

ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемый читатель!

Эта книга предназначена для широкого круга читателей, однако, в первую очередь, для людей, страдающих бронхиальной астмой и хроническим бронхитом.

Повод для её написания дал анализ ошибок больных, лечившихся в пульмонологическом отделении Херсонской областной клинической больницы на протяжении 27 лет. Оказалось, что люди болеющие астмой или бронхитом не знают причин формирования болезни, им не известны общепринятые во всем мире принципы лечения, методы профилактики обострений и самоконтроля в домашних условиях. Недостаточный уровень медицинской образованности сопровождается обращением к лжеспециалистам, которые не имеют медицинского образования, практически ничего не знают о болезни и проповедуют свои “нетрадиционные” методы лечения, не несут никакой ответственности за их результаты.

Вызывают тревогу следующие факты:

– лёгкость, с которой образованные мамы отдают своих детей таким “специалистам”, выполняют их рекомендации, отказываются от врачебных рекомендаций и обрекают своих детей на последующие мучения;

– игнорирование взрослыми больными рекомендаций, получаемых при выписке из стационара, самовольная отмена лекарств, предупреждающих очередное обострение.

Теряется драгоценное время – первое осознанное обращение к врачу или понимание необходимости строгого выполнения врачебных рекомендаций происходит после резкого ухудшения качества жизни, снижения физической активности, возникновения тяжелых обострений, угрозы преждевременной смерти. Страдает больной, растёт количество лекарств используемых для лечения, увеличиваются затраты на их приобретение. Семья больного постоянно испытывает моральное и материальное давление.

Не ищите в книге обещаний быстрого исцеления.

Таких обещаний давать нельзя, т.к. при бронхиальной астме сиюминутного исцеления не бывает. Изучите книгу и приготовьтесь к совместной борьбе против имеющегося недуга.

Если книга повысит Ваши знания о:

– механизмах и вариантах течения бронхиальной астмы;

– методах, предупреждающих обострение;

– критериях самоконтроля за течением болезни;

– о существующих лечебных программах, являющихся мировым опытом, поставленную задачу можно считать выполненной.

Уверена, что полученные рекомендации, усилия Ваши и Вашего врача обеспечат не только максимальный контроль над болезнью, но и качество жизни, приближающееся к состоянию здорового человека.

С уважением автор

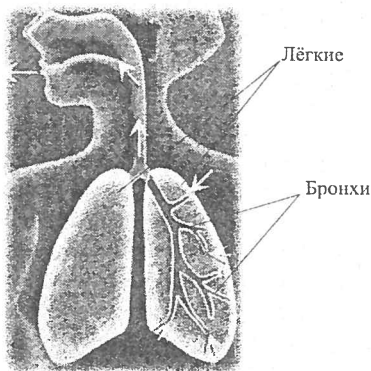
РАЗДЕЛ I ЧТО ТАКОЕ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА?

Знания о бронхиальной астме без представления о том, как устроена и функционирует бронхолегочная система, будут недостаточными, а соответственно не будет понимания целесообразности выполнения многих врачебных рекомендаций.

I Физиология дыхания.

Легче всего понять строение дыхательной системы, представив ее в виде дерева с листьями, растущего сверху вниз. Одна часть системы выполняет воздухопроводящую функцию, вторая – газообменную.

Воздухопроводящая часть – это трахея, которая, раздваиваясь, образует главные бронхи. Главные бронхи подразделяются на долевые, долевые, в свою очередь, на сегментарные. В результате многократного деления образуются мельчайшие слепо заканчивающиеся мешочки (альвеолы). По бронхиальному дереву в альвеолы доставляется газовая смесь, богатая кислородом. За время прохождения по бронхам газовая смесь очищается от вредных примесей, согревается и увлажняется, приобретая идеальные свойства для проникновения кислорода в кровь.



Ваша дыхательная система

В свою очередь каждая альвеола оплетена густой сетью мелких сосудов, по которым очень медленно движутся элементы крови, обладающие способностью захватывать и переносить газы.

Именно здесь, в альвеолах, осуществляется главная функция бронхолегочной системы - газообмен между организмом и внешней средой. Из альвеолы, и, соответственно, из организма, выводится избыток углекислого газа, а из полости альвеол в кровь проникает столь необходимый тканям организма кислород. Обогащенная кислородом кровь разносит его по всему организму.

