



DOI 10.37539/2949-1991.2023.4.4.029

Грушко Наталия Сергеевна, Студент 2 курса, лечебный факультет
частное учреждение образовательная организация высшего образования

Медицинский университет «Реавиз», г. Москва

Grushko Natalia Sergeevna, 2nd year student, medical Faculty private
institution educational organization of higher education

Medical University "Reaviz", Moscow

Абдуллаева Эллада Тажировна, Студент 2 курса, лечебный факультет
частное учреждение образовательная организация высшего образования

Медицинский университет «Реавиз», г. Москва

Abdullayeva Ellada Tagirovna, 2nd year student, medical faculty private
institution educational organization of higher education

Medical University "Reaviz", Moscow

Бегахмедова Гуриханым Сиражитдиновна, Студент 2 курса,
лечебный факультет частное учреждение образовательная организация
высшего образования, Медицинский университет «Реавиз», г. Москва

Begakhmedova Gurikhanym Sirazhitdinovna, 2nd year student, medical
Faculty private educational institution organization of higher education

Medical University "Reaviz", Moscow

Жернарвич Татьяна Валерьевна, Студент 2 курса, лечебный факультет
частное учреждение образовательная организация высшего образования

Медицинский университет «Реавиз», г. Москва

Tatiana V. Gerarovich, 2nd year student, Medical Faculty private institution
educational organization of higher education Medical University "Reaviz", Moscow



ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ PREVENTION OF THE DEVELOPMENT OF BRONCHIAL ASTHMA

Аннотация: Данная работа направлена на профилактику развития бронхиальной астмы у людей разного возраста.

Abstract: This work is aimed at preventing the development of bronchial asthma in people of different ages.

Ключевые слова: Бронхиальная астма, пациенты, развития приступа, инвалидность, удушье, заболевание, хронический процесс, профилактика, диспансеризация.

Keywords: Bronchial asthma, patients, attack development, disability, suffocation, disease, chronic process, prevention, medical examination.

Введение. Бронхиальную астму называют одной из болезней цивилизации, поскольку ее распространенность в современном обществе постоянно растет. Бронхиальная астма ведет к снижению качества жизни больных, может быть причиной инвалидизации детей и взрослых. Высокая распространенность, тяжесть течения и неблагоприятный прогноз определяет БА как одну из самых значимых медико - социальных заболеваний в современном мире.

В России зафиксировано около 900 тысяч больных с БА, что составляет 7,6% населения. Это огромное количество людей, большинство из которых – жители больших городов. Также стоит отметить, что дети болеют в два раза чаще, нежели взрослые. Систематические эпидемиологические исследования последних 25 лет показали, что астма достигла уровня 10% среди взрослого населения, а среди детей практически 14%. Сегодня астма представляет серьезную экономическую, социальную и медицинскую проблему. Социальная значимость БА определяется не числом лиц с этим диагнозом, а ее местом в общей патологии человека. Она обуславливает 38% всех госпитализаций, 47% всех инвалидов, 15% общей смертности населения.



Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, в особенности по ночам или ранним утром. Такие эпизоды связаны с распространенной переменчивой обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой спонтанно или под влиянием лечения [17].

Профилактика бронхиальной астмы. Первичная профилактика проводится для исключения риска заболевания, это комплекс мероприятий показан всем, без исключения, даже при полном соматическом здоровье.

Бронхиальная астма развивается как аллергическое и инфекционно-аллергическое заболевание. Во втором случае, из-за постоянного хронического воспаления верхних дыхательных путей, риск развития аллергических реакций увеличивается в несколько раз. Первичная профилактика включает в себя меры по предупреждению инфекционных заболеваний дыхательных путей и аллергических реакций:

Первичная профилактика включает в себя:

1. Проживание в благоприятных условиях
2. поддержание гипоаллергенной обстановки в доме - частая влажная уборка, минимум мягких предметов мебели или любых вещей, накапливающих пыль;
3. необходимо тщательно следить за гигиеной домашних животных и отказаться от приобретения новых;
4. использование только гипоаллергенной косметики и бытовой химии;
5. отказ от курения и приема алкоголя;
6. правильное питание;
7. ежедневные прогулки на свежем воздухе;
8. физическая активность;



9. закаливание;

10. своевременная профилактика и лечение заболеваний верхних дыхательных путей;

11. ограничить прием любых лекарственных средств, пищевых и биодобавок и любых других химических препаратов.

Цель вторичной профилактики - не дать развиваться осложнениям и предотвратить развитие острых приступов удушья. Обязательно выполнять дыхательную гимнастику и использовать другие методы терапии - массаж, физиотерапию, специальные упражнения и так далее.

Это одновременно - лечение и профилактика болезни. Она используется для уменьшения тяжести заболевания и профилактики приступов у взрослых и детей.

Основная мера этого комплекса мероприятий - это не допустить взаимодействие больного с аллергеном, то есть создать такие условия, в которых астматик не столкнется с тем, что вызывает у него приступ. Для выявления развивающегося патологического процесса в организме, проводят диагностику заболевания и используют **показатели пикфлоуметрии**.

Оценка результатов пиковой скорости выдоха производится относительно наилучшего показателя, который рассчитывается индивидуально для каждого человека. Оптимальным является ежедневная двукратная (утром и вечером) пикфлоуметрия в период ремиссии. Самая большая величина пиковой скорости выдоха и принимается за норму у данного пациента.

Для оценки динамики показателей пикфлоуметрии, выделяют три сигнальные зоны, напрямую зависящие от степени бронхообструкции. Границы зон рассчитывают относительно индивидуальной нормы пиковой скорости выдоха.

