

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051612
Ходыкиной Дарьи Сергеевны**

Научный руководитель:
Преподаватель
Бахристова Т.В.

Рецензент:
Врач общей практики
ОГБУЗ «Городская
поликлиника г. Белгорода»
поликлиническое отделение
№8 Прощай А.В.

Белгород 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	5
1.1. Этиология и патогенез бронхиальной астмы	5
1.2. Клиническая картина и диагностика.....	13
1.3. Принципы оказания первичной медицинской помощи	13
1.4. Лечение и профилактика	21
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ПАЦИЕНТОВ.....	32
2.1. Методы исследования.....	32
2.2. Результаты собственного исследования.....	32
2.3. Рекомендации пациентам	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	46
ПРИЛОЖЕНИЕ	49

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. «Бронхиальная астма - проблема мирового масштаба. От этого заболевания страдает около 235 миллионов человек во всем мире. Самыми значимыми факторами риска развития астмы являются вдыхаемые вещества и частички, которые могут провоцировать аллергические реакции или раздражать воздушные пути» [1, с. 448].

Доступность медицинской помощи хорошего качества, включая своевременную постановку диагноза, понимание тактики ведения и доступности необходимых лекарств, помогает избегать неблагоприятных исходов и осложнений.

Согласно эпидемиологическим данным и длительным наблюдениям, бронхиальная астма выросла за прошедшие 30 лет, особенно среди людей с низким и средним доходом.

По данным отчета GINA Ущерб от бронхиальной астмы в мире велик.

Страны с наибольшей распространенностью - это Великобритания от 18,4% до 15,3 % в зависимости от региона, Новая Зеландия - 15,1 %, Австралия - 14,7 %, Ирландия - 14,6 %, Канада - 14,1 %, Перу - 13 %, Тринидад и Тобаго - 12,6 %, Коста-Рика - 11,9 %, ЮАР - 8,1 %, Чехия - 8 %, Финляндия - 8 %, Германия - 6,9 %, Франция - 6,8 %, Норвегия - 6,8 %, Япония - 6,7 %, Швеция - 6,5 %, Таиланд - 6,5 %, Филиппины - 6,2 %, ОАЭ - 6,2 %, Бельгия - 6%, Австрия - 5,8 %, Испания - 5,7 %, Саудовская Аравия - 5,6 %, Аргентина - 5,5 %, Россия - 2,2 %.

Заболееваемость в России на первый взгляд ниже. Однако количество смертных случаев - 28,6 случаев на 100 тыс. населения. Следовательно, что около 43 тыс. человек в России ежегодно погибает от бронхиальной астмы. К странам с наименьшей смертностью относятся Финляндия и Канада - 1,6 случаев [2, с. 8].

На 2018 год, по статистике ВОЗ, бронхиальная астма – это самое

распространенное хроническое заболевание среди детей. От астмы страдают около 235 млн. человек по всему миру, или от 4 до 10% населения Земли. По другим источникам, на 2018 год в мире около 300 миллионов человек страдает бронхиальной астмой. При этом у детей дошкольного возраста заболевание встречается в 2 раза чаще, чем у взрослых. В половине случаев заболевание развивается в 5 - 10 лет [3, с. 100].

По оценкам экспертов, реальное число пациентов с астмой в России сильно превосходит официальные данные, по их расчетам в нашей стране страдает 5,9 млн. человек, вместо 1,3 млн., согласно статистике.

Цель исследования: проанализировать и установить факторы риска бронхиальной астмы.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать научно-теоретические основы факторов риска при бронхиальной астме;
2. Провести экспериментальную работу среди пациентов.

Объект исследования: пациенты с бронхиальной астмой.

Предмет исследования: факторы риска при бронхиальной астме.

Методы исследования:

1. научно-теоретический (анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости);
2. организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. социологический: анкетирование, интервьюирование;
4. биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
5. психодиагностический (беседа);
6. эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
7. статистический - обработка информационного материала

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница № 2 города Белгорода».

Время исследования: 2018 - 2019 год

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

1.1. Этиология и патогенез бронхиальной астмы

Согласно определению GINA, «бронхиальная астма - это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Воспаление приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Обычно эти эпизоды связаны с распространённой, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в лёгких, которая часто бывает обратимой либо спонтанной, либо под действием лечения» [5, с. 192].

В классификации бронхиальной астмы главными критериями являются этиологический принцип и степень выраженности клинических проявлений.

Таблица 1

Классификация бронхиальной астмы по этиологическому принципу

Экзогенная форма	Связано с влиянием на организм раздражителей-аллергенов
Эндогенная форма	Вызвана как реакция на внешнее воздействие «неаллергенного» типа

При экзогенной форме заболевание вызвано влиянием на организм раздражителей-аллергенов.

Астма развивается как реакция на воздействие внешних воздействий «неаллергенного» типа. Иногда диагноз ставят, когда не удастся определить вещество, вызывающую такую реакцию, даже с помощью специальных тестов [8, с. 108].

Бронхиальная астма экзогенной формы встречается намного чаще и

протекает в более легком течении. Важную роль в её развитии играет наследственный фактор, потому что некоторые аллергические реакции передаются по наследству, вместе с иммунной системой.

Эндогенная бронхиальная возникает под воздействием аллергических факторов, на которые реагирует организм человека.[15, с. 9].

Бронхиальная астма

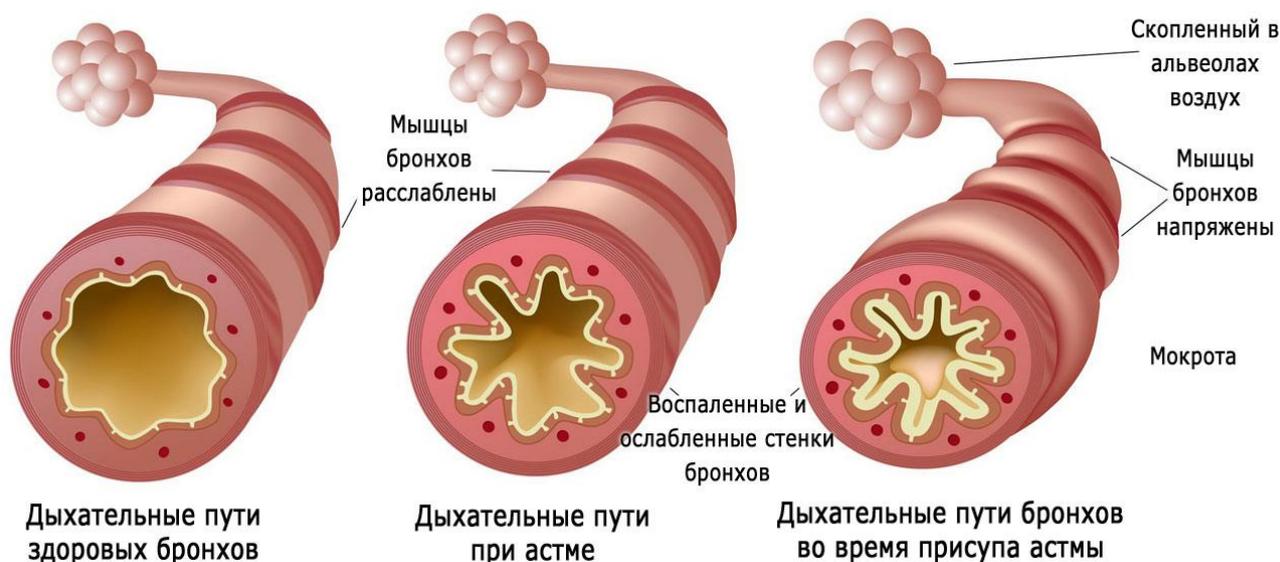


Рис. 1 Схема бронхиальной астмы

По мнению экспертов Международного Консенсуса по борьбе с бронхиальной астмой (1992 год) были выявлены следующие факторы, способствующие развитию этого заболевания.

Предрасполагающие факторы (атопия) - это склонность к выработыванию повышенного количества иммуноглобулина-Е в ответ на воздействие аллергенов окружающей среды. В исследованиях было доказано, что большинство детей и взрослых с бронхиальной астмой имели наследственный характер. В результате была определена повышенным уровнем иммуноглобулина-Е и положительной кожной пробой к встречающимся аллергенам, которые наследуются от матери к ребенку [11, с. 34].

Случаи заболевания бронхиальной астмой близнецов, у детей, матери

которых больны астмой в нескольких поколениях одной и той же семьи. Клинико-генеалогический метод обнаруживает наследственный характер астмы у 1/3 пациентов. Вместе с тем, присутствие гена астмы не обязательно означает развитие болезни.

Бронхиальная астма, начинающаяся в детском возрасте, наследуется больше, чем астма в зрелые годы. Чаще наследует астму первый родившийся мальчик. Притом, если болен один родитель, вероятность бронхиальной астмы у ребенка составляет 20-30%, а если оба родителя, то до 75% [4, с. 144].

В детстве мальчики болеют бронхиальной астмой чаще, чем девочки. Это связано не с полом, а с более суженным дыхательным трактом и повышенным тонусом бронхов. Различия исчезают к 10 годам.

Патогенез бронхиальной астмы



Рис. 2. Патогенез бронхиальной астмы

Этиологические (причинные) факторы – наиболее чувствительные дыхательные пути провоцируют начало заболевания.

Группы пусковых механизмов бронхиальной астмы

1.	Ингаляционные воздушные аллергены
2.	Неаллергические раздражители
3.	Вирусные и бактериальные инфекции
4.	Химические соединения и некоторые виды пищи
5.	Психологические факторы

Наиболее важные - ингаляционные аллергены, включающие:

Бытовые аллергены – «домашние клещи», аллергены животных, тараканов и грибов [17, с.60].

Домашняя пыль особенно распространено в патологии органов дыхания. Известно, что около 70% с бронхиальной астмой чувствительны именно к домашней пыли. Для многих она является исключительно значительным аллергеном [13, с. 14].

Тем не менее, сама по себе пыль по составу неоднородна, и очень важно определить, какие составляющие являются больше всего частыми аллергеном, вызывающую бронхиальную астму. В 1964 году голландские ученые сообщили, что основным элементом пыли является клещ.

Домашний пылевой клещ является часто распространенным бытовым аллергеном во всем мире. Аллергены его находятся в теле, фекалиях и слюне, которую составляют главную часть пыли. Можно найти клещей на сухой коже человека и животных. Притом они стремятся забраться внутрь ковров и мягкой мебели. Комфортностью является температура 22-26 градусов и условной влажностью более 55%. При низких температурах они погибают. К сожалению, частицы их тела являются отравным фактором развития аллергии.

Основные симптомы - это чихание и хрипы, появляются с утра, при уборке кровати. Улучшается состояние вне дома [15, с.600].

Плесень растет без корней и стеблей, размножается спорами, которые выделяются в окружающую среду. Больше количество может содержаться во

многих видах пищи. В сыре, пиве, сухофруктах, хлебе.

Аллерген у животных находятся в слюне, фекалиях, шерсти и сальных железах. Кошки являются мощным сенсibilизатором. Аллергия к собакам не является такой распространенной. Грызуны, живущие в спальнях у многих детей, являются большой причинной факторов развития бронхиальной астмы. Аллергия к тараканам в некоторых районах может быть больше, чем к пыли, так как отопление домов позволило им эмигрировать из зоны обычного проживания в более теплый климат. Приблизительно 83% пациентов с бронхиальной астмой имели контакт с тараканами. Из них более 10% четко связывали обострение болезни с появлением тараканов в доме. Более чем у 1/3 пациентов отмечались положительные кожные тесты на аллерген. Эти данные говорят о пользе тараканов и продуктов их жизнедеятельности [16, с.96].

Внешние аллергены - это пыльца растений. Они находятся в основном в деревьях, траве и сорняках. Из пыльцы высвобождаются частицы гранул крахмала, особенно после дождей, что является причиной обострения БА. Пыльца деревьев преобладает ранней весной.

Пыльца трав - поздней весной и летом, сорняков – летом и осенью.

Пищевая аллергия - это иммунологически непрямая чувствительность пациентов к пищевым продуктам. В общей встречается у 1-2% людей. У детей до 3-х лет частота увеличивается до 8%. Аллергия на пищу наблюдается у 4-6% у детей, 1-4% у взрослых.

Непереносимость пищи может быть связана с высоким содержанием цитрусовых, земляники, томатов, рыбы, шоколада и сыров. Наличием искусственных добавок и красителей - сахар, консервы, масло. Пациенты, с чувствительностью ощущают, что у них горят щеки, покалывает в пальцах после приема аллергенов.

Наиболее часто непереносимость развивается к молоку, орехам, хлебобулочным изделиям.

У 40% пациентов преобладает аллергия на продукты растительного происхождения - яблоки, груши, абрикосы, персики, морковь.

Высокая чувствительность к пище часто развивается на фоне заболеваний ЖКТ: гастрита, панкреатита, колита и дисбаланса кишечника.

Однако клинические симптомы нередко возникают после приема алкоголя и острых блюд.

Профессиональные аллергены могут быть различного происхождения. Органические вещества - белки, пищевые добавки, древесина, зерновая и кофейная пыль.

Неорганические вещества - соли никеля, платины, кобальта.

Лекарственные вещества, занимают особое место среди различных вариантов бронхиальной астмы. Основным признаком являются приступы удушья с приемом ацетилсалициловой кислоты и с назальным полипом. В настоящее время не существует единого понимания развития от ацетилсалициловой кислоты астмы. Из непереносимости анальгетиков наибольшее значение придается способности ацетилсалициловой кислоты изменять метаболизм в сторону большего образования липидов, которые вызывают проявленное и сильное сокращение гладкой мускулатуры бронхов, отек и клеточную проницаемость в слизистую бронхиального дерева, а также выделение слизи.

Курение приводит к появлению большой и целостной смеси газов и испарения никотина. Табачный дым, исходящий от курильщика имеет большое токсическое влияние, чем дым, вдыхаемый курящим человеком. Следует отметить, что пассивное курение способно вызвать рак легких и усугубить любые имеющиеся легочные заболевания, в том числе и бронхиальной астмы [17, с. 60].

К внешним аллергенам также относятся: промышленный смог, химический смог - озоны, окись азота. К загрязняющим веществам относится приготовление пищи с использованием угля, газа, дров и керосина, нагревательные приборы, искусственным покрытия. Главные загрязнители воздуха является двуокись серы, двуокись азота и озон.

Озон – это главный компонент смога, где образуется при воздействии

солнца на продукты выхлопов от автомобиля [19, с. 512].

Вирусные инфекции являются наиболее серьезными, что указано выше.

Было доказано, что существует небольшая связь между острой респираторной вирусной инфекцией и бронхиальной астмой. Также, может вызвать обострение заболевания после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции. Похожее действие пассивного курения.

Вирусные инфекции рассматриваются как фактор риска возникновения бронхиальной астмы.

По данным исследования Государственного научного центра пульмонологии - постоянные острые респираторные вирусные инфекции провоцируют развитие у детей хронического бронхита с последующим формированием у 50% из их числа бронхиальной астмы.

Это говорит о неразрывной связи острой респираторной вирусной инфекции и бронхиальной астмы.

У 75% заболевших острой респираторной вирусной инфекции был зафиксирован подъем уровня противовирусного иммуноглобулина-Е, который, активизирует большие клетки и вызывает выделение группы липидов.

Выделяют 4 степени тяжести бронхиальной астмы:

1. легкая интермиттирующая;
2. легкая персистирующая;
3. среднетяжелая персистирующая;
4. тяжелая персистирующая.

По течению: период обострения, период ремиссии. Ремиссия может быть полной и неполной.

Тяжесть обострения: легкая, средней тяжести, тяжелая, крайней тяжести (астматический статус).

Главная причина бронхиальной астмы - это хроническое воспаление стенки дыхательных путей, характеризующаяся наличием слизи в бронхах, содержащей разнообразные клеточные элементы, образование и удаление эпителия, увеличением числа бокаловидных энтероцитов, утолщение базальной

мембраны, инфильтрация мембраны слизистой оболочки лимфоцитами клетками и гранулоцитами с преобладанием скопления эозинофилов в секрете.

Основным иммунным маркером чувствительности является повышенный уровень иммуноглобулина-Е в сыворотке крови пациента и наличие нестандартных антител к аллергенам. Большая часть иммуноглобулина зафиксирована на больших клетках и базофилах.

Эта клетка занимает одно из ведущих мест в аллергических реакциях. В результате усиления большой клетки комплекс антиген + антитело происходит освобождение медиаторов аллергии - гистамин, а также образование новых медиаторов - липидов, лейкоцитов. Под действием этих медиаторов развивается немедленный ответ - спазм бронхов, отек слизистой, секреция бронхиальной слизи. Медиаторы ответственны за усиление эозинофилов, нейтрофилов, тромбоцитов и Т-лимфоцитов, формирование воспаления в тканях и развитие отложенной реакции [5, с. 192].

При бронхиальной астме эозинофилы часто обнаруживаются в большом количестве в жидкости альвеолярного очищения. При обострении заболевания выделяются признаки усиления эозинофилов и повышенная секреция медиаторов - протеина, эозинофильного катионного протеина, эозинофильного токсина, пептидов, медиаторов.

При бронхиальной астме выделяется недостаточность антиоксидантных ферментов, что приводит к увеличению уровня одиноких радикалов, которые способны вызывать секрецию медиаторов, что приводит к воспалению.

Имеет место выраженная зависимость концентрации оксида азота в воздухе, выдыхаемым пациентом бронхиальной астмы, не принимающие гормональные препараты, и интенсивностью воспаления дыхательных путей. Этот показатель высокий для контроля эффективности базисной терапии.

Особенность детской бронхиальной астмы является наличие психических нарушений эндокринной системы. Частота внутриутробной патологии у детей с бронхиальной астмой достигает почти 80%.

Гипоксия, возникает при патологическом течении беременности и родов. Приводит к нарушению синтеза ферментов и нарушению активного обмена. Патологическое течение родов может привести к поражению стволовых структур мозга, регулирующих функции дыхательной системы, что формирует легочные патологии.

Нарушение функционального состояния нервной системы играет большую роль в патогенезе бронхиальной астмы. Для многих пациентов характерно преобладание автономных отделов вегетативной нервной системы и отрицательные реакции на адреналин. На функциональное состояние Т-лимфоцитов бронхов и легких оказывают влияние аутоиммунные антитела против симпатомиметических рецепторов.

1.2. Клиническая картина и диагностика

Приступ удушья при бронхиальной астме делится на три периода: период предвестников, период разгара и период обратного развития. Период предвестников наиболее выражен у пациентов с инфекционно-аллергической природой БА, он проявляется вазомоторными реакциями со стороны органов носоглотки (обильные водянистые выделения, непрекращающееся чихание) [5, с. 192].

Второй период (он может начаться внезапно) характеризуется ощущением стесненности в грудной клетке, которое не позволяет дышать свободно. Вдох становится резким и коротким, а выдох наоборот продолжительным и шумным. Дыхание сопровождается громкими свистящими хрипами, появляется кашель с вязкой, трудно отхаркиваемой мокротой, что делает дыхание аритмичным.

Во время приступа положение пациента вынужденное, обычно он старается принять сидячее положение с наклоненным вперед корпусом, и найти точку опоры или опирается локтями в колени.

Лицо становится одутловатым, а во время выдоха шейные вены набухают. В зависимости от тяжести приступа можно наблюдать участие мышц, которые помогают преодолеть сопротивление на выдохе. В периоде обратного развития начинается постепенное отхождение мокроты, количество хрипов уменьшается, и приступ удушья постепенно угасает.

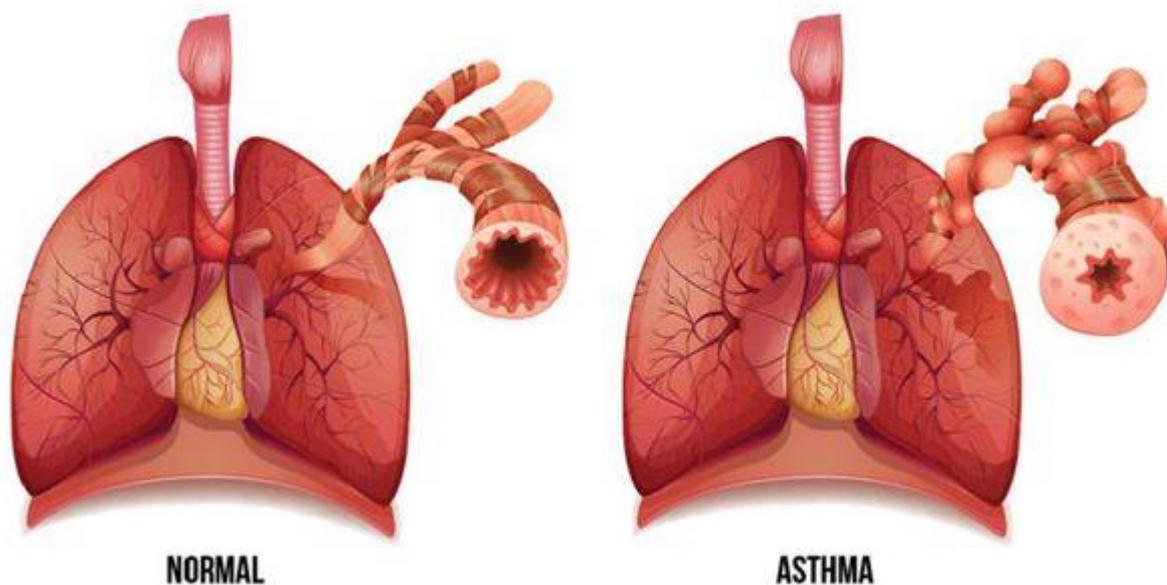


Рис. 3. Легкие в норме и при бронхиальной астме

Существует также ряд особых форм бронхиальной астмы, которые отличаются клиническими и патологическими процессами в организме. Рассмотрим их.

Атопическая бронхиальная астма. Болезнь развивается на фоне наследственного фактора.

Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма. Заболевание развивается на фоне гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), или попадания в дыхательные пути (просвет бронхиального дерева) содержимого желудка. Помимо астмы, попадание в дыхательные пути кислого содержимого желудка иногда приводит к развитию таких болезней, как – бронхит, пневмония, фиброз легких, апноэ сна.

Аспириновая бронхиальная астма. Болезнь развивается на фоне приема таких лекарственных препаратов, как – «Аспирин», а также других препаратов из ряда нестероидных противовоспалительных (НПВП).

Бронхиальная астма физического усилия. Болезнь развивается на фоне физической активности, в основном после 5-10 минут движения/работы. Особенно приступы активизируются после работы на холодном воздухе. Сопровождается преимущественно кашлем, который самостоятельно проходит через минут 30-45.

Профессиональная астма. Болезнь развивается из-за работы в загрязненных местах, или же при работе с веществами, имеющими сильный химический запах/испарения.

Ночная астма. Эта форма астмы, является лишь определением ночных приступов болезни. На данный момент, причины бронхиальной астмы в ночное время суток до конца не изучены. Среди гипотез выдвигают — лежачее положение тела, переохлаждение организма, более активное воздействие на организм аллергенов в ночное время.

Кашлевой вариант астмы. Характеризуется особым клиническим течением болезни – присутствует только кашель. Остальные симптомы отсутствуют, или же присутствуют, но минимально. Кашлевая форма бронхиальной астмы наблюдается преимущественно у детей. Симптоматика обычно усиливается в ночное время.

Проявления, при которых можно заподозрить наличие бронхиальной астмы.

- высокотональные свистящие хрипы при выдохе, особенно у детей.
- повторяющиеся эпизоды свистящих хрипов, затрудненного дыхания, чувства стеснения в грудной клетке и кашель, усиливающийся в ночной время.
- сезонность ухудшений самочувствия со стороны органов дыхания
- наличие экземы, аллергических заболеваний в анамнезе.

- ухудшение или возникновение симптоматики при контакте с аллергенами, приеме препаратов, при контакте с дымом, при резких изменениях температуры окружающей среды, ОРЗ, физических нагрузках и эмоциональных напряжениях.
- частые простудные заболевания «спускающиеся» в нижние отделы дыхательных путей.
- улучшение состояние после приема антигистаминных и противоастматических препаратов [19, с. 512].

В зависимости от тяжести и интенсивности приступов удушья бронхиальная астма может осложняться эмфиземой легких и последующим присоединением вторичной сердечно-легочной недостаточности. Передозировка бета-адреностимуляторов или быстрое снижение дозировки глюкокортикостероидов, а так же контакт с массивной дозой аллергена могут привести к возникновению астматического статуса, когда приступы удушья идут один за другим и их практически невозможно купировать. Астматический статус может закончиться летальным исходом.

Диагностика бронхиальной астмы начинается с того, что доктор должен устно опросить пациента, собрав всю необходимую информацию, в медицине это называется анамнезом. Вслед за этим идет прослушивание дыхательных органов стетоскопом (аускультация), а также специальным методом простукивания нужно изучить звуковые явления в грудной клетке (этот метод называется перкуссия). Уже изучив жалобы пациента, и прослушав его грудную клетку, доктор может предварительно диагностировать астму. Но нужны другие факторы и подтверждения, чтобы не спутать это заболевание с другими.

Обследование, основанное на сборе анамнеза, внешнем осмотре, пальпации, прослушивании и простукивании называется физикальным. Именно с такого метода диагностики начинается определение типа болезни.

При опросе больного следует узнать из его слов следующую информацию:

1. В каком возрасте начались астматические приступы, возможно какие детские болезни привели к астме. Это может быть коклюш, корь и другие, которые могут негативно повлиять на дыхательную систему.

2. Были ли среди родственников астматики, это позволяет проследить генетическую связь, возможно кто-то из близких имел сильные аллергии [19, с. 512].

3. С какими раздражителями связаны приступы. Такие раздражители называются триггерами, и среди них может быть физическая нагрузка, холодный влажный воздух, микроскопические частицы шерсти и кожи собак, кошек, пыльца цветов разных растений, запыленность в помещении пылью определенного типа, продукты питания.

4. Нужно узнать, как именно проходят приступы. Ведь при астматическом кашле пациенты принимают положение, при котором вдох менее мучительный, например, опираются руками о стол, расслабляя при этом плечевой пояс.

5. Есть ли звуки при кашле, ведь свист при дыхании — это признак астматического сужения бронхов. Чтобы услышать характерные звуки при дыхании и приступах, не нужно прослушивать грудь стетоскопом, их хорошо слышно и на небольшом расстоянии.

6. Долго ли длится приступообразный кашель, пропадает ли он после приема бронхолитических лекарств.

7. После приступа наблюдается выделения вязкой, но прозрачной, как стекло мокроты, которая освобождает бронхи, таким образом облегчается дыхание, такие особенности также нужно узнавать при опросе.

Лабораторные исследования проводятся в следующих направлениях:

С помощью специально разработанных аппаратов проводится инструментальная диагностика. На первом месте в аппаратной диагностики стоит пикфлоуметрия. На пикфлоуметре, который являет собой трубочку с нанесенной шкалой, измеряется самая большая скорость потока воздуха при выдохе, сделанном с максимальным усилием (форсированный выдох). Такая

пиковая скорость выдоха называется ПСВ. Этот тест доступен детям с четырех лет, также он применяется и для взрослых.

Результаты зависят от возраста и физических характеристик человека, но в целом скорость выдоха ниже при суженных бронхах (что характерно для обструкции). Особенно важна пиклоуметрия при контроле состояния у детей [17, с. 60].

Измерительные процессы проводятся дважды в день, сутра и ближе к вечеру. Делаются три попытки, из которых выбирается та, которая сделана наиболее правильно. На трубку нанесена шкала с зеленой, желтой и красной зоной, которые обозначают степень проблемы. Но эта шкала не унифицирована, она подбираются путем индивидуальных двухнедельных исследований каждого больного. Если показатели в зеленой зоне, значит, что симптомы астмы под контролем, желтая зона — возможно обострение, при красной зоне нужно немедленно спешить человеку на помощь.

Пикфлоуметрию делать очень просто, поэтому ее часто делают дома. Удобство состоит в том, что начальные стадии обструкции могут быть без видимых симптомов, однако если бронхи суженные, прибор это покажет сужение бронхов, поэтому с помощью пикфлоуметра можно не допустить начала удушья.

Больной должен зафиксировать лучшее значения ПСВ, и при дальнейшем использовании прибора при определении обструктивных изменений надобно соотносить с этим значениям другие показатели шкалы. Нужно правильно делать выдох форсированным способом, результаты записывать в дневник, чтобы с этими результатами ознакомить позже лечащего врача. Возможно, в вашем городе есть школа для больных астмой (где доктора рассказывают, как лечить это заболевание), поинтересуйтесь у доктора.

Также при изучении особенностей выдоха важно пройти тест на спирографе и сделать спирограмму. Это исследование делают без медикаментов и с особым веществом, который расслабляет мышечную стенку бронхов и увеличивает их просвет — бронходилататором.

Спирограф — с виду простой прибор, но тесты на нем довольно сложные, поэтому пользоваться можно только под контролем врача, который исследует функцию внешнего дыхания (ФВД).

Спирограмма показывает форсированную жизненную емкость легких, сокращенно ФЖЕЛ, а также объем форсированного выдоха за одну секунду, сокращенно — ОФВ1, и так называемую пиковую скорость выдоха (ПСВ). Вычисляется индекс Тиффно, который составляет ОФВ1 поделить на ФЖЕЛ, у здоровых людей этот показатель выше 0,75.

Если при подозрениях на астму показатели спирографа в пределах нормы, делают медицинскую провокацию — дают больному метхолин или гистамин в виде ингаляций и сравнивают спирограмму с обычной обструкцией и под действием этих лекарств.

Из медицинских аппаратов также используют пневмотахограф, который определяет объемность дыхания на пике и самую большую объемную скорость на специальных тестовых уровнях 75, 50 и 25 процентов.

Но анализ дыхания может не дать четких результатов в случае, если заболевание является профессиональным и приступ вызывает вещество, присутствующее только на работе. Чтобы диагностировать профессиональную астму, нужно кроме тестов дыхания изучить анализы и с помощью опроса выявить аллерген на рабочем месте пациента.

В случаях, когда симптомы астмы схожие с другими заболеваниями, делают рентген и томографию. Рентген практически бесполезен на ранних стадиях заболевания, поскольку картина в легких выглядит как у здорового человека.

Если болезнь уже долго прогрессирует, развивается эмфизема, увеличение в объеме легких, которые на рентгенологической фотографии видимы как более прозрачные.

Томографию также назначают не во всех случаях, а только тогда, когда кашель и удушье не проходят длительное время, не смотря на лечение, и есть подозрения на наличие других болезней.

Диагностика астматических приступов у детей имеет особенности, поскольку они часто болеют респираторными и другими заболеваниями с похожими симптомами. Прежде всего, у детей выясняют зависимость приступов от действий аллергенов, также возможную склонность к аллергии на генетическом уровне — есть ли близкие родственники с сильной аллергией на что-либо, это позволяет уточнить диагноз.

У детей на ранних стадиях заболевания частые ночные приступы, что не свойственно для обычных бронхитов. Ведь при бронхитах ребенок ночью почти не кашляет, а накопившуюся слизь откашливает сутра, а астматический приступ немного похож на коклюшевый кашель и может продолжаться всю ночь.

У детей исследуют внешнее дыхание с помощью приборов, предварительно дав бронходилататоры (препараты, расширяющие просвет в бронхах). Также сдают анализы, чтобы отследить наличие гельминтов и воспалительного процесса в организме, иногда проводят аллергологический тест. Но некоторые современные врачи отказываются от тестов на аллергены, резонно указывая на то, что в большинстве случаев аллергены вполне обычны и избежать их влияния довольно трудно.

У детей бронхиальная астма полностью излечима в большинстве случаев, однако для успешного лечения имеет большое значение своевременная диагностика бронхиальной астмы и правильное лечение, которое состоит не только в приеме медикаментов, но и в укреплении организма.

Люди пожилого возраста имеют множество заболеваний, которые могут хронически проходить долгие годы. Симптомы этих болезней могут накладываться на астматические, и клиническая картина становится нечеткой [17, с. 60].

Но после полного обследования на аппаратах, сдачи всех анализов, картина должна проясниться. У пожилых людей диагностика бронхиальной астмы должна обязательно включать исследование сердечной мышцы, ведь люди старшего возраста склонны к сердечной астме, ишемической болезни

сердца, при которых левый сердечный желудочек имеет симптомы сердечной недостаточности. Поэтому к аппаратным исследованиям и анализам обязательно добавляют электрокардиограмму, возможно флюорографию и только после этого ставят диагноз.

Кроме того, рекомендуется проводить функциональные методы выявления бронхиальной астмы, включающие ЭКГ, рентгенографию, пикфлоуметрию (это исследование нужно делать в течение 2 недель). Только после выполнения всех диагностических мероприятий назначается симптоматическое лечение бронхиальной астмы.

Астма – это очень серьезное заболевание иммуно-аллергического происхождения, которое развивается вследствие неинфекционного воспаления в респираторной системе (т. н. «бронхиальном дереве»). Для бронхиальной астмы характерно хроническое прогрессирующее течение с периодическими приступами, при которых развивается обструкция бронхов и удушье [17, с. 60].

Патология появляется в результате сочетания ряда эндо - и экзогенных факторов. В числе внешних факторов – психоэмоциональные стрессы, чрезмерные физические нагрузки, неблагоприятный климат, а также воздействие химических раздражителей и аллергенов. К внутренним факторам относят нарушения со стороны иммунной и эндокринной систем, а также гиперреактивность бронхов.

У многих пациентов прослеживается семейная предрасположенность к заболеванию.

Сейчас бронхиальная астма у взрослых и детей, к сожалению, довольно распространена, а вылечить окончательно это заболевание крайне сложно.

1.3. Принципы оказания первичной медицинской помощи

Алгоритм действий по оказанию первой помощи при бронхиальной астме следующий:

Обеспечение максимального покоя. Необходимо усадить человека и успокоить его, исключив любую физическую и эмоциональную активность; Улучшение притока воздуха. Человеку с приступом астмы нужно помочь растянуть и снять любую стягивающую грудную клетку и шею одежду, галстук и прочее элементы гардероба, после чего открыть форточки, окна, двери для создания устойчивого потока свежего воздуха;

Придание правильного положения. Больной с астмой в период острого приступа должен находиться в сидячем, слегка откинутах назад положении, его локти разводятся в стороны для облегчения работы дыхательных мышц [17, с. 60];

Использование ингалятора. Зачастую при очень сильном приступе человек с астмой находится в паническом состоянии, ему чрезвычайно сложно дышать и самостоятельно совершать какие-либо действия, а также требуется сторонняя экстренная помощь. В данной ситуации следует немедленно найти ингалятор с бронхорасширяющим средством и помочь осуществить несколько впрысков в ротовую полость, проконтролировав вдыхание аэрозоля. Чаще всего для купирования острых состояний используется беродуал, сальбутамол или симбикорт.

В случае наличия необходимых медицинских навыков либо после приезда бригады скорой помощи осуществляется первая медицинская помощь. Алгоритм действий оказания неотложной медицинской помощи при приступе бронхиальной астмы:

Применение бронхорасширяющих средств. Чаще всего для купирования приступа бронхиальной астмы используются ингаляторы-аэрозоли, быстро расширяющие легкие и снимающие бронхоспазм. Типичные представители – симбикорт, сальбутамол, беродуал. Подобные действующие вещества в таблетированной форме при остром приступе неэффективны для быстрого купирования проблемы, поскольку начинают действовать спустя минимум 30 минут после употребления;

Базовое использование инъекций. Препаратом первого выбора при оказании экстренной помощи является адреналин, ингибирующий отделение слизи и частично снимающий спазм дыхательных путей. Типичная дозировка – 0,7 мл 0,1-процентного раствора. Запрещено использовать адреналин в случае сердечного типа астмы. В качестве альтернативы этому препарату иногда применяют эфедрин, вводимый внутримышечно. Он не столь эффективен, как адреналин, действует спустя 15-20 минут после инъекции, однако не имеет столь ярко выраженных побочных действий и противопоказаний;

Дополнительные препараты. В случае наличия смешанных форм бронхиальной астмы купирование приступа производится путем инъекционного введения эуфиллина и сердечных гликозидов. При развитии вторичных негативных проявлений, соответствующая фоновая патология купируется внутривенными инъекциями новокаина и внутримышечными уколами пипольфена;

Прочие действия. В случае полного исчезновения дыхания выполняется принудительная вентиляция легких путем подключения к аппарату ИВЛ либо же ручными реанимационными действиями. В особо критических ситуациях при наличии соответствующих навыков производится трахеотомия и иные мероприятия в рамках экстренной неотложной квалифицированной медицинской помощи.

Первая помощь при острых приступах астмы, а также в рамках превентивной терапии по недопущению повторных приступов включает в себя использование небулайзера. Данное устройство является достаточно популярным портативным медицинским прибором, работающим на основе компрессора либо ультразвука.

Из суспензий или растворов он формирует чрезвычайно малые по размеру капли, внешне схожие на туман или дым. В данном контексте подобная субстанция становится альтернативой классическим аэрозольным ингаляциям. Явные преимущества небулайзера:

Универсальность. Подобное устройство может быть использовано не

только для купирования острого приступа и оказания экстренной помощи, но также в повседневной жизни для экстракции необходимых лекарственных препаратов в бронхи и легкие;

Отсутствие посторонних веществ. Пары от небулайзера не содержит в себе фреона и прочих пропеллентов, являющихся рабочим телом в подавляющем большинстве аэрозольных ингаляторов;

Регулируемая дозировка и отсутствие необходимости координации и дыхания. С помощью устройства возможно проведение высокодозной бронхолитической терапии. Помимо этого нет необходимости координировать вдох с непосредственной ингаляцией лекарственных препаратов, поскольку процедура терапии осуществляется в рамках естественного дыхательного процесса через рот и нос;

Простота использования и прочее преимущества. Прибором просто пользоваться любым категориям пациентов. Помимо этого небулайзер можно включать в контур подачи кислорода и применять вместе с аппаратом ИВЛ, а чрезвычайно малая фракция рабочих лечебных жидкостей практически не оседает в глотке и ротовой полости.

1.4. Лечение и профилактика

Лечение бронхиальной астмы является кропотливой и длительной работой, которая включает в себя следующие методы терапии:

- Медикаментозное лечение, включающее в себя базисную терапию, направленную на поддерживающее и противовоспалительное лечение, а также симптоматическую терапию, направленную на купирование сопровождающих астму симптомов;
- Исключение из жизни пациента факторов развития болезни (аллергенов и др.);
- Диету;

– Общее укрепление организма.

Очень важно при лечении астмы не применять только одни симптоматические средства (кратковременно облегчающие течение болезни), например бета-адреномиметиков, т.к. организм привыкает к ним, и со временем эффективность данных средств снижается, а иногда и вообще отсутствует, в то время, как патологические процессы продолжают развиваться, и дальнейшее лечение, как и положительный прогноз на полное выздоровление усложняются.

1. Медикаментозное лечение астмы. Лекарства от астмы.

Базисная терапия бронхиальной астмы воздействует на механизм заболевания, она позволяет его контролировать. К препаратам базисной терапии относят: глюкокортикостероиды (в т.ч. ингаляционные), кромоны, антагонисты лейкотриеновых рецепторов и моноклональные антитела.

Симптоматическая терапия позволяет воздействовать на гладкую мускулатуру бронхиального дерева, а также снимать приступы астмы. К препаратам симптоматической терапии относят бронходилататоры: β_2 -адреномиметики и ксантины.

Рассмотрим лекарства от бронхиальной астмы более подробно...

Базисная терапия бронхиальной астмы.

Глюкокортикостероиды. Применяются при лечении легкой и средней степени астмы, а также в качестве профилактики обострений ее течения. Данный ряд гормонов способствует уменьшению миграции эозинофильных и лейкоцитарных клеток в бронхиальную систему, когда в нее попадает аллерген, что в свою очередь приводит к уменьшению патологических процессов в просвете бронхов и отеков. Кроме того, глюкокортикостероиды замедляют развитие болезни. Для минимизации побочных эффектов, глюкокортикостероиды применяют в качестве ингаляции. При обострениях болезни эффективности в своем применении не находят.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (лейкотриенов). Применяются при всех степенях тяжести астмы, а также при лечении хронического

обструктивного бронхита. Замечена эффективность при лечении аспириновой бронхиальной астмы.

Принцип действия заключается в блокировании связи между клетками, которые мигрируют в бронхиальное дерево при попадании в него аллергена и медиаторами этих клеток, которые собственно и приводят к сужению бронхиального просвета. Таким образом, купируется отечность и выработка секрета стенками бронхиального дерева. Недостатком препаратов из ряда антагонистов лейкотриеновых рецепторов является отсутствие их эффективности при лечении астмы изолированного типа, из-за чего, их часто применяют в комплексе с гормональными препаратами (глюкокортикостероидами), которые, кстати, повышают эффективность данных препаратов. Также недостатком является высокая цена на данные средства.

Кромоны. Применяются при 1 (интермиттирующей) и 2 (легкой) ступеней течения бронхиальной астмы. Постепенно данная группа препаратов вытесняется ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС), т.к. последние при минимальной дозировке имеют лучшую эффективность и удобство использования.

Моноклональные антитела. Применяется при лечении 3 (средней) и 4 (тяжелой) ступеней бронхиальной астмы, при аллергической астме. Принцип действия заключается в специфическом воздействии и блокировании некоторых клеток и их медиаторов при заболевании. Недостатком является ограничение по возрасту – от 12 лет. При обострениях болезни не применяется.

Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ). Является традиционным методом лечения экзогенной бронхиальной астмы у пациентов, возрастом от 5 до 50 лет. АСИТ основана на переводе иммунного ответа организма на аллерген с Th2-типа на Th1-тип. При этом, происходит торможение аллергической реакции, снижается гиперчувствительность тканей бронхиального просвета на аллерген.

Суть лечения методом АСИТ заключается в постепенном, с определенными промежутками времени, введении небольшой дозы аллергенов.

Доза постепенно увеличивается, тем самым вырабатывается стойкость иммунной системы к возможным аллергическим агентам, например – пылевым клещам, часто содержащимся в домашней пыли. Среди вводимых аллергенов, наибольшую популярность обрели – клещи, пыльца деревьев и грибы.

Симптоматическая терапия бронхиальной астмы.

β_2 -адреномиметики (бета-адреномиметики) короткого действия. Являются наиболее эффективной группой средств (бронхолитиков) по снятию обострений и приступов бронхиальной астмы, причем без ограничения возрастной группы пациентов. Наиболее быстрый эффект (от 30 до 120 минут) и с меньшими побочными эффектами наблюдается у ингаляционной формы бета-адреномиметиков. Хорошо защищает от бронхоспазмов на фоне физической нагрузки.

β_2 -адреномиметики короткого действия при астме: сальбутамол, тербуталин, фенотерол.

β_2 -адреномиметики (бета-адреномиметики) длительного действия. Применяются для снятия приступов астмы и ее обострений, а также их частоты. При использовании препаратов на основе вещества салметерол, для лечения астмы с респираторными осложнениями, замечены случаи летального исхода. Более безопасными являются препараты на основе формотерола.

β_2 -адреномиметики длительного действия при астме: салметерол, индакатерол.

Ксантины. Применяются для экстренного купирования приступов астмы, но преимущественно в случаях, когда отсутствуют другие препараты, или же для усиления эффективности бета-адреномиметиков. Однако, β_2 -адреномиметики постепенно вытесняют ксантины, которые ранее использовались до них. Замечена эффективность одновременного применения ксантинов, например, препаратов, на основе теофиллина, вместе с ИГКС или СГКС. Ксантины также применяются для устранения дневных и ночных приступов астмы, улучшения функции легких, снижения дозировки гормонов при тяжелой форме астмы у детей.

Ингаляторы от астмы представляют собой небольшие (карманные) ингаляторы, способные быстро доставить действующее лекарственное вещество (препарат) от астмы в нужное место дыхательной системы. Таким образом, средство начинает воздействовать на организм максимально быстро, что в некоторых случаях позволяет минимизировать острые приступы со всеми выходящими от приступа последствиями. Среди ингаляторов при астме можно выделить следующие средства:

1. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС): негалогенированные, циклесонид, хлорированные, мометазона фуоат, фторированные.
2. β_2 -адреномиметики: короткого действия, длительного действия.
3. Холинолитики.
4. Кромоны.
5. Комбинированные препараты. Обладают очень быстрым купирующим приступы бронхиальной астмы эффектом.

Другие лекарства при лечении бронхиальной астмы.

Отхаркивающие препараты. Способствуют снижению вязкости мокроты, разрыхлению слизистых пробок, а также выведению мокроты из дыхательных путей. Отмечается эффективность через использование отхаркивающих препаратов через ингаляции.

Антибактериальные средства (антибиотики). Применяются при сочетании астмы с инфекционными заболеваниями дыхательной системы (синуситы, трахеит, бронхит, пневмония). Детям до 5 лет прием антибиотиков противопоказан. Антибиотики подбираются на основании диагностики, в зависимости от типа возбудителя болезни.

Среди антибиотиков можно отметить: «Тетрациклин», «Эритромицин» (при микоплазменной инфекции), пенициллин и цефалоспорин (при стрептококковой инфекции).

2. Немедикаментозное лечение бронхиальной астмы.

Устранение факторов риска развития астмы.

Вне сомнения, устранение факторов, способствующих риску развития, а также обострению приступов бронхиальной астмы является одним из основополагающих этапов в лечении данной болезни. Факторы риска развития бронхиальной астмы мы уже рассмотрели в начале статьи, в пункте «Причины бронхиальной астмы», поэтому здесь мы лишь коротко их перечислим.

Факторы, способствующие развитию астмы: пыль (домашняя и уличная), пылевые клещи, пыльца растений, оксиды азота (NO, NO₂), оксиды серы (SO₂, O₃), угарный газ (CO), атомарный кислород O, формальдегид, фенол, бензопирен, шерсть домашних животных, дым от табачных и курительных смесей (курение, в т.ч. пассивное), инфекционные болезни (грипп, ОРЗ, ОРВИ, синуситы), некоторые лекарственные препараты, загрязненные фильтры кондиционеров, испарения бытовой химии (чистящие и моющие средства) и косметических средств (лак для волос, духи), работа со строительными материалами (гипс, гипсокартон, штукатурка, краска, лаки) и др.

Спелеотерапия – метод лечения астмы и других заболеваний органов дыхания, основанный на длительном пребывании пациента в помещении, в котором обеспечен микроклимат природных карстовых пещер, в которых присутствует воздух с содержанием солей и других минералов, благотворно воздействующих на органы дыхания.

Галотерапия – фактически является аналогом спелеотерапии, разница состоит лишь в том, что галотерапия подразумевает под собой лечение только «соленым» воздухом.

На некоторых курортах, а также в некоторых местах здравоохранения, обустроены специальные комнаты, которые полностью обложены солью. Сеансы в соляных пещерах снимают воспаление слизистых оболочек, инактивируют болезнетворные микроорганизмы, усиливают выработку эндокринной системой гормонов, уменьшается содержание в организме иммуноглобулинов (A, G, E) и многое другое. Все это приводит к увеличению

периода ремиссии, а также помогает снизить дозы медикаментозной терапии астмы.

Диета при астме способствует ускорению процесса лечения, а также увеличивает положительный прогноз лечения данной болезни. Кроме того, диета позволяет исключить из рациона продукты питания, которые обладают высокой аллергенностью.

Что нельзя есть при астме: рыбные продукты, морепродукты, икра, жирные сорта мяса (домашняя птица, свинина), копчености, жирные блюда, яйца, бобовые, орехи, шоколад, мёд, томаты, соусы на основе томатов, пища на дрожжах, цитрусовые (апельсины, лимон, мандарины, помело, грейпфруты), клубника, малина, смородина, абрикос, персик, дыня, алкоголь.

Что необходимо ограничить в употреблении: хлебобулочные изделия из высших сортов муки, сдобу, сахар и соль, молочные продукты (молоко, сметана, творог).

Что можно есть при астме: каши (с маслом), супы (ненаваристые), курицу, нежирные сосиски и колбасу (докторские), ржаной хлеб, хлеб из отрубей, овсяное или галетное печенье, овощные и фруктовые салаты, компоты, минеральные воды, чай, кофе (если в нем есть кофеин).

Режим питания – 4-5 раз/день, без переедания. Готовить пищу лучше на пару, но можно и варить, тушить, запекать. Кушать только в теплом виде.

При минимальной термической обработке, пища меньше всего теряет запас витаминов, которые содержатся в продуктах питания, т.к. многие витамины разрушаются при воздействии на них кипятка, или же просто, воды. Отличным бытовым прибором является пароварка, которая учитывает многие особенности диетического питания, не только при астме, но и при многих других заболеваниях.

После того, как человеку была оказана первая помощь в рамках формирования острого приступа, существует вероятность его повторения, особенно при явном развитии хронической формы основного заболевания. Превентивные меры включают в себя:

Исключение контактов с аллергенами. Производится в случае точного выявления конкретного патологического агента, провоцирующего острую форму приступа. Последним может выступать пыль, шерсть животных, отдельные виды пищи, моющие средства, выхлопные газы, медицинские препараты, прочее;

Коррекция образа жизни. Рекомендуется полный отказ от курения, умеренные физические кардионагрузки в рамках ЛФК, регулярные прогулки на свежем воздухе, увеличение длительности пребывания в экологически чистых и безопасных внешних условиях, прочие действия по необходимости;

Профилактическая медикаментозная терапия. Следует в обязательном порядке употреблять предписанные лечащим врачом препараты, всегда иметь при себе ингалятор с бронхорасширяющим средством для возможности быстрого купирования приступа в случае необходимости.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ПАЦИЕНТОВ

2.1. Методы исследования

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская больница № 2 города Белгорода» пульмонологического отделения в нём принимали участие 30 пациентов, имеющих бронхиальную астму, среди которых 19 мужчин и 11 женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

Цель социологического исследования: изучить и проанализировать факторы риска при бронхиальной астме.

2.2. Результаты собственного исследования

В исследовании в пульмонологическом отделении приняли участие 63% мужчин и 37% женщин (Рис.).

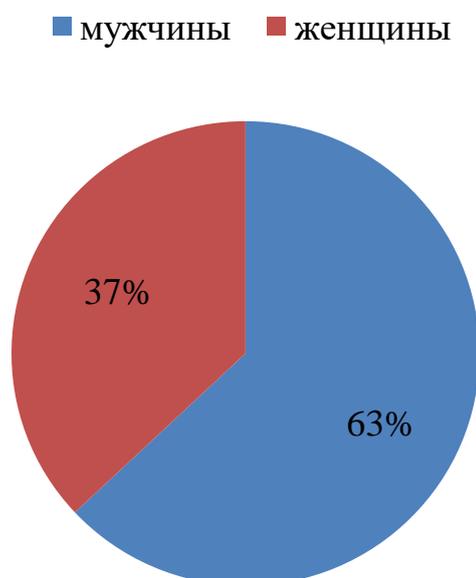


Рис. 4. Количество участников анкетирования

Таким образом, среди опрошиваемых 63% оказались мужчины.

Возраст: а) 18 – 25 – 13%; б) 26– 35 – 20%; в) 36 –45 – 33%; г) 46 – 59 – 27%; д) 60 и старше – 7% (Рис. 5.)

■ 18-25 лет ■ 26-35 лет ■ 36-45 лет ■ 46-59 лет ■ 60 и старше

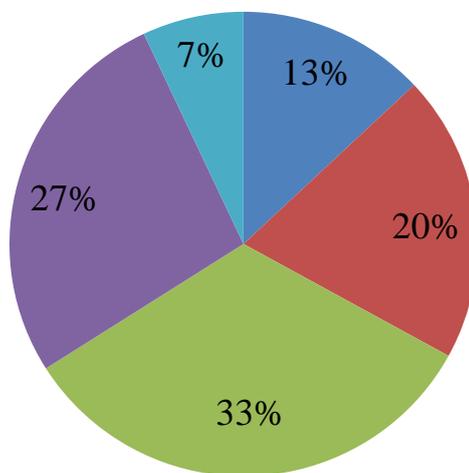


Рис. 5. Возраст участников анкетирования

Таким образом, большинство (33%) опрошиваемых в возрасте 36 – 45 лет. Социальный статус: а) студент – 20%; б) рабочий – 67%; в) пенсионер – 13% (Рис. 6).

■ студент ■ рабочий ■ пенсионер

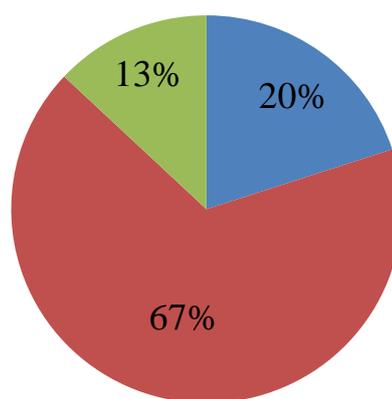


Рис. 6. Социальный статус пациентов

Таким образом, социальный статус большинства (67%) пациентов –

рабочий.

Место жительства пациентов: а) город – 60%; б) село – 40% (Рис. 7).

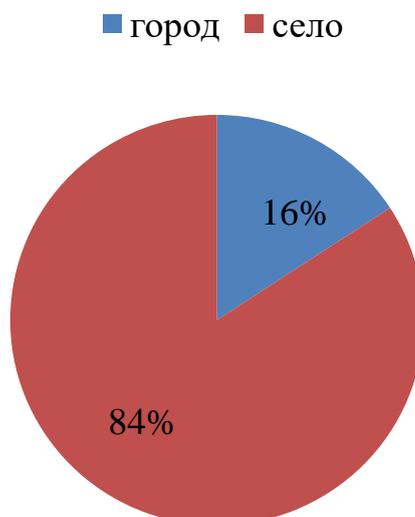


Рис. 7. Место жительства пациентов

Заболевание связывают с наследственностью – 62%, не связывают – 38% (Рис. 8).



Рис. 8. Генетический фактор заболевания

Таким образом, 62% пациентов имеют наследственную предрасположенность к заболеванию.

Переносят респираторные заболевания 1 раз в год – 20%; 2 раза в год – 14

человек (47%); более 2 раз в год – 10 человек (33%) (Рис. 9).

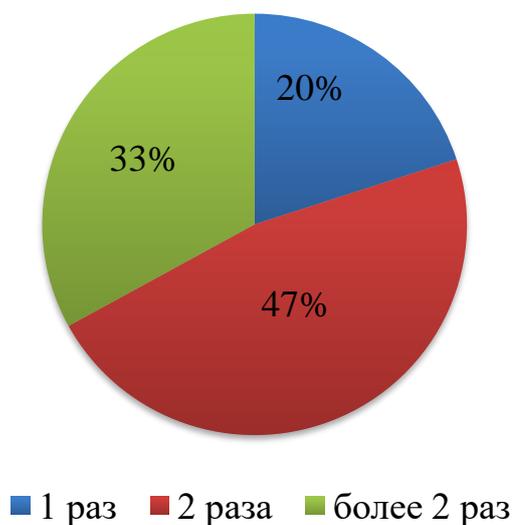


Рис. 9. Респираторные заболевания пациентов в год

Таким образом, 47% пациентов переносят респираторные заболевания 2 раза в год.

Информированность о бронхиальной астме: а) да – 90%; б) нет – 10% (Рис. 10).

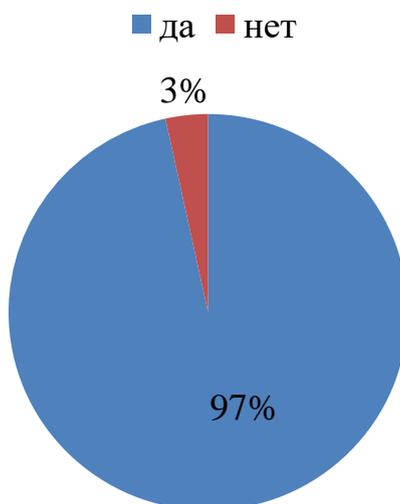


Рис. 10. Информированность о бронхиальной астме

Таким образом, имеют информацию о бронхиальной астме – 90% пациентов.

Источники информации о бронхиальной астме: а) интернет и СМИ – 30%; б) медицинские работники – 30%; в) памятки – 13%; г) родственники – 20%; д) коллеги – 7% (Рис. 11).

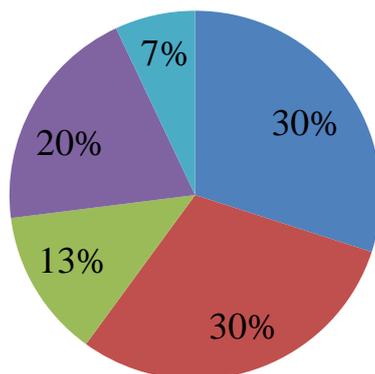
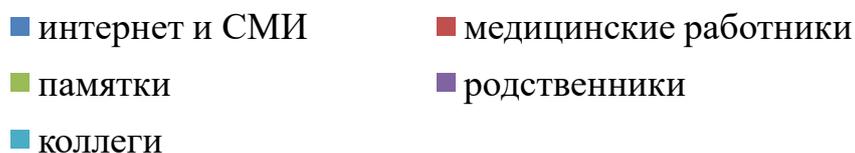


Рис. 11. Источники информации о бронхиальной астме

Таким образом, наиболее распространённые источники информации: а) интернет и СМИ – 30%; б) медицинские работники – 30%.

Профессиональные вредности: а) да – 53%; б) нет – 47% (Рис. 12).

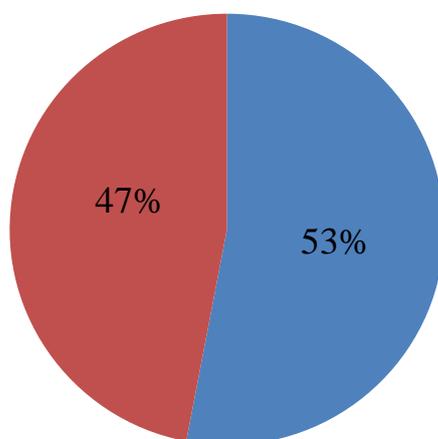


Рис. 12. Профессиональные вредности

Стрессовые ситуации: а) да – 60%; б) нет – 13%; в) иногда – 27%.

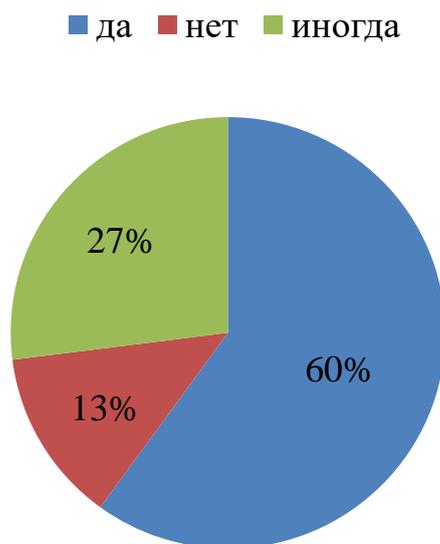


Рис. 13. Стрессовые ситуации

Имеют вредную привычку: курение – 43%, не курят – 25%, курят иногда – 32% (Рис. 14).

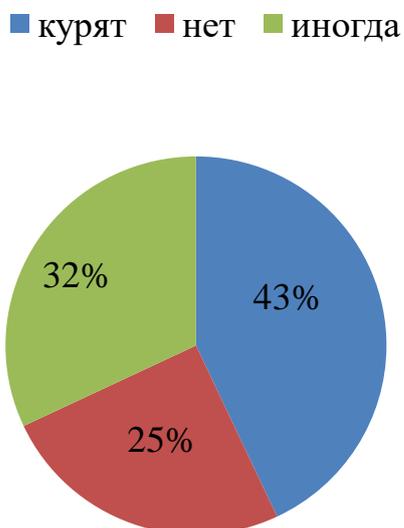


Рис. 14. Соотношение курящих пациентов с некурящими

Употребление алкоголя: а) да – 50%; б) нет – 30%; в) иногда – 20% (Рис. 15).

■ да ■ нет ■ иногда

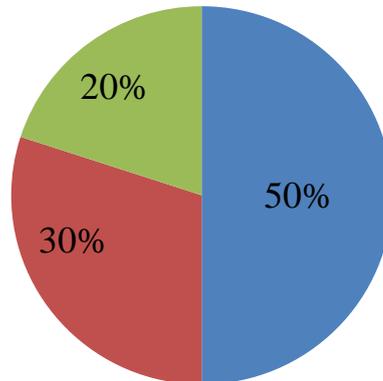


Рис 15. Употребление алкоголя

Факторы, способствующие обострению бронхиальной астмы: а) аллергены (шерсть животных, пыльца растений) – 70%; б) ОРВИ – 20%; в) стресс – 10%; г) физические нагрузки – 0% (Рис. 16).

■ аллергены ■ ОРВИ ■ стресс ■ физические нагрузки

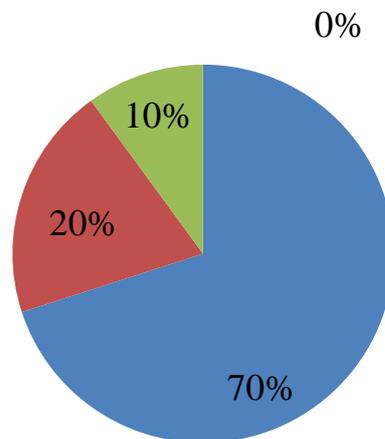


Рис. 16. Факторы, способствующие обострению бронхиальной астмы

Применение лекарственных препаратов без назначения врача: а) да – 23%; б) нет – 30%; в) иногда – 47% (Рис. 17).

■ да ■ нет ■ иногда

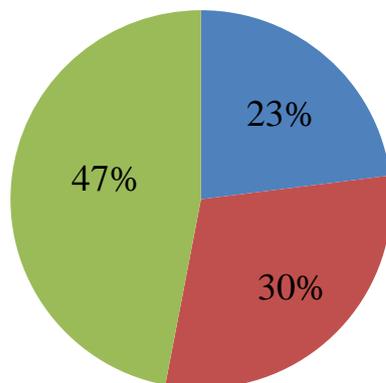


Рис. 17. Применение лекарственных препаратов без назначения врача

Регулярность приема лекарственных препаратов по назначению врача: а) да – 60%; б) нет – 20%; в) иногда – 20% (Рис. 18).

■ да ■ нет ■ иногда

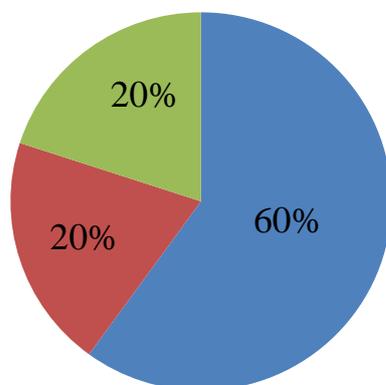


Рис. 18. Регулярность приема лекарственных препаратов по назначению врача

Состоите на диспансерном учете: а) да – 83%; б) нет – 17% (Рис. 19).

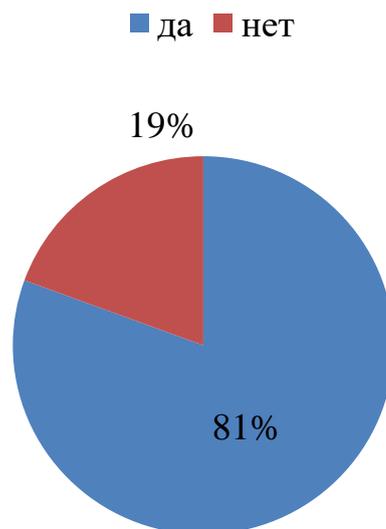


Рис. 19. Состоят на диспансерном учёте

Проводят пикфлоуметрию: 1 раз в день – 70%; только во время приступа – 23%; не пользуюсь – 7% (Рис. 20).



Рис. 20. Используют пикфлоуметрию

Ведение дневника самоконтроля: а) да – 57%; б) нет – 43% (Рис. 21).

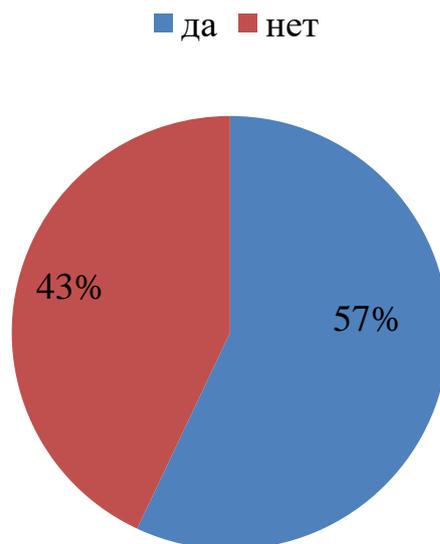


Рис. 22. Ведут дневник самоконтроля

Частота госпитализации с обострением бронхиальной астмы: а) 1 раз в месяц – 13%; б) 1 раз в 6 месяцев – 23%; в) 1 раз в год - 44%; г) 1 раз в несколько лет – 20% (Рис. 23).

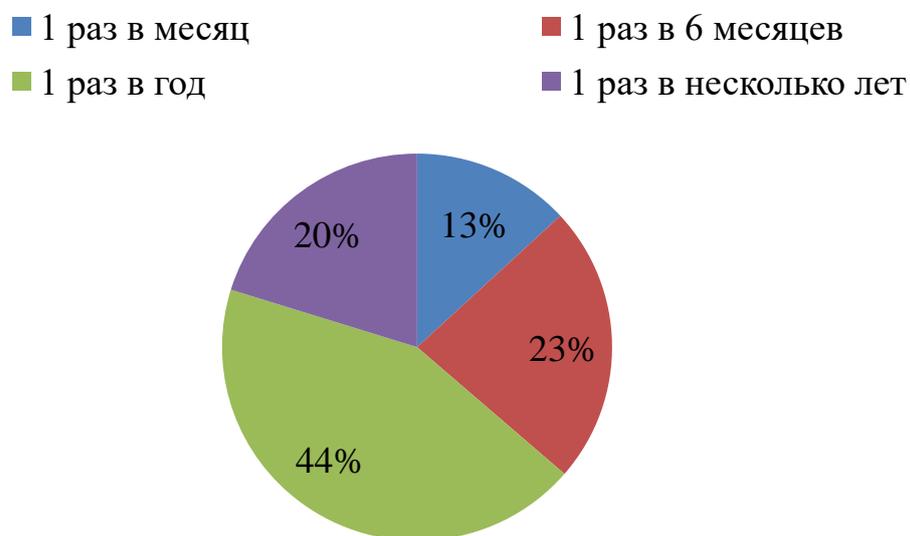


Рис. 23. Частота госпитализации с обострением бронхиальной астмы

Частота амбулаторного лечения: а) 1 раз в месяц – 13%; б) 1 раз в 6 месяцев – 22%; в) 1 раз в год – 42%, г) 1 раз в несколько лет – 23% (Рис. 24).

■ 1 раз в месяц ■ 1 раз в 6 месяцев
■ 1 раз в год ■ 1 раз в несколько лет

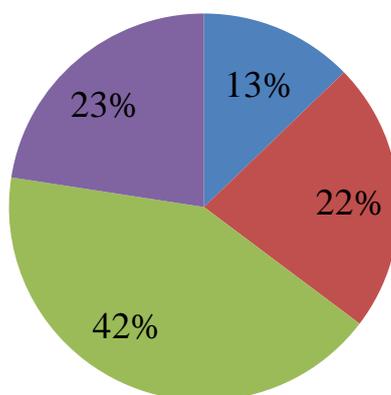


Рис. 24. Частота амбулаторного лечения

Проходят санаторно-курортное лечение по данному заболеванию – 73% пациента, «Школу здоровья» - 60% пациентов (Рис. 25).

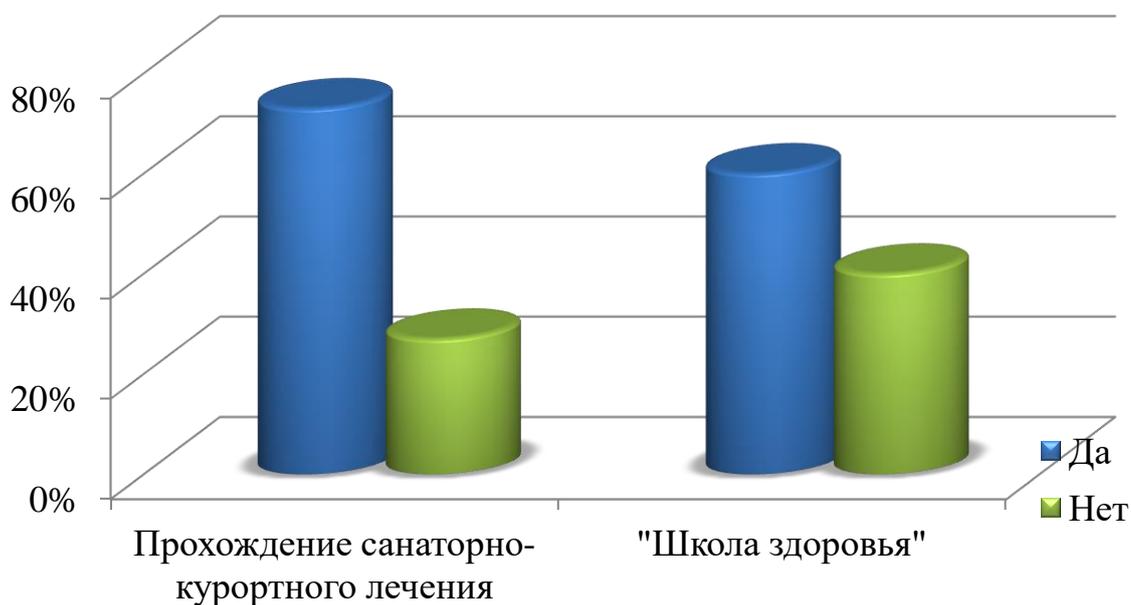


Рис. 25. Оздоровление пациента

Необходимость проведения медицинской сестрой беседы о здоровом образе жизни: а) да – 80%; б) нет – 20%.

Таким образом, проанализировав все аспекты анкетирования, мы сделали следующие выводы: среди опрошиваемых 63% оказались мужчины.

В основном пациенты в возрасте 36 –45 лет – 33%, социальный статус большинства (67%) пациентов – рабочий.

Чаще страдают бронхиальной астмой жители города 60%, 62% пациентов имеют наследственную предрасположенность к заболеванию, 47% пациентов переносят респираторные заболевания 2 раза в год, имеют информацию о бронхиальной астме – 90% пациентов, наиболее распространённые источники информации: интернет и СМИ – 30%, а также медицинские работники – 30%, 53% пациентов имеют профессиональные вредности, 60% пациентов сталкиваются со стрессовыми ситуациями, имеют вредную привычку: курение – 43%, употребляют алкоголь 50% пациентов, среди факторов, способствующих обострению бронхиальной астмы, преобладают аллергены (шерсть животных, пыльца растений) – у 70% пациентов, 47% иногда применяют лекарственные препараты без назначения врача, 60% регулярно принимают лекарственные препараты по назначению врача, 83% пациентов состоят на диспансерном учёте, проводят пикфлоуметрию 1 раз в день – 70% пациентов, 57% ведут дневник самоконтроля, госпитализация с обострением бронхиальной астмы 1 раз в год наблюдается у 44%, амбулаторно лечатся 1 раз в год 42% пациентов, проходят санаторно-курортное лечение по данному заболеванию – 73% пациента, «Школу здоровья» - 60% пациентов, 80% пациентов необходимо проведение медицинской сестрой беседы о здоровом образе жизни.

2.3. Рекомендации пациентам

Составленная рекомендация пациентам с бронхиальной астмой была разработана на основе «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы».

1. Прохождение обучения в «Школах здоровья»;
2. Введение дневника самоконтроля;
3. Избегать аллергенов;
4. В рационе питания пациента рекомендовано употреблять продукты:
 - Не жирное мясо, птица, рыба;
 - Молоко и кисломолочные продукты;
 - Крупы и макаронные изделия;
 - Овощи (капуста, картофель, морковь, свекла, лук, зелень);
 - Любые фрукты и сухофрукты кроме цитрусовых;
 - Хлеб белый, ржаной зерновой;
 - Фруктовый чай (кроме цитрусовых), овощные соки, отвар шиповника.
5. Выполнять дыхательную гимнастику.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, данная дипломная работа была посвящена анализу факторов риска при бронхиальной астме.

Эта тема очень актуальна, так как бронхиальная астма является проблемой мирового масштаба. От этого серьезного заболевания страдает около 235 миллионов человек во всем мире. По оценкам экспертов число пациентов астмой в России сильно превосходит официальные данные, по их расчетам от астмы в нашей стране страдает 5,9 млн. человек.

Факторы риска при бронхиальной астме можно разделить на: предрасполагающие; Причинные: эндогенные и экзогенные.

В процессе нашего исследования были выявлены следующие наиболее распространённые факторы риска при бронхиальной астме: генетический, являющийся предрасполагающим к развитию бронхиальной астмы; пыльца растений и домашняя пыль, курение и респираторные инфекции, являющиеся причинными, непосредственно вызывающими.

Следовательно, факторы риска при бронхиальной астме проанализированы с теоретической и практической точек зрения, а также определены наиболее встречающиеся.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алекса, В. И., Непосредственное исследование больного в клинике внутренних болезней. Учебное пособие. Часть I. Система органов дыхания [Текст] / В.И. Алекса, А.И. Шатихин. – М.: Триада-Х, 2017. – 448 с.
2. Астафьева Н. В. Обновлённые стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы [Текст] / Н. В. Астафьева [и др.] // Врач. – 2016. – № 11. – с. 8 – 12.
3. Ачкасов, Е. Е. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания [Текст] / Е.Е. Ачкасов. – М.: Триада, 2015. – 100 с.
4. Балаболкин, И. И. Бронхиальная астма у детей [Текст] / И.И. Балаболкин. – М.: Медицинское информационное агентство (МИА), 2015. – 144 с.
5. Баур, К. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь лёгких [Текст] / К. Баур, А. Прейссер; пер. с нем. под ред. И. В. Лещенко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 192 с.
6. Васютин, А. М. Бронхиальная астма. Психологическая профилактика [Текст] / А.М. Васютин. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 94 с.
7. Гитун, Т. В. Лечение бронхиальной астмы: Новейшие медицинские методики [Текст] / Т.В. Гитун. – Рипол Классик, 2017. – 64 с.
8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / Под ред. А. С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2016. – 108 с.
9. Козлова, Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учебное пособие [Текст] / Л.В. Козлова. – Изд. 9-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 475 с.
10. Косарев, В. В. Диагностика, лечение и профилактика профессиональной бронхиальной астмы [Текст] / В. В. Косарев, С. А. Бабанов // Справочник фельдшера и акушерки. – 2018. – № 2. – с. 12 – 18.

11. Косарев, В. В. Профессиональная бронхиальная астма [Текст] / В. В. Косарев, С. А. Бабанов // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 3. – с. 29 – 34.
12. Курбачева, О. М. Фенотипы и эндотипы бронхиальной астмы: от патогенеза и клинической картины к выбору терапии [Текст] / О.М.Курбачева, К.С. Павлова. – 2016. – № 1. – с. 15 – 24.
13. Малишевский, М. В. Внутренние болезни: учебное пособие [Текст] / М. В. Малишевский. – 4-е изд., переработанное и дополненное. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 984 с.
14. Митрофанов, В. С. Аспергиллёз лёгких [Текст] / В.С. Митрофанов, Е. В. Свирщевская. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Фолиант, 2017. – 184 с.
15. Мэскел, Н. Руководство по респираторной медицине [Текст] / Н. Мэскел, Э. Миллар – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 600 с.
16. Ненашева, Н. М. Бронхиальная астма. Карманное руководство для практических врачей [Текст] / Н.М. Ненашева. – Атмосфера, 2016. – 96 с.
17. Ольховская, Е. А. Исследование функции внешнего дыхания. Учебно-методическое пособие [Текст] / Е. А. Ольховская, Е. В. Соловьева, В. В. Шкарин. – Нижний Новгород, НГМА, 2017. – 60 с.
18. Отвагина, Т. В. Терапия: учебное пособие [Текст] / Т. В. Отвагина. – Изд. 6-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 367 с.
19. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Система органов дыхания [Текст] / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – М.: МедПресс-Информ, 2016. – 512 с.
20. Смолева, Э. В. Пропедевтика клинических дисциплин [Текст] / Э. В. Смолева [и др.]. – Изд. 5-е, дополненное и переработанное. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 479 с.
21. Справочник по пульмонологии / Под редакцией акад. РАМН. А. Г. Чучалина, проф. М. М. Ильковича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с.
22. Справочник фельдшера общей практики / Э. В. Смолева [и др.]. – Изд. 4-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 537 с.

23. Сухова, Е. В. Что нужно знать фельдшеру о бронхиальной астме [Текст] / Е. В. Сухова // Справочник фельдшера и акушерки. – 2014. – № 4. – с. 14 – 24; № 5. – с. 8 – 15; № 6. – с. 18 – 29.
24. Трухан, Д. И. Болезни органов дыхания: учебное пособие [Текст] / Д. И. Трухан, И. А. Викторова. – М.: СпецЛит, 2016. – 175 с.
25. Чучалин, А. Г. Клинические рекомендации. Пульмонология [Текст] / А. Г. Чучалин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 336 с.
26. Чучалин, А. Г. Пульмонология: национальное руководство [Текст] / А. Г. Чучалин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 824 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Данное социологическое исследование проводится с целью изучения и анализа факторов риска при бронхиальной астме. Ваше мнение особенно важно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить наиболее распространённые факторы риска при бронхиальной астме, а также определить имеющиеся проблемы с целью их минимизации и дальнейшего повышения качества оказания сестринской помощи населению. Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее точно отражающий Вашу точку зрения.

1. Пол: а) муж; б) жен.
2. Возраст: а) 18 – 25; б) 26– 35; в) 36 –45 ; г) 46 – 59; д) 60 и старше
3. Социальный статус: а) студент; б) рабочий; в) пенсионер.
4. Место жительства: а) город; б) село.
5. Наследственность: а) да; б) нет.
6. Частые респираторные заболевания: а) 1 раз в год; б) 2 раза в) более 2 раз.
7. Информированность о бронхиальной астме: а) да; б) нет.
8. Источники информации о бронхиальной астме: а) интернет и СМИ; б) медицинские работники; в) памятки; г) родственники; д) коллеги.
9. Профессиональные вредности: а) да; б) нет.
10. Стрессовые ситуации: а) да; б) нет; в) иногда.
11. Курение: а) да; б) нет; в) иногда.
12. Употребление алкоголя: а) да; б) нет; в) иногда.
13. Факторы, способствующие обострению бронхиальной астмы: а) аллергены (шерсть животных, пыльца растений); б) ОРВИ; в) стресс; г) физические нагрузки.
14. Применение лекарственных препаратов без назначения врача: а) да; б) нет; в) иногда.
15. Состоите на диспансерном учете: а) да; б) нет.
16. Регулярность приема лекарственных препаратов по назначению врача: а) да; б) нет; в) иногда.
17. Проведение пикфлоуметрии (определении скорости форсированного выдоха): а) 1 раз в день; б) во время приступа; в) не пользуюсь.
18. Ведение дневника самоконтроля: а) да; б) нет.
19. Частота госпитализации с обострением бронхиальной астмы: а) 1 раз в месяц; б) 1 раз в 6 месяцев; в) 1 раз в год; г) 1 раз в несколько лет.
20. Частота амбулаторного лечения: а) 1 раз в месяц; б) 1 раз в 6 месяцев; в) 1 раз в год, г) 1 раз в несколько лет.
21. Посещение «Школ здоровья»: а) да; б) нет.
22. Прохождение санаторно-курортного лечения по данному заболеванию: а) да; б) нет.
23. Необходимость проведения медицинской сестрой беседы о здоровом образе жизни: а) да; б) нет.

Благодарим за участие!