в рот, ПЛОТНО ОБХВАТИВ ЕГО ГУБАМИ;
- делая ЭНЕРГИЧНЫЙ и ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЙ ВДОХ, нажать в начале (в первой трети) вдоха на головку клапана распылителя и, продолжая ВДОХ, максимально ПОЛНО и ГЛУБОКО «втягивать» аэрозоль в дыхательные пути;
- вдохнув аэрозоль, задержать дыхание на 5-10 сек и затем сделать СПОКОЙНЫЙ ВЫДОХ ЧЕРЕЗ НОС.

Выполнив эти маневры, вы получите одну ингаляционную дозу препарата. В случае если на прием необходимо более одной дозы, необходимо повторить вышеописанную процедуру соответственно количеству доз. Особенно следует запомнить последнее правило: ПРИ ВДЫХАНИИ АЭРОЗОЛЯ НЕЛЬЗЯ НАЖИМАТЬ ГОЛОВКУ КЛАПАНА РАСПЫЛИТЕЛЯ БОЛЕЕ ОДНОГО РАЗА.

Важность правильной техники ингаляций из аэрозольных баллончиков обусловлена и тем, что даже при идеальном выполнении всех правил в легкие попадает не более 25% от вдыхаемой дозы препараты. Поэтому не пренебрегайте возможностью лишний раз потренироваться «вхолостую» (не нажимая на клапан) правильной технике ингаляций. Можно еще добавить, что, по данным проведенных исследований, 80% ОБУЧЕННЫХ врачами больных вдыхают аэрозоли неправильно. А повторное обучение сокращает эту цифру только до 60%. Становится понятным, почему многие больные вместо 2-3 раз пользуются аэрозолями более 10-15 раз в сутки, но и даже при этом эффект от приема лекарств весьма низкий.

В заключение напоминаю: мы обсуждаем технику ингаляций при использовании дозированных аэрозолей с газом-носителем. Ингаляторы с порошкообразными аэрозолями

требуют несколько другой техники ингаляций, но они НЕ-ПРИГОДНЫ для нашего курса лечения.

## 11.2. Как правильно делать ингаляции на УЗИ

Производительность ультразвукового ингалятора «Гейзер» составляет около 1 мл раствора в минуту. Поэтому среднее время, затрачиваемое на ингаляцию 10 мл аэрозоля составляет около 10 минут. Довольно часто это время удлиняется до 15-20 минут за счет необходимости выдерживать паузу между вдохом и выдохом, глубокого и медленного дыхания или в случае, когда ингаляции проводятся детям. Четверть часа ингаляций на УЗИ, плюс предварительные ингаляции бронхорасширяющих аэрозолей, последующие ингаляции противовоспалительного аэрозоля Беклометазона превращаются в конечном итоге в 30-40 минут времени, которое больной астмой должен тратить на себя дважды в день. А если пациент проходит лечение на мощном ультразвуковом ингаляторе, то все вышеназванное может потребовать и 50-60 минут личного времени в утренние и вечерние часы. Поэтому у некоторых людей появляется соблазн совместить ингаляции с более интересными с их точки зрения занятиями: просмотром телевизионных передач, чтением книг, прослушиванием музыки и прочим. А через три месяца оказывается, что результат таких вот совмещенных процедур оказывается весьма скромным или вообще отсутствует.

И когда недоумевающий пациент спрашивает, почему лечение не дает результата, мы у себя в «Астма-Сервис» усаживаем его за ультразвуковой ингалятор с необходимыми лекарствами и предлагаем подышать аэрозолями. Даже одной единственной не совмещенной с другими занятиями процедуры хватает для того, чтобы он понял, что до этого все делал неправильно. Потому что, когда человек за ингалятором совершает неосознанный вдох и выдох, он просто становится посредником между ингалятором и атмосферой. Лекарства же не попадают в легкие, а витают вокруг него в

виде туманного облака аэрозоля. Поэтому запомните обязательное правило:

**Ингаляции на УЗИ нельзя совмещать с другими занятиями. Во время процедур необходимо четко разграничить ВДОХ, ЗАДЕРЖКУ ДЫХАНИЯ И ВЫДОХ!**

Только в этом случае лекарства будут оседать в дыхательных путях, а не попадать в окружающую вас атмосферу. И, конечно, недопустимо делать ингаляции лежа или еще в какой-нибудь экзотической позе. Во время процедуры следует сидеть прямо с ровной спиной, без напряжения, но не держа руки на весу. Только в таком положении можно будет без труда «высидеть» 15-20 минутную процедуру. В заключение еще раз повторяю: при правильном проведении ингаляций во время ВЫДОХА аэрозоль попадает в окружающую атмосферу в минимальном количестве и не скапливается вокруг в виде тумана. Это означает, что он оседает в дыхательных путях. Только тогда ингаляционное лечение будет эффективным.

Следующие занятия будут посвящены образу жизни: закаливанию, диете, дыхательной гимнастике. Ибо мысль, что «природа лечит, а врач (и его лекарства) только помогают ей», на мой взгляд, актуальна и сейчас. Ведь никакие лекарства не заменят дыхания, движения и правильного питания, так же как ни диеты, ни дыхание, ни движение не заменят необходимых больному лекарств.

