

## Тема: "Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания (бронхиальная астма)"

**Бронхиальная астма** – заболевание легких, проявляющееся периодически повторяющимися приступами удушья с затрудненным выдохом, развивающимся в результате нарушения бронхиальной проходимости, в основе которой лежат бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов и повышенное образование слизи, нередко измененного состава.

Бронхиальная астма (БА) – очень распространенное заболевание, у 2% населения земного шара. За последние два десятилетия число больных увеличилось в 3 раза. Наиболее высокая заболеваемость в районах с высокоразвитой химической промышленностью, в крупных городах с большим количеством транспорта. БА – полиэтиологическая (многопричинная) болезнь, основную роль играют аллергены – вещества, вызывающие аллергические реакции.

**Аллергены** могут быть инфекционной и неинфекционной природы.

### **Аллергены неинфекционной природы:**

- бытовые (домашняя пыль, книжная, библиотечная, дерматофагоидные клещи);
- растительного и животного происхождения (пыльца деревьев и трав, сено и т. д., шерсть животных, сухие останки насекомых и членистоногих);
- отдельные продукты (яйца, клубника, шоколад, хлебные злаки, рыба, крабы, мясо и др.);
- продукты химического производства (синтетические клеи, порошки и т. д.).

В возникновении приступов удушья могут участвовать несколько аллергенов. БА, причиной которой служат неинфекционные аллергены, называется атопической.

### **К инфекционным аллергенам относятся:**

- различные бактерии, вирусы;
- грибы (патогенные: кандида, дерматофиты и др. и непатогенные: аспергилла, пенициллиум и др.);
- гельминты, простейшие, они вызывают БА, называемую инфекционно-аллергической.

Атопическую и инфекционно-аллергическую БА определяют термином «иммунологическая бронхиальная астма». Выделяют и не иммунологическую БА, в возникновении которой не удается установить роли аллергена.

При этом выявляются иные причины, приводящие к развитию удушья: астма физических усилий – форсированное дыхание при физических нагрузках, вдыхание холодного влажного воздуха и т. д.

Большую роль в развитии БА имеет состояние ЦНС. Астмой страдают люди с неустойчивой нервной системой. БА может развиваться под влиянием острого психического переживания. Такая БА называется: неврогенной (имеет значение состояние «гуморального профиля»), астма в период климакса.

- Сопутствующие факторы:
- наследственная предрасположенность;
- патология верхних дыхательных путей (вазомоторный ринит, аллергические синуситы, полипоз носа);
- заболевания бронхов и легких на фоне аллергической предрасположенности;
- курение;
- охлаждение.

**Симптоматика:** могут быть предвестники за несколько минут или дней до приступа: чихание, зуд глаз, слезотечение, сухой кашель, нарушение сна, ринорея.

### **Основное клиническое проявление:**

- приступы удушья (начинается при атопической БА – внезапно с заложенности носа)
- стеснения в груди, сопровождается надсадным кашлем

- При инфекционно-аллергической БА начало приступа удушья постепенное, с ухудшения симптоматики бронхита или пневмонии, на фоне которых и развилась БА.

Во время приступа пациенты испытывают:

- тягостное чувство удушья
- значительное затруднение выдоха
- в тяжелых случаях и вдоха

Характерно:

- вынужденное сидячее положение пациента с опорой на руки.
- грудная клетка расширена «застыла» в положении вдоха.
- кожа бледная, сухая, небольшой цианоз.
- дыхание шумное, дистанционные хрипы жужжащего и свистящего характера.

Перкуторно над легкими врач определяет коробочный звук. При аускультации - в легких резко удлинненный выдох и большое количество сухих разнообразных хрипов.

Тахикардия, сердечные тоны глухие. Продолжительность приступа в начале заболевания 10-20 мин, при длительном течении – до нескольких часов.

Мокрота во время приступа сначала отсутствует, после прекращения удушья отделяется в виде слепков с бронхов, затем свободно.

**Лабораторно:** при исследовании мокроты: большое количество эозинофилов, часто - кристаллы Шарко-Лейдена (продукты распада эозинофилов), спирали Куршмана («слепки с бронхов»).

В клиническом анализе крови – увеличено количество эозинофилов.

**Инструментальные и дополнительные методы исследования:**

- на ЭКГ – высокий зубец Р во 2 и 3 стандартных отведениях (легочная гипертензия);
- в межприступный период (при инфекционно-аллергической БА) изменения при исследованиях функции внешнего дыхания (нарушение бронхиальной проходимости);
- спирография (показатель Тиффно < 70%);
- пневмотахометрия (низкая мощность выдоха);
- пневмотахография (остается обструкция на уровне мелких бронхов);
- бронхоскопия (эндобронхит);
- длительный приступ БА называется астматическим состоянием;
- стойкая и долгая бронхиальная обструкция, нарушение дренажной функции бронхов ведет к нарастанию ДН./дыхательной недостаточности/.

Развитию статуса способствует:

- передозировка симпатомиметиков;
- резкая отмена ГК (глюкокортикоидов);
- сильное воздействие аллергена.

**Лечение:** разделяется на мероприятия во время приступа и направленные на предотвращение повторных рецидивов.

**Во время приступа:**

Независимый уход	По назначению врача
<ul style="list-style-type: none"> <li>- помочь принять удобное положение</li> <li>- успокоить, обеспечить приток свежего воздуха</li> <li>- горячее щелочное питье</li> <li>- горячие ножные ванны</li> <li>- горчичники на грудную клетку (при хорошей переносимости)</li> <li>- вызвать врача</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- бронхолитики в виде ингаляций (атровент, сальбутамол, беротек) или внутрь (эуфиллин в таблетках растереть в порошок)</li> <li>При приступе средней тяжести:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- бронхолитики парентерально (2,4% раствор эуфиллина 10 мл в/в медленно или раствор адреналина 0,1% - 1 мл в/м.</li> </ul> </li> <li>При тяжелом приступе:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- парентерально 60-90 мг преднизолона</li> </ul> </li> </ul>

**При астматическом статусе:** в/в эуфиллин, преднизолон, ингаляция кислорода, госпитализация ОРИТ. Контроль лечения осуществляется пикфлоуметрией (определение пика объема скорости выдоха в первую секунду) с помощью пикфлоуметра.

После приступа лечение направлено на предупреждение повторных приступов.

Диета: исключение шоколада, крепкого кофе, чая, яиц, цитрусовых.

**Базовое лечение:**

При тяжелом течении БА:

- кортикостероиды (преднизолон, триамсинолон, дексамеазон.)
- эуфиллин (теопек, теобелент)
- симпатомиметики

Физиотерапевтические методы:

- УФО в эритемных дозах;
- электрическое поле высокой частоты на область шейных симпатических ганглиев;
- индуктотермия;
- ингаляции.

**Дополнительно:**

- ЛФК, дыхательная гимнастика;
- бальнеотерапия;
- климатическое лечение;
- иглорефлексотерапия.

При инфекционной БА – санация очагов инфекции.

При атопической БА – удаление аллергена или снижение его содержания в окружении пациента, гипосенсибилизация соответствующими аллергенами и гистоглобулином.

Для предупреждения развития приступа БА используют стабилизаторы тучных клеток - интал, задитен. Применяют антагонисты кальция – верапамил, кордафен и др.

В период ремиссии показано санаторно-курортное лечение в Крыму, Кисловодске.