Зеленая зона соответствует стадии ремиссии, ПСВ от 80 до 100% нормы. При норме в 400 л\мин, нижняя граница рассчитывается как $400 \times 0.8 = 320$ мл. Таким образом, показатели зеленой зоны лежат в пределах 320- 400 мл.



Субъективно состояние пациента не нарушено, симптомы обструкции отсутствуют или незначительны. Разброс показателей пиковой скорости выдоха в течение суток не более 20%

Желтая зона соответствует начальным проявлениям обострения заболевания, может отмечаться кашель, невыраженная, преходящая одышка, слабость, нарушение сна. Показатели ПСВ лежат в пределах 60- 80% от нормы. В нашем примере 240- 320 мл. Терапия, назначенная лечащим доктором, эффективна. Разброс показателей пиковой скорости выдоха в течение суток на уровне 20- 30%

Красная зона ниже 60% от нормы. В нашем примере менее 240 мл, разброс суточных показателей более 30 %. Развернутая клиническая картина заболевания с выраженной бронхообструкцией, дыхательной недостаточностью не ниже II степени. Необходима экстренная помощь, коррекция получаемой терапии.

Вероятность вхождения в красную зону должна всегда учитываться при ведении пациента. На этот случай с больным заранее оговаривается план первой помощи: подключение дополнительных препаратов, внеочередное применение бронхолитика и т.п.

Состояние здоровья, качество и продолжительность жизни человека, страдающего бронхиальной астмой, в немалой степени зависят от того, насколько эффективно и своевременно предприняты лечебные и профилактические меры. Пикфлоуметр является надежным помощником как врача, так и пациента в осуществлении динамического контроля за течением хронических обструктивных болезней легких и, в первую очередь, бронхиальной астмы [12]. Пациенты, с БА состоят на диспансерном учете у участковых врачей, которые в случае необходимости консультируют их с пульмонологом и др. специалистами (аллергологом, дерматологом, ЛОР врачом), решают вопросы госпитализации, трудоустройства. Переход на ступень вверх (усиление медикаментозного лечения) необходим в случаях



невозможности контроля заболевания на предыдущей ступени при условии правильного выполнения больным назначений врача. Санаторно-курортное лечение показано большинству больных лёгкого и среднетяжёлого течения в фазе ремиссии при удовлетворительных показателях ФВД. БА тяжёлого течения, гормонозависимый вариант, являются противопоказаниями к направлению на СКЛ.

СКЛ в местных условиях даёт хороший клинико-функциональный эффект у большинства больных БА. При отсутствии эффекта в местных условиях или неблагоприятном климате зоны проживания рекомендуется лечение в другом климатическом поясе: Крыма, Кавказа, Средней Азии, Прибалтики.

Профилактика БА заключается в санации очагов инфекции, предупреждении и своевременном лечении острых респираторных заболеваний, хронического бронхита. Имеет значение соблюдение техники безопасности на химических заводах, борьба за оздоровление экологии. Вторичная профилактика проводится по линии диспансеризации пациентов в поликлиниках [13]. В результате проведенного исследования, мы выяснили, что заболеваемость бронхиальной астмой чаще приходится на возрастную категорию «41-50лет» (44%). У (63) %, имеются в семье родственники, болевшие бронхиальной астмой. (14%) страдают бронхиальной астмой. Большинство пациентов переносят респираторные заболевания (ОРЗ, бронхит, обструктивный бронхит, ХОБЛ) 2 раза и более в год. У каждого опрошенного пациента (57%) есть аллергия на лекарственные средства т.к. аспирин и антибиотики. Большинство (53%) пациентов есть профессиональные вредности. Большинство пациентов (67%) курят. Исследование показало, что (10%) высокий риск развития заболевания, (7%) средний риск развития заболевания, (3%) приходится на низкий риск развития БА и (80%) это больные с бронхиальной астмой.



Вывод: Бронхиальную астму называют одной из болезней цивилизации, поскольку ее распространенность в современном обществе постоянно растет. Бронхиальная астма ведет к снижению качества жизни больных, может быть причиной инвалидизации детей и взрослых. Высокая распространенность, тяжесть течения и неблагоприятный прогноз определяет БА как одну из самых значимых медико - социальных заболеваний в современном мире. В отношении трудоспособности и жизни больных прогноз зависит от формы и тяжести бронхиальной астмы.

Лечение и течение заболевания, профилактика, частота обострений главным образом зависит от тщательного и правильного соблюдения режима и диеты.

Список литературы:

Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / К. Баур, А. Прейссер; пер. с нем. под ред. И. В. Лещенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 192 с.

1. Лечение пациентов терапевтического профиля: учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 864с.

2. Лычев В. Г., Карманов В. К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие. — 2-е изд., перераб., испр. и доп. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2016 — 332 с. – (Профессиональное образование).

3. Медико-социальная деятельность / под ред. С.Н. Пузина, М.А. Рычковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416с.

4. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией : учеб. пособие / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 592 с.

5. Медсестра - Научно-практический журнал - Медиздат - №8-2015.



6. Ненашева Н.М. Обострение бронхиальной астмы: лечение и профилактика. / Ненашева Н.М.// РМЖ. – 2014. - №29. – 149с.
7. Неотложная доврачебная медицинская помощь : учеб. пособие / И. М. Красильникова, Е. Г. Моисеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с.
8. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: практикум: учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования, обучающихся в мед. училищах. Ростов н/Д: Феникс, 2015. -412 с.
9. Перельман Н.Л. Качество жизни у больных бронхиальной астмой с осмотической гиперреактивностью дыхательных путей / Перельман Н.Л. // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2016. - №59. – 16-19с.