## Занятие 9. Правильное закаливание

Вопрос о закаливании не так прост, как кажется на первый взгляд. Поэтому-то подавляющее большинство больных астмой (как, впрочем, и здоровых субъектов) имеют об этом весьма туманное представление. Многие из читающих эту книгу, вероятно, не раз пытались начать закаливание, но затем прекращали этим заниматься в результате простуды или в связи с полной неэффективностью проводимых процедур. Существует множество рекомендаций по закаливанию: как излишне осторожных, предлагающих обтирания водой комнатной температуры с постепенным ее понижением, так и крайне смелых, требующих начинать сразу с ныряния в холодную прорубь. Как-то в брошюре от НИИ Пульмонологии с громким названием «Победим бронхиальную астму» я прочитал, что начинать закаливание нужно путем обливания холодной водой – с температурой ниже 13°C. Замечательный метод! «Только необходимо предупредить, – пишется в ней, – ...в первые три месяца... возможны обострения астмы». В этом случае следует обливаться... «чаще (до 4-8 раз в сутки)»(!?). Вряд ли авторы подобных рекомендаций испытывали их на себе, ибо страна могла бы лишиться именитых ученых: академика, профессора, доцента и того, кто эту брошюру, собственно, и писал. А вот зачем понадобилось столько авторов для публикации труда в 20 (!) страниц, непонятно. Такова, видно, эффективность российской науки. Но вернемся к закаливанию.

Хотя в принципе приемлемы любые системы закаливания (но только при правильном их применении), лично я сторонник умеренного подхода. Для того чтобы закаливающие процедуры были эффективными, необходимо не только тщательное выполнение предлагаемых рекомендаций, но и их понимание. Попытаемся определить, что же такое закаливание, каковы его цели и к чему оно приводит.

С физиологической точки зрения ЗАКАЛИВАНИЕ – ЭТО ФОРМИРОВАНИЕ УСЛОВНОГО РЕФЛЕКСА, ПРИВОДЯ-

ЩЕГО К РАСШИРЕНИЮ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ПОЯВЛЕНИЮ ЧУВСТВА ТЕПЛА В ОТВЕТ НА ХОЛОДОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ. Наверное, все вы не раз переносили простуды. И если припомнить подробно всю цепочку событий при простуде, то в ней выявятся следующие звенья: 1) переохлаждение (вследствие воздействия холода или сквозняка); 2) чувство холода; 3) спазм периферических сосудов и нарушение кровообращения, хорошо видимые по изменению цвета кожи (побледнение или посинение) и 4) все вытекающие отсюда последствия: першение и саднение в горле, выделения из носа, кашель и в финале больничный лист: в лучшем случае с диагнозом ОРЗ, в худшем – обострение астмы с массой неприятных проблем.

Если вы внимательно все прочитали, то сразу же поймете, что в основе простуды также лежит рефлекс, но противоположного свойства – ВРОЖДЕННЫЙ РЕФЛЕКС СПАЗМА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ПОЯВЛЕНИЯ ЧУВСТВА ХОЛОДА В ОТВЕТ НА ВОЗДЕЙСТВИЕ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ. Поэтому, вырабатывая у себя условный рефлекс расширения периферических сосудов и появления ощущения тепла в ответ на воздействие холода, вы становитесь невосприимчивыми к простудам. Каким же образом достигнуть такого результата? Для этого достаточно в процессе выполнения любой процедуры закаливания (при обтирании или обливании) добиваться появления ощущения тепла и покраснения кожи. ЕСЛИ В ПРОЦЕССЕ ЗАКАЛИВАЮЩИХ ПРОЦЕДУР ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧУВСТВО ОЗНОБА ИЛИ ХОЛОДА, ЗНАЧИТ, ВЫ ДЕЛАЕТЕ ЧТО-ТО НЕПРАВИЛЬНО! После закаливающей процедуры вам должно стать жарко. При этом условии вы никогда не пострадаете от закаливания и станете невосприимчивы к простудам и переохлаждениям.

«Как же добиться такого результата?» – спросите вы. Ответ прост: в процессе воздействия холодной нагрузки, энергично растирая всю поверхность тела, нужно вызвать расширение самых мелких периферических сосудов – капилляров, проявляющееся покраснением кожи и ощущением тепла. Именно при выполнении этого единственного

условия можно использовать любую систему закаливания с пользой для себя и без риска для здоровья. Длительной практикой мной проверена собственная система закаливания, пригодная как для больных, так и для здоровых. Она проста и не требует много времени и усилий. Единственное условие ее эффективности – ежедневность проведения процедур, что, впрочем, обязательно для любой системы закаливания, так как вырабатываемый условный рефлекс без ежедневной поддержки ослабевает и исчезает.

Итак, начинаем закаливаться. Утром (после физкультуры, если вы ею занимаетесь) в ванной комнате открываем кран с ХОЛОДНОЙ водой, смачиваем вафельное полотенце (оно достаточно влагоемкое и грубое), затем «ДОСУХА» его выжимаем и «сухим» холодным полотенцем растираем тело ДОКРАСНА! Чтобы обтереться полностью, необходимо соблюдать определенную последовательность в растирании, например: правая рука, левая рука; грудь, спина; правая нога, левая нога. После растирания должно появиться ощущение тепла. ЕСЛИ ВЫ ОЩУЩАЕТЕ ОЗНОБ ИЛИ ЧУВСТВО ХОЛОДА, ЗНАЧИТ, ЧТО-ТО ДЕЛАЕТЕ НЕПРАВИЛЬНО: ИЛИ ПЛОХО ВЫЖИМАЕТЕ ПОЛОТЕНЦЕ, ИЛИ НЕДОСТАТОЧНО ЭНЕРГИЧНО РАСТИРАЕТЕСЬ. Эту процедуру необходимо выполнять в течение трех месяцев, увеличивая ее продолжительность за счет нескольких повторений. Через три месяца делаем все то же самое, не выжимая при этом полотенца. И через шесть месяцев регулярных процедур уже можно приступить к обливаниям под холодным душем с одновременным растиранием жестким вафельным полотенцем.

Закаливание по этой системе лучше всего начинать в июле-сентябре, так как естественное сезонное снижение температуры воды обеспечит постепенность в наращивании холодовой нагрузки. Помните при этом только о ГЛАВНОМ условии: после закаливающей процедуры у вас должно появиться ощущение тепла! Ежедневные водные процедуры полезны не только в смысле закаливания, но и гигиены, так как они очищают кожу, улучшают кровообращение и кожное дыхание (вклад которого составляет до 10%), что

особенно важно при легочных заболеваниях. Попробуйте начать закаливание и наберитесь терпения. Результат не заставит долго ждать: у вас исчезнет постоянная потливость, наладится терморегуляция, вы перестанете чрезмерно тепло одеваться и будете невосприимчивы к сквознякам и простудам.

Встречаются субъекты, у которых даже незначительное холодное воздействие вызывает симптомы простуды и очередного обострения. В подобных случаях закаливание можно начинать еще более «мягко»: раздевшись, растереться сухим полотенцем до появления ощущения тепла, а через 3-4 недели попробовать начать смачивать, а затем выжимать полотенце водой комнатной температуры.

Как уже говорилось, закаливающие процедуры необходимо проводить утром. Вечером рекомендуется принимать теплый душ, способствующий расслаблению мускулатуры, улучшающий кровообращение и позволяющий содержать тело в чистоте. Заканчивая занятие, хочу добавить, что закаливание неотъемлемый элемент человеческой культуры, придерживаться которого должны не только больные, но и здоровые люди. Ведь согласитесь, что вид неопрятного и не следящего за собой человека, независимо от того, болен он или здоров, не может вызвать симпатии.

## Занятие 10. Диета и разгрузочные дни

Диета для больных астмой один из самых сложных вопросов. И по этому поводу можно однозначно сказать следующее: она должна быть достаточно калорийной, легкоусвояемой и по возможности с использованием только натуральных продуктов. Желательно исключить копчености, животные жиры, колбасы и все виды консервов. Это связано с тем, что многие консерванты, используемые в пищевой промышленности, в частности сульфиты, нитраты и другие, обладают способностью ухудшать течение бронхиальной астмы. Прохладительные напитки «Фанта», «Пепси-кола» и им подобные, а также лимонады на основе различных экстрактов и эссенций больным астмой тоже не рекомендуются. Идеальные напитки для астматиков – чай и минеральная вода, а вот употребление алкоголя абсолютно исключено. В последние годы в научной литературе описаны случаи так называемой «ресторанной астмы», после обильных возлияний в различных заведениях у астматиков развивались тяжелейшие приступы, и они попадали в палаты интенсивной терапии и отделения реанимации. Причины этого явления мы обсуждать не будем – это предмет специального исследования. Но серьезно задуматься над этим фактом необходимо.

Таблица 4

**Фрукты, ягоды и овощи, содержащие салицилаты**

Фрукты	Ягоды	Овощи
Яблоки, абрикосы, виноград, лимоны, персики, дыни, апельсины, сливы	Смородина, вишня, ежевика, крыжовник, малина, земляника	Огурцы, перец, помидоры, картофель

Особенно строгую диету нужно соблюдать больным с пищевой и аспириновой непереносимостью, так как все погрешности питания немедленно отражаются на их состоянии. Выбор диеты больным с непереносимостью аспирина существенно затруднен тем обстоятельством, что салицилаты – аналоги аспирина – содержатся во многих пищевых

продуктах, в частности фруктах и овощах. Для примера привожу данные из уже упоминавшегося зарубежного руководства «Бронхиальная астма» (под ред. Э. Гершвина), переведенного на русский язык более 25-ти лет назад (табл. 3). Как видно из приведенных данных, практически все овощи, фрукты и ягоды, «имеющие хождение» в России, содержат салицилаты. Кроме этого, огромное количество добавок, вызывающих реакции, подобные салицилатам, содержат консервированные продукты. Поэтому единственный совет, который я могу дать вам по этому поводу: будьте осторожнее с консервами, а без овощей и фруктов из этого списка с учетом наших условий вряд ли долго протянешь.

По-видимому, наиболее разумно при непереносимости аспирина во-первых, не употреблять эти продукты в периоды ухудшения состояния, а, во-вторых, если уж и употреблять (конечно, из тех, которые вы можете себе позволить), то знать меру. Ну а если вы не стеснены в средствах, можно перейти на тропические фрукты и овощи: манго, папайю и прочие. Кстати, всем доступные бананы, не содержат салицилатов тоже. В принципе же, каждый больной с аспириновой непереносимостью индивидуальную диету должен подбирать для себя сам.

Немаловажное значение имеет выбор диеты для больных, принимающих таблетированные гормональные препараты, так как избыточная масса тела, появляющаяся на фоне длительного приема стероидов, ухудшает течение и прогноз заболевания. В подобных ситуациях практически всем требованиям отвечает молочно-растительная диета с использованием молока и кисломолочных продуктов: кефира, простокваши, творога, а также большинства овощей: свеклы, кочанной и цветной капусты, спаржи, моркови, кабачков и др. Следует ограничить употребление картофеля (тем более, что в нем содержится много салицилатов) и большинства круп (кроме гречневой), мучных, макаронных и кондитерских изделий. Нежирное мясо и рыба рекомендуется 1-2 раза в неделю, в отварном виде. Особенно тщательно соблюдать диету должны те, кто имеет избыточную

массу тела. Ведь лишние 20-30 кг веса не только ухудшают самочувствие, но и требуют большего количества лекарственных препаратов. В этой связи полезно проведение курсов разгрузочно-диетической терапии и голодания. Но запомните следующее:

Самостоятельно разгрузочные и голодные дни (1-2 дня в неделю) можно проводить только в том случае, если больной не получает гормональных препаратов в таблетках и не страдает хроническими желудочно-кишечными заболеваниями.

Самый простой способ разгрузки – 24-часовое голодание один раз в неделю. Оно не требует никакой подготовки и его удобнее начинать с вечера до вечера следующего дня. Ужин накануне должен быть максимально легким. Во время голодания рекомендуется выпивать каждые 1,5-2 часа по стакану обычной или минеральной воды с минерализацией не более 2-3 г/л. Так, чтобы суточное количество жидкости составляло около двух литров. Идеальной минеральной водой является «Нарзан». Высокоминерализованные воды типа «Ессентуки», «Боржоми» и прочие употреблять во время голодания не стоит. Воду нужно обязательно подогреть, чтобы уменьшить количество углекислого газа. Во время голодания не следует принимать никаких лекарств, кроме бронхорасширяющих аэрозолей: САЛЬБУТАМОЛ + АТРОВЕНТ по 2 вдоха 2-3 раза в день через равные промежутки времени. Запомните два обязательных правила:

Еженедельные голодные дни можно проводить только после первого трехмесячного курса очищения бронхов с помощью ингаляций на УЗИ.

Только в этом случае временный отказ от лекарств никак не скажется на вашем самочувствии.

## Занятие 11. Профилактика простуд и ОРВИ

Наверное, все из читающих эту книгу не один раз переносили острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ). В периоды эпидемий респираторных заболеваний – гриппа или других ОРВИ – заболеть может каждый: и больной астмой, и совершенно здоровый человек.

Могу сказать уверенно, что для многих эта проблема как одинаково ежегодно возникает, так и одинаково ежегодно протекает: появляется температура, саднение и першение в носоглотке, насморк или заложенность носа, слабость и т. д. Увеличивается в карманах и сумочках количество носовых платков, а в коллективах – больничных листов. Но, несмотря ни на что, многие стойко переносят все невзгоды на ногах и «героически» продолжают посещать работу или в вынужденные «вирусные каникулы» успевают решить много бытовых проблем. А по «возвращении в строй» на вопрос: «Как же вы лечились?», следует, как правило, однотипный ответ: «Горячий чай (молоко) с малиной, медом и прочие народные средства». На вопрос о лекарствах удивляются и спрашивают: «А зачем?» Действительно, всем известна народная «мудрость»: если грипп лечить, то болеешь всего семь дней, а если не лечить – то неделю. К тому же и от болезни не уберешься, поскольку это – инфекция. И ежегодно большая часть населения с осени до весны попеременно шмыгает носом, сетуя на погоду и эпидемии.

Но никому ведь и в голову не приходит, что в этом виноваты в большой мере вы сами! Оглянитесь вокруг: на работе, в общественных местах (в учреждениях, метро и другом транспорте) постоянно встречаются кашляющие и чихающие субъекты, которые при этом вообще не прикрывают рот и нос. В лучшем случае они «изображают» это, поднося ко рту кулак или ладонь. А вы даже не подозреваете, что поток воздуха, вырывающийся при кашле и чихании со скоростью, превышающей сто километров в час, «несет» инфекцию на расстояние до 10 метров! И эти «герои», чихая и

кашляя на работе, в общественных местах и дома, передают «эстафету» другим, даже вряд ли об этом подозревая. А вы удивляетесь потом: утром был здоров, на работе никто не болеет, в чем же причина? Ответ простой – в вас самих! Что вы персонально сделали, чтобы уберечь себя или близких от заражения? Как вы сами себя ведете, будучи больным? Во многих случаях так же – без умысла: кашляя и чихая на окружающих с поднесенным ко рту кулаком или ладонью, заражаете других, чтобы в недалеком будущем быть зараженным ими.

Ведь вирусные инфекции, если вы знаете, передаются только воздушно-капельным путем! И избежать заражения в условиях современного города можно только соблюдая определенные правила. Они достаточно просты: 1) старайтесь избегать контактов с людьми, переносящими респираторные инфекции. Если кто-то приходит на работу больным, всем коллективом постарайтесь отправить его домой лечиться. Если же он не выполняет своей обязанности лечиться дома, объясните, что это равносильно нанесению всем умышленного вреда; 2) если у вас заболел кто-нибудь дома, постарайтесь изолировать больного, надевайте на него марлевую маску, когда находитесь рядом с ним (это проще, чем надевать маски всем здоровым членам семьи); обязательно проветривайте и «кварцуйте» ультрафиолетовой лампой квартиру; 3) если в классе, где учится ваш ребенок, появились «шмыгающие носом» дети, «придержите» его на недельку дома – пропущенные занятия с лихвой окупятся, если он не заболеет, как все; 4) научите его правилам «противогриппозной безопасности» и следуйте им сами: никогда не допускайте кашлять другим себе в лицо, не позволяйте чихать и кашлять в свою сторону субъекту, не прикрывающему рот и нос носовым платком. Отойдите от него или повернитесь к нему спиной. А если это невозможно (например, в общественном транспорте), сами закройте рот и нос платком или разверните перед собой газету. По возможности перейдите или пересядьте на другое место – уверяю вас: стояние на ногах менее вредно, чем респираторная инфекция; 5) но, самое главное, делайте это неза-

метно и максимально деликатно. Не вступайте с кашляющими и чихающими людьми в конфликт и не пытайтесь воспитывать незнакомых людей. К сожалению, многие представители нашего общества не только малокультурны, но и агрессивны. Помните: ваша осторожность вознаградится, и вы не заболеете! Ну а что делать, если, несмотря на принятые меры предосторожности, не повезло? Немедленно принимайте неотложные меры для того, чтобы вирусная инфекция не спровоцировала тяжелое обострение астмы.

Симптомы ОРВИ: саднение и першение в горле, затруднение носового дыхания и выделения из носа развиваются в результате повреждения вирусом слизистой оболочки верхних дыхательных путей, запускающих острый воспалительный процесс. И если вы вспомните все, о чем я говорил выше, то поймете, почему очень часто после перенесенной респираторной инфекции наступает тяжелое обострение астмы.

У некоторых астматиков респираторные инфекции иногда протекают без субъективного ухудшения состояния: они не отмечают усиления одышки и затруднений дыхания, учащения или утяжеления приступов удушья. Однако это только ощущения. И если после перенесенной вирусной инфекции больному провести компьютерную спирометрию, то можно сразу увидеть объективную картину: достоверное снижение всех показателей. А через некоторое время пациент почувствует и ухудшение самочувствия вследствие обострения астмы. Возможно, он уже забудет о перенесенной вирусной респираторной инфекции и будет недоумевать: почему вдруг астма вышла из-под контроля, несмотря на систематическое лечение?

Так вот, запомните: **ЛЮБАЯ ПЕРЕНОСИМАЯ ВАМИ РЕСПИРАТОРНАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ В ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СТЕПЕНИ ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.** Правда, в силу ряда причин (их обсуждать мы не будем, поскольку это не является предметом нашей книги) довольно часто наблюдается некоторая инерция во времени от начала ОРВИ до обострения астмы. Поэтому больной

не сразу ощущает ухудшение состояния, особенно в первые дни респираторной инфекции.

В этой связи вы можете задать мне вопрос: «Что же делать в случае простуды, респираторной инфекции или при первых признаках обострения заболевания?» Во-первых, не паниковать, а во-вторых, сразу же, не дожидаясь встречи с врачом, принимать экстренные меры. Они очень просты:

1. Если у вас нет непереносимости нестероидных противовоспалительных средств (аспирина, анальгина, амидопирин и прочих) и вы не принимаете гормональных препаратов, начинайте прием аспирина (ацетилсалициловой кислоты) по 0,5 грамма 3 раза в день после еды. Лучше, если аспирин будет зарубежным (в растворимой форме). Детям в этих случаях предпочтительнее назначать парацетамол в дозировках, соответствующих их возрасту. Одновременно с аспирином принимайте аскорбиновую кислоту (витамин С) по 0,3-0,5 грамма 3-4 раза в день после еды.

2. Используйте все известные тепловые и согревающие процедуры: горячее молоко с медом, содой и другое теплое питье; горячие общие и ножные ванны – в общем все, что лучше всего именно вам помогает от простуды.

3. В первый же день необходимо усилить противоастматическую терапию, увеличив дозы противовоспалительных препаратов среднем на 50%. Если затруднено носовое дыхание, обязательно закапывайте капли в нос и начинайте принимать отхаркивающие препараты. Идеальным средством практически во всех случаях является Бромгексин или его аналоги. Чтобы уменьшить воспалительный отек в бронхах, необходимо добавить к лечению Бронхолитин.

Если, несмотря на принятые меры, ваше состояние будет ухудшаться, необходимо обратиться к врачу, ибо осложнением ОРВИ и гриппа может быть пневмония. А она требует уже совсем другого лечения.

И еще одна тема, о которой мне хотелось бы поговорить как в связи с острыми респираторными инфекциями, так и в связи с астмой. Это несколько слов о культуре поведения.

## Не кашляйте друг на друга!

Хронически больные люди (с астмой, бронхитом), кашляющие курильщики встречаются везде: в учреждениях, метро, на улицах. И везде, не только в общественных местах, но и порой в семье, в кругу близких людей, многие из них, начиная кашлять, даже не отворачиваются в сторону. Вряд ли они делают это с умыслом. Они просто не знают, что вместе с потоком вылетающего с кашлем воздуха вокруг распространяется инфекция из дыхательных путей. А окружающие не могут себе даже представить, что инфекция длительно болеющих людей (астмой, хроническим бронхитом, муковисцидозом и др.) практически нечувствительна к большинству самых распространенных антибиотиков. Как-то я прочитал очень интересное научное исследование, из которого выяснил, что из всех врачей хроническим бронхитом и астмой чаще всего болеют именно пульмонологи (то есть специалисты, имеющие дело с хронической легочной инфекцией).

Во время работы в клинике мне часто приходилось сталкиваться с таким явлением: больные с различной инфекцией, высеваемой при бактериологических исследованиях мокроты, находившиеся в одной палате, нередко «обменивались» ею друг с другом. И если, например, у одного из мокроты высеивался золотистый стафилококк, а у другого – кишечная палочка (к счастью, такое наблюдается не очень часто), то к концу пребывания в больнице каждый из них становился обладателем обоих микробов. А как я уже говорил, присоединившаяся к астме вторичная инфекция существенно изменяет и характер, и течение заболевания. Так что подумайте над этими наблюдениями.

Более того, такие агрессивные микробы, как кишечная палочка, синегнойная палочка, гноеродный и зеленающий стрептококки, золотистый стафилококк и прочие, прижившись в здоровых легких, могут вызвать тяжелый хронический бронхит, который впоследствии резко изменит внешний вид даже очень цветущего человека. Достаточно вспомнить литературные описания XIX века «чахоточных на

вид» молодых людей. И поэтому первое, что вы должны сказать человеку, кашляющему на вас: «Пожалуйста, не кашляйте на меня и, если можно, прикройте рот и нос платком». А лучше просто отойдите от него! Ведь избавиться от прижившейся в легких инфекции вы сможете только путем длительного и упорного лечения, если найдете специалиста, занимающегося такой проблемой. Поэтому гораздо проще этого избежать.

## Занятие 12. Подводим итоги астма-курса

Закончив астма-курс, научившись все делать, не подглядывая в книгу и педантично выполняя все рекомендации, вы обязательно достигнете успеха. Каков должен быть результат? Во-первых, отсутствие кашля, приступов затрудненного дыхания и удушья. Во-вторых, показатели ПСВ при этом должны быть максимально близки к вашей индивидуальной норме. Конечно, это не избавит вас полностью от болезни. Для того, чтобы избавиться от астмы, нужно сделать гораздо больше (еще раз прочтите введение в астма-курс). Не забывайте, что астма-курс – это программа САМОЛЕЧЕНИЯ, весьма простая и доступная для каждого. И для нормальной жизни ее может оказаться достаточно. Ну а если кто-то захочет больших достижений, могут пройти курс лечения в «Астма-Сервис». Не исключено, что у некоторых из вас возникнут проблемы. Постараюсь рассказать о самых частых из них.

**Проблема первая.** В первые дни от начала процедур ингаляции на УЗИ вызывают затруднения дыхания. Причина этого заключается в чрезмерной реакции бронхов в ответ на введение аэрозолей. В подобной ситуации не нужно паниковать – достаточно вдохнуть 1-2 дозы Сальбутамола, чтобы облегчить дыхание. А вот если дополнительные дозы Сальбутамола не помогают, ингаляции придется прекратить. В этом случае не стоит продолжать лечение без консультации в «Астма-Сервис».

**Проблема вторая.** После первого трехмесячного курса ингаляций самочувствие улучшилось, а результаты измерения ПСВ остались прежними. Это означает, что проводимого лечения недостаточно, чтобы устранить бронхиальную обструкцию или нарушения легочной функции носят необратимый характер.

В такой ситуации необходимо провести более точное исследование легочной функции в клинических условиях. Ну а если такой возможности нет, продолжать лечение, не допуская обострений. Ибо каждое обострение болезни вносит

свой маленький вклад в дальнейшее прогрессирование бронхиальной обструкции.

**Проблема третья.** Присутствуют все симптомы астмы: удушье или затруднение дыхания, одышка и кашель (особенно по ночам), а при обследовании выясняется, что показатели ПСВ нормальные. Что делать в такой ситуации?

Эта проблема может возникать в случаях, когда формирование обструкции дыхательных путей даже в начальной стадии связано не со спазмом, а механической закупоркой самых мелких бронхов и бронхиол. Это может усугубляться и выраженным воспалительным отеком, который осложняет ситуацию. даже при незначительных нарушениях легочной функции. Нередко таким больным врачи ставят разнообразные «психосоматические», «нервно-психические» и прочие диагнозы. И, действительно, измерение ни ПСВ, ни ОФВ<sub>1</sub> не выявляют никаких изменений в легочной функции. В таких случаях необходима компьютерная спирометрия со всеми описанными выше фармакологическими тестами. Можно пойти другим путем: начать ингаляции на УЗИ. И если через 1-2 недели ситуация изменится в лучшую сторону, продолжить лечение. А вот если все останется без изменений, обратиться в «Астма-Сервис».

**Проблема четвертая.** Несмотря на лечение, ни самочувствие, ни показатели ПСВ не улучшаются, хотя ингаляции переносятся хорошо.

В подобной ситуации можно думать о необратимых нарушениях легочной функции. Не исключено, что проводимое лечение неэффективно из-за технических ошибок или неправильно подобранной программы лечения. Необходимо все повторить заново, начиная с обследования. В случае неэффективности обратиться в «Астма-Сервис».

Я рассказал лишь о наиболее часто возникающих проблемах на этапе пробного курса ингаляций. Бывают и другие: человек ведь не запрограммированный компьютер. И ему, в отличие от машины, присуща ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ, которая требует внесения тех или иных корректив. И тогда все проблемы в большинстве случаев успешно решаются. Тем не менее, каждый, кто решит начать

лечение по этой программе, должен запомнить: в 99% случаев проблемы возникают из-за ОШИБОК в технологии лечения.

И самая частая ошибка – неправильное использование ультразвукового ингалятора. Поэтому нужно не только тщательно прочитать инструкцию по эксплуатации, но и приспособить ингалятор «под себя»: отрегулировать поток аэрозоля, контролировать интенсивность распыления и особенно – технику дыхания, о которой уже говорилось. Ну, а перед тем, как вы решите начать восстановление своего здоровья, тщательно поработайте все занятия, запомните и выучите материал так, чтобы вы помнили все без «подглядывания» в эту книгу. Если что-то вам будет непонятно, обращайтесь на форум астма центра «Астма-Сервис». Там вы сможете получить ответы на все вопросы. Главное, как говорил один литературный герой, научитесь «бороться и искать, найти и не сдаваться». И тогда все у вас получится!

## Заключение

Я всегда негативно относился к программам с лозунгами типа «Помоги себе сам!» И это естественно: занимаясь астмой более 30 лет (как бежит время!), зная об этой болезни почти все, я в практической работе иногда сталкивался со случаями, требующими поиска нестандартного подхода к лечению. Поэтому-то и считал, что больной человек, не имея медицинского образования, никогда не сможет разобраться в своей проблеме. Но, встречаясь на приеме с людьми, прошедшими все круги государственной медицины, я убедился, что не зря иногда МЗ РФ называют министерством здраво...захоронения! Бесплатная медицина не идеальна не только в России, но и других странах. Но такого уровня неграмотности, как в России, я думаю, нет нигде. Что можно сказать о враче, который путает Беротек с Бекотидом или Серевент с Серетидом? Или взять к примеру эти примитивные тесты оценки тяжести болезни по самочувствию больного человека? Или эту с позволения сказать «систему гибкого дозирования»: при ухудшении самочувствия увеличивай дозу аэрозоля, при улучшении – уменьшай. К подобной примитивной тактике может прийти даже самый малограмотный человек. Но ведь это рекламируют как продвинутую программу, обучая этому врачей-пульмонологов, которые потом доносят эти «новшества» до больных в так называемых «астма-школах».

Но почти всегда эти «новшества» оказываются абсолютно бесполезными, образно говоря, «как мертвому припарки». И поэтому многие люди пытаются найти самостоятельно более эффективные подходы к лечению своего недуга. Так, например, один из пенсионеров, проживающий на Юге России, прочитав мою книгу «Астма. Как вернуть здоровье», решил организовать нечто вроде продвинутой астмашколы для своих коллег по несчастью. И применяя описанную в книге схему ингаляций с использованием моих прописей, достиг гораздо лучших результатов, по сравнению с

незатейливыми рекомендациями от МЗ РФ с его «золотыми стандартами». Он даже послал письмо в местный департамент здравоохранения с предложением внедрить такие ингаляции в масштабах всего этого южного края. Ну, а куда послал его департамент, я думаю, вы догадываетесь.

И тогда я подумал, что надо как-то помочь людям, не имеющим возможности нормально лечиться в этой деградировавшей системе, напоминающей своими бодрыми отчетами и показухой известные «потемкинские деревни». За свою многолетнюю практику мне удалось помочь многим тысячам больных. Конечно, для одного врача это немало. Но в стране где, по самым скромным оценкам, насчитывается 10-15 миллионов астматиков, это – капля в море. Поэтому, в год, когда приблизился знаменательный для нас 25-летний юбилей «Астма-Сервис», я решил его отметить, написав эту книгу.

И если она окажется хоть кому-то полезной, я буду считать свою задачу выполненной полностью.

С уважением ко всем читателям,

*В.Н. Солопов*

## Приложение. Препараты и прописи для ингаляций

### БРОНХОРАСШИРЯЮЩИЕ АЭРОЗОЛИ:

Действующее вещество	Коммерческие названия
Альбутерол	Вентолин, Сальбутамол, Саламол и др.
Фенотерол	Беротек
Ипратропиум бромид	Атровент, Трувент и др.

### ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ АЭРОЗОЛИ

Действующее вещество	Коммерческие названия
Беклометазон	Беклозон, Кленил и др.
Будесонид	Пульмикорт
Мометазон	Асманекс
Флунизолид	Ингакорт
Флутиказон	Фликсотид

### ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ АЭРОЗОЛИ (РАСТВОРЫ)

Действующее вещество	Коммерческие названия
Натрия кромогликат	Интал, Кромогексал и др.
Натрия недокромил	Тайлед

Приобретая аэрозоли для лечения нужно ориентироваться не на коммерческий продукт, а на название действующего вещества и на цену препарата. Тогда один и тот же препарат можно будет купить по максимально выгодной цене. Еще раз напоминаю: **порошковые ингаляторы непригодны для лечения по программе «Астма-курс. Помогите себе сам».**

### ОТХАРКИВАЮЩИЕ СМЕСИ

1. Rp: Natrii hydrocarbonatis 4,0  
Kalii iodidi 3,0  
Aq. destill. ad 150 ml  
M.D.S. По 10–20 мл на ингаляцию.

2. Rp: Natrii hydrocarbonatis 2,0  
Natrii tetraboratis  
Natrii chloridi aa 1,0  
Aq. destill. ad 100 ml

M.D.S. По 10–20 мл на ингаляцию.

Отхаркивающие смеси по прописи доктора В.Н. Солопова

1. Rp: Furacilini 0,1  
Natrii hydrocarbonatis 12,0  
Natrii citratis 4,0  
Cupri sulfatis 0,1  
Zinci sulfatis 0,05  
M.f. pulv. D.t.d. N 5  
S. Растворить порошок в 0,5 л кипятка;  
на одну ингаляцию 10–20 мл. На курс  
15–20 процедур.

2. Rp: Furacilini 0,1  
Natrii hydrocarbonatis 16,0  
Natrii citratis 4,0  
Cupri sulfatis 0,4  
Zinci sulfatis 0,1  
M.f. pulv. D.t.d. N 5  
S. Растворить порошок в 0,5 л кипятка;  
на одну ингаляцию 10–20 мл. На курс  
15–20 процедур.

Хорошим отхаркивающим и одновременно противомикробным действием обладает **2% раствор Протаргола**. Отхаркивающие смеси готовятся в производственных отделах аптек.

#### АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СМЕСИ:

Хорошим противомикробным действием обладают следующие растворы и настойки: Настойка Эвкалипта, Настойка прополиса, раствор Тантум Верде, Элюдрил, Мирамистин, 0,5-1,0% раствор Хлоргексидина. Спиртовые настойки добавляют по 10-15 капель, остальные растворы используют по инструкции. Все антисептические смеси продаются в аптеках без рецепта.

## **У ВАС ПРОБЛЕМА?**

Вы страдаете астмой, бронхитом или заболели впервые?  
В «Астма-сервис» вам всегда будут рады помочь!



Мы проведем вам полное обследование, уточним  
диагноз, назначим лечение с помощью ультразвукового  
ингалятора по методу доктора В.Н. Солопова

## **И У ВАС НЕ БУДЕТ ПРОБЛЕМЫ!**

Наш адрес: г. Москва, ул. Ленская, д. 28  
(метро «Бабушкинская»), тел. (495) 472-46-03

Интернет-сайт: [www.asthma.ru](http://www.asthma.ru)

## Оглавление

Предисловие .....	6
-------------------	---

### ЧАСТЬ I. АСТМА – ЛЕГОЧНАЯ ЧУМА XXI ВЕКА

Глава 1. «Лечение» от фармфирм .....	7
Глава 2. Что же такое бронхиальная астма? .....	14
Глава 3. Внезапная смерть от астмы .....	21
Глава 4. Смерть от закупоренных бронхов .....	27
Глава 5. Истинная причина астмы .....	30
Глава 6. Воспалительный процесс и прогрессирование астмы .....	41

### ЧАСТЬ II. КАК ВОВРЕМЯ РАСПОЗНАТЬ АСТМУ?

Глава 1. Критерии диагностики астмы .....	45
Глава 2. Чем астма отличается от бронхита .....	53
Глава 3. ХОБЛ – «страшилка» для астматиков .....	57

### ЧАСТЬ III. АСТМА? ПОМОГИ СЕБЕ САМ!

Введение в астма-курс. Астма излечима! .....	70
Занятие 1. Астма: ее развитие, механизмы и симптомы .....	75
Занятие 2. Как оценить легочную функцию .....	78
Занятие 3. Измерение ПСВ у детей .....	82
Занятие 4. Обратимость бронхиальной обструкции .....	84
Занятие 5. Измерение ПСВ. Основные правила .....	86
Занятие 6. Коррекция бронхиальной обструкции .....	88
Занятие 7. Очищение дыхательных путей – ингаляции на УЗИ .....	92
Занятие 8. Как правильно делать ингаляции .....	97
Занятие 9. Правильное закаливание .....	101
Занятие 10. Диета и разгрузочные дни .....	105
Занятие 11. Профилактика простуд и ОРВИ .....	108
Занятие 12. Подводим итоги астма-курса .....	114
Заключение .....	117
Приложение. Препараты и прописи для ингаляций .....	119

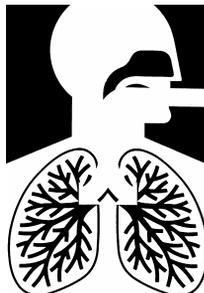
**Ультразвуковой ингалятор «Альбедо» –  
лучший выбор для лечения астмы  
и других болезней легких!**



[www.albedo.ru](http://www.albedo.ru)

**Спрашивайте в магазинах «Медицинская техника»**

«Астма-серия»



Книги  
д-ра В. Солопова

**Виктор Николаевич Солопов**

**АСТМА. ПОМОГИ СЕБЕ САМ**

Научный редактор И. В. Луничкина  
Дизайн и оригинал-макет - Виктор Совин  
Формат 60 x 90 1/16

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Тираж 2 500  
экз. Усл. печ. л. 10,0. Заказ № 383

Москва

По вопросам реализации книги обращаться по телефону:  
(495) 472-46-03



Оказалось, что так называемая “базисная терапия”, продвигаемая в России, эффективна не более чем у 5-10%, страдающей астмой людей...

И тогда я решил, что надо как-то помочь людям, не имеющим возможности нормально лечиться, поэтому и написал для них эту книгу.

*В.Н. Солонov*