Для выполнения своих задач бронхиальное дерево обладает следующими функциями:

1. Секреторной — выделение слизистого секрета, который увлажняет и защищает поверхность дыхательных путей;
2. Барьерной — осаждение вдыхаемых частиц на поверхности бронхов для последующего удаления;

3. Очистительной — бронхи покрыты ресничками, постоянно ударяющими против потока воздуха, тем самым они перемещают инородные частицы к выходу из дыхательных путей.

Воспаление в бронхиальном дереве обязательно нарушит одну из функций или все одновременно, что непременно повлечет за собой массу препятствий для движения воздушного потока по бронхиальному дереву как в одну, так и в другую сторону — ухудшится доставка газовой смеси в альвеолы.

В свою очередь — снижение способности доставки газовой смеси в альвеолы будет сопровождаться недостаточным обогащением крови кислородом, а это изменит существующий в нашем организме баланс между кислородом и углекислым газом .

Частое и длительное изменение газового равновесия крови неминуемо ухудшит функцию других жизненно важных органов (мозг, сердце и т.д.).

Присоединение осложнений со стороны этих органов и систем превращает жизнь человека в череду тяжелых и плохо поддающихся лечению обострений.

Что такое бронхиальная астма?

Астма — воспалительное заболевание бронхиального дерева, проявляющееся “острыми” приступами удушья.

В основе воспаления лежат дефекты отдельных звеньев системы иммунитета. Наличие таких дефектов является причиной значительного повышения чувствительности организма человека к факторам окружающей его среды (пыль, пахнущие вещества, продукты питания, пыльца растений, шерсть животных и т.д.). Попадая в бронхиальное дерево с потоком воздуха, они способствуют выделению веществ, которые вызывают воспаление, уменьшают просвет дыхательных путей, что проявляется приступом удушья и кашлем.

Что происходит в бронхах при бронхиальной астме?

На этапах развития бронхиальной астмы, как при любом воспалении, в бронхах формируется две группы повреждений, вызывающих их сужение:

Обратимые

1. **Отек** - возникшее воспаление будет сопровождаться набуханием, утолщением слизистой оболочки.

2. **Гиперсекреция** — в большем, чем обычно, количестве выделяется вязкий, секрет, который прилипает к стенкам бронхов и ещё больше перекрывает их просвет.

3. **Гиперреактивность** — нервные окончания воспалённой слизистой приобретают чрезвычайно высокую чувствительность к раздражителям, что сопровождается сильным сокращением мышечного слоя бронхиального дерева. Причем реакция развивается на обычную, постоянно окружающую нас среду (воздух помещения, запах цветов, продуктов питания или других веществ, колебания температур, т.д.).

Совокупность данных изменений у больного человека внешне проявляется в виде острого приступа удушья, кашля и одышки.



Обратимые изменения при своевременно начатом, правильном и продолжительном лечении проходят практически бесследно. Несвоевременно начатое лечение, непрофессиональное вмешательство в лечебную программу, составленную специалистом, отсутствие регулярного контроля за течением болезни неминуемо приведет к преобразованию обратимых изменений в необратимые.

Необратимые изменения при бронхиальной астме

1. **Склероз** легочной ткани;
2. **Деформация** бронхов и утолщение их стенки;
3. **Эмфизема** легких.

Физиология бронхиального дерева такова, что при астме больше страдает выведение газовой смеси. В каждой альвеоле после выдоха остаётся определённая часть воздуха, которая, смешиваясь со вновь поступающей порцией, приводит, в конечном итоге, к её перерастяжению или полному разрушению. По такому механизму развивается эмфизема.

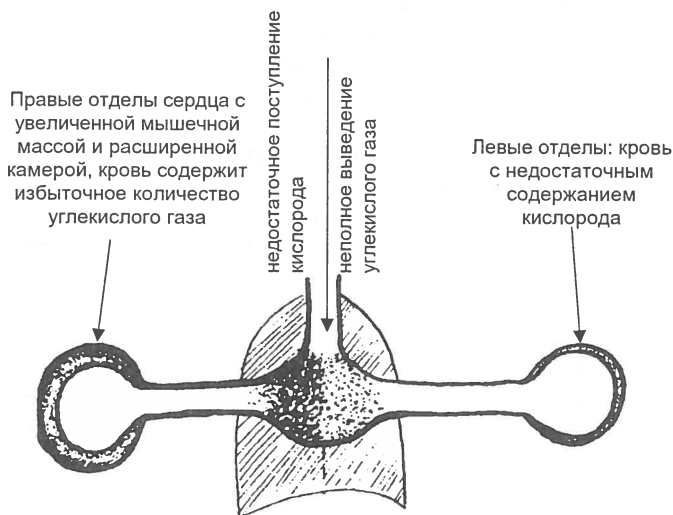
Природой определена неразрывная связь дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Конечной целью подобной взаимосвязи является спасение нашего организма. Одним из механизмов спасения является спазм сосудов легких в ответ на спазм бронхов. Суть реакции сводится к следующему: при уменьшении просвета бронхов в крови снижается содержание кислорода, поэтому необходимо увеличить время прохождения элементов крови по альвеолярным сосудам для полного газообмена. Сосуды суживаются, и, казалось бы, найдено спасение — элемент крови, ответственный за транспортировку кислорода и углекислого газа, значительно дольше находится в сосудах альвеолы и контактирует с обменной мембраной.

Однако в данной реакции организма таится опасность.

Чем опасна астма для сердца?

У здорового человека кровь, прошедшая через все органы и содержащая много углекислого газа, поступает в правые отделы сердца. Из правых отделов **через легкие** кровь перекачивается в левые отделы сердца. В легких кровь отдаёт углекислый газ и обогащается кислородом, который крайне необходим тканям организма. Из левых отделов сердца кровь распространяется по всему организму.

Из представленного рисунка Вы видите – правые и левые отделы сердца не что иное, как система насосов, сообщающаяся между собой массой трубок (сосудов). Эффективность работы “насосов” определяется



состоянием мышцы сердца и пропускной способностью сосудов.

Представьте, какие нагрузки приходятся на Ваше сердце, если внезапно уменьшился диаметр всех сосудов, а “работать” приходится в условиях постоянного кислородного голодания.

Для преодоления возникшего сосудистого сопротивления увеличивается мышца правых отделов сердца, однако, при отсутствии правильного лечения, изменения в легких прогрессируют, миокард “устаёт” – теряется его способность эффективно сжиматься (сокращаться). Неспособная к сильному сокращению мышца не может протолкнуть через суженные сосуды легких поступающую кровь, и часть её остаётся в полости правых отделов сердца. Оставшаяся кровь смешивается с очередной порцией, что приводит к расширению сердечной камеры.

Присоединяется осложнение, именуемое легочным сердцем.

Возникшие необратимые изменения никогда не исчезнут бесследно. Именно необратимые изменения в легких повлекут развитие осложнений со стороны других органов, придавая болезни качественно новое, крайне тяжелое и зачастую не поддающееся лечению течение.

Как распознать бронхиальную астму?

В развитии бронхиальной астмы можно выделить несколько этапов, отличающихся тяжестью течения. Очень важно уметь распознать признаки надвигающегося заболевания на ранних, более лёгких, стадиях и принять соответствующие меры, позволяющие остановить его дальнейшее прогрессирование. Условно можно выделить несколько этапов в формировании данного заболевания:

Родители родившегося ребёнка или взрослый и относительно здоровый человек могут не знать о неспособности его иммунной системы противостоять факторам внешней среды и о предрасположенности к бронхиальной астме.

В повседневной жизни иммунная система человека подвергается воздействию множества агрессивных факторов, которые способны нарушить её функцию и создать условия для развития астмы.

Заболеть может любой человек, но чаще всего заболевают люди, имеющие несостоятельные звенья в иммунной системе.

**Биологические
дефекты у
внешне здоровых
людей**

**Люди с
начальными
признаками
болезни**

**Больные
бронхиальной
астмой**

У кого может развиться бронхиальная астма?

В первую очередь это относится к людям, которые имеют кровных родственников, страдающих данным заболеванием. Изучение родословной больных бронхиальной астмой позволило установить, что вероятность развития болезни составляет 20—30% при одном больном родителе, и возрастает до 75% при наличии заболевания у отца и матери.

Причем сюда необходимо относить страдающих не только астмой, но и другими аллергическими заболеваниями (крапивница, отёк Квинке, аллергический насморк и т.д.).

Существенное значение имеет возраст родителей: чем старше возрастная группа, тем выше риск заболевания.

Дети, матери которых в период беременности переносили различные простудные заболевания или имели другие нарушения в течение беременности, заболевали до 20 раз чаще.

Серьезным фактором риска является перевод грудных детей на искусственное вскармливание, особенно если у родителей имеются аллергические заболевания.

Крайне быстро заболевание прогрессирует, если человек, предрасположенный к болезни, начинает курить.

Особое значение имеет воздействие табачного дыма на детей. В семьях, где курят непосредственно в жилых помещениях, дети страдают различными заболеваниями верхних дыхательных путей намного чаще, достигая 60% случаев.

Во-первых – выдыхаемый дым приобретает особое повреждающее действие (температурное и токсическое).

Во-вторых у большинства курильщиков ослаблена противoinфекционная защита, поэтому они чаще болеют хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (бронхит, фарингит). При этом они по сути своей являются инфекционной бомбой, т.к. являются носителями большого количества, микроорганизмов и вирусов, опасных для окружающих, особенно для дыхательных путей ребенка.

Факторы, предрасполагающие к бронхиальной астме с раннего возраста:

- наличие родственников, болеющих аллергическими заболеваниями;
- различные, в т.ч. респираторно-вирусные заболевания у матери в период в период беременности;
- раннее искусственное вскармливание;
- нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта;
- наличие диатеза;
- частые вирусные инфекции.

Болеющим аллергическими заболеваниями, но желающим иметь детей родителям, необходимо выполнять лечение, позволяющее достичь затишья болезни (ремиссии). Только после достижения ремиссии рекомендуется зачатие.

Своевременное обращение в медико-генетическую консультацию при создании семьи, в женскую консультацию в период беременности, строгое выполнение рекомендаций педиатра по уходу за новорождённым, чистота среды, окружающей ребёнка – все это сохранит здоровье Ваших детей и счастье Вашей семьи.

Дети не умеют прогнозировать будущее, поэтому родители, дети которых имеют один или несколько факторов, предрасполагающих к бронхиальной астме, должны достаточно серьезно заниматься вопросом выбора будущей профессии своих детей. Условия, в которых будет работать Ваш ребенок, могут оказаться агрессивными по отношению к “несостоятельным” звеньям системы иммунитета и окончательно их “поломать”.

Причины, способствующие развитию болезни у взрослых:

1. Работа, связанная с воздействием агрессивных факторов внешней среды (газы и пары серы, аммиака, кислот и щелочей);
2. Пыль различного происхождения;
3. Длительное воздействие холодного или горячего, сухого воздуха;
4. Сквозняки и переохлаждения, частые эпизоды острых или обострения хронических воспалительных болезней органов дыхания;
5. Психоземotionalные нагрузки;
6. Заболевания щитовидной железы, нарушения менструального цикла у женщин;
7. Активное и пассивное курение.

Как распознать начальные признаки болезни?

Начальные проявления астмы достаточно часто напоминают респираторно-вирусную инфекцию, или, как говорят в народе, “простудное заболевание”, протекающее с кашлем, насморком, чиханием, зудом глаз и слезотечением, чувством боли или отека в горле, и сдавливанием в груди, повышением температуры тела.

Причем одновременное возникновение всех проявлений совсем не обязательно.

Если Вы замечаете за собой склонность к заболеваниям с подобными проявлениями - следует заняться анализом этих “простуд, ангин, респираторно-вирусных инфекций» и т.д..

Бронхиальную астму можно заподозрить в следующих случаях:

– среди кровных родственников есть больные аллергическими болезнями (родители, братья, сестры, дяди, тёти, и т.д.);

– Ваше состояние ухудшается преимущественно в теплое время года (в некоторых случаях с точностью до дня можно указать срок начала и окончания болезни). Или же проявления болезни беспокоят в любое время года, но в том числе и летом;

– в некоторых случаях наблюдается исчезновение проявлений астмы после перемены места жительства (отдых, командировка, учеба, служба в армии и т.д.). Т.е. при отсутствии контакта с аллергеном уходят и проявления болезни, а при возвращении на прежнее место жительства проявления болезни возобновляются;

– уборка помещений или работа в огороде, пребывание в полевых условиях сопровождается неприятными ощущениями в горле (боль, першение, сухость), насморком, покашливанием, зудом глаз, стеснением в груди;

– если беспокоящие Вас в летнее время кашель, ощущение хрипов в грудной клетке, насморк проходят или уменьшаются в своей интенсивности в дождливую погоду и усиливаются в солнечные и ветреные дни;

– на коже возникают зудящие высыпания, образуются красные пятна или же отекают губы, нос, веки.

В свете изложенного необходим тщательный анализ Вашего состояния, т.к. предвестники бронхиальной астмы без всяких на то оснований расцениваются как: “перекупался, просквозило и т.д.”. Предпринимаются попытки самолечения таких “простуд” препаратами не только не показанными, но и способными принести в данной ситуации непоправимый вред (антибиотики, витамины, препараты, “укрепляющие” иммунитет). К примеру, совершенно нелепой выглядит ситуация, когда кашляющий и задыхающийся от пылицы цветущих растений человек с “лечебной” целью принимает те же самые травы в отхаркивающих сборах, комбинирует их с мёдом и т.д.

При этом никто не задумывается, что улучшение наступает не от лечения, а от прекращения цветения того или иного растения.

Следует знать, что воспаление дыхательных путей, **независимо от причины вызвавшей его**, проявляется достаточно стандартно: кашель, выделение мокроты, нехватка воздуха, ощущение хрипов в грудной клетке, насморк, чихание, повышение температуры тела.

Так как причин, вызывающих воспаление, много (вирусы, бактерии, грибки, аллергены) – каждая требует “своего” подхода в лечении (вирусы – противовирусная терапия; бактерии – антибиотики и т.д.). Причем вирусы нечувствительны к антибиотикам, а бактерии не погибают от противовирусных средств.

Астма тоже является воспалительным заболеванием, но список причин, вызывающих её обострение, намного шире, а для достижения затишья болезни требуются совершенно иные подходы и лекарственные средства.

Никому не хочется болеть, особенно не хочется болеть тяжелой формой того или иного заболевания. На этапе начальных проявлений бронхиальной астме свойственны обратимые изменения, поэтому следует поторопиться к врачу.

Правильное обследование и лечение, длительный медикаментозный контроль над болезнью позволяют остановить её прогрессирование.

Решение такой проблемы под силу врачам – пульмонологам и аллергологам.

Не теряйте времени, так как следующим будет – третий этап – сформировавшаяся болезнь с бессонными ночами и мучительными днями из-за постоянных приступов удушья, мучительного кашля и нарастающей одышки:

- в домашних условиях требуется ежедневное, пожизненное использование лекарственных препаратов;

- во время обострений болезни в стационарах ради спасения жизни выполняются сложные лечебные программы с использованием большого количества высокоактивных препаратов;

- больной человек превращается в инвалида и резко сокращается продолжительность его жизни.

Хочется, чтобы Вы поняли:

- не стоит повторять горький опыт предыдущих поколений думавших,

что первый приступ удушья не повлечет за собой последующих,
– самопроизвольного излечения бронхиальной астмы не бывает,
– астма требует пожизненного “контроля”.

Роль инфекции в развитии бронхиальной астмы

В развитии бронхиальной астмы и её прогрессировании существенную роль играет инфекционный фактор. Среди причин, вызывающих обострение бронхиальной астмы, на первом месте стоит обострение бронхита, гайморита, ринита, тонзиллита

Нужно отметить, что даже у здоровых лиц (особенно у курящих), перенесших вирусную инфекцию, развивается характерная для бронхиальной астмы гиперреактивность, которая может сохраняться до 4-5 недель.

Если после перенесенной респираторно-вирусной инфекции Вас продолжает беспокоить кашель, который усиливается при колебании температур (выход из теплого помещения на улицу и наоборот), контакте с резкопахнущими веществами (выхлопные газы, краска, табачный дым); ощущение стеснения в груди и нехватка воздуха при выполнении физической нагрузки - Вам следует обратиться к пульмонологу.

Особого внимания требуют дети, так как после частых неоднократно перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей бронхиальная астма возникает в 20 раз чаще.

Если Ваш ребенок болеет простудными заболеваниями более 3-х раз в году с продолжительным кашлем и «похрипыванием» в груди - не лечитесь самостоятельно, обратитесь за помощью к пульмонологу.

Лечение бронхиальной астмы на современном уровне позволяет достичь исчезновения острых приступов удушья, однако высокий уровень гиперреактивности может сохраняться несколько лет и проявляться быстро проходящим покашливанием или умеренным дыхательным дискомфортом, “...стеснением в груди” после контакта с раздражителями.

Для устранения гиперреактивности требуется более продолжительное лечение. Если лечение не выполняется, воспалительные изменения становятся более выраженными и острые приступы удушья повторяются, болезнь будет протекать тяжелее, чем на предыдущих этапах.

Люди, страдающие хроническим насморком, должны знать о единстве строения слизистой оболочки носа и бронхиального дерева, наличию рефлекторной связи между ними. С одной стороны эта взаимосвязь проявляется кашлем или приступами нехватки воздуха при воспалении слизистой носа и повреждении нервных окончаний (так называемый ринобронхиальный рефлекс). С другой стороны – изменения слизистой носа отражают состояние слизистой бронхиального дерева.

Т.е. изменения в носу подобны изменениям в бронхиальном дереве. Но насморк ощущается острее и его лечат, а умеренным кашлем и одышкой не придаётся значение. Многие больные злоупотребляют

сосудосуживающими каплями (назол, галазолин, санорин и т.д.), обеспечивая тем самым сомнительный и кратковременный эффект, а тяжесть заболевания при этом нарастает.

Что необходимо знать перед визитом к врачу?

Регламентирующее деятельность врача законодательство “выделяет” на работу с больным 12-15 минут. Такого времени для выяснения всех жалоб, изучения истории болезни, оценки результатов обследования, составления лечебной программы и дачи рекомендаций явно недостаточно.

К большому сожалению, большинство больных, собираясь на приём, совершенно не анализируют предстоящий разговор (не выделяют основные жалобы и не могут дать их характеристику, многословны, не задумываются над вопросами врача и отвечают невпопад, пытаются навязать свою точку зрения и т.д.). В это время врач должен проявить высшую степень терпения только для выслушивания пациента.

Результат такого визита – потерянное время, неверный диагноз, неправильное лечение, потерянное доверие.

Необходимо:

– внимательно изучать рекомендации, что повысит уровень Вашей медицинской образованности;

– до визита к врачу тщательно проанализируйте, а затем изложите свои жалобы и историю развития болезни, сэкономив время для составления плана обследования и лечения.

Жалобы

Их изложение необходимо начинать с наиболее значимых.

Так как классическим проявлением бронхиальной астмы является **острый приступ удушья**, следует знать, что это внезапно возникшее выраженное нехватка воздуха, сопровождающееся кашлем и хрипами в грудной клетке.

Не следует описывать приступ удушья словами “давит в груди, хрипит в груди” и т.д., т.к. это требует дополнительных вопросов (например - давящей может быть боль) и может ввести в заблуждение врача.

Если приступ прошел самостоятельно – можно сказать, что Вас беспокоило **затруднение дыхания**, если потребовалась лекарственная помощь – **удушьё**.

Чётко определитесь с периодичностью приступов (ежедневные, еженедельные, ежемесячные) и их частотой (1,2 раза в сутки и т.д.). Бывает ли ночное удушье?

Какие лекарственные препараты Вы используете для облегчения дыхания и какова их эффективность?

Это поможет врачу определить тяжесть течения болезни и принять

решение о месте лечения – в домашних или стационарных условиях.

Следующий этап анализа жалоб – место возникновения удушья (квартира, дача, рабочее место, общественные места) и условий пребывания (запыленность, загазованность, табачный дым).

Уборка в квартире как провоцирующий фактор – предполагает аллергию к домашней пыли.

Уборка пухо-перьевых постельных принадлежностей – клещи, пух-перо.

Пребывание в помещениях с большим количеством книг, журналов, газет (библиотека, архивные учреждения, регистратуры и т.д.) – бумажная пыль.

Контакт с растениями в огороде, поле, работа с сеном, соломой, зерновыми, комбикормом и т.д. – аллергия к сорным или культурным растениям.

Наличие в квартире животных или птиц – аллергия к шерсти, перьям.

Существенное значение имеет информация о времени года, когда чаще всего обостряется заболевание (лето – цветущие растения, зима – инфекционный фактор).

Взаимосвязь приступов удушья с месячным циклом у женщин позволяет думать о гормональных расстройствах.

Излагая свои жалобы в такой последовательности, давая им надлежащую характеристику, Вы помогаете врачу предположить вариант течения болезни, механизмы её формирования. Немедленно можно получить рекомендации по оформлению быта, условиям питания и труда.

Помните – не все проявления болезни должны возникать одновременно.

Достаточно часто единственным проявлением астмы является мучительный, свистящий, в т.ч. ночной, **кашель**. Поэтому его допустимо расценивать как приступ удушья и необходимо оценить его взаимосвязь с раздражающими факторами, изложенными выше.

Кашель утихает или становится менее интенсивным после устранения раздражителя и отхаркивании того или иного количества мокроты.

Одышка – это ощущение нехватки воздуха, испытываемое, как правило, при выполнении нагрузки (ходьба, бег, перемещение тяжести и т.д.)

В начале болезни удушье от одышки отличается своей обратимостью, т.е. после прекращения приступа удушья человек может чувствовать себя совершенно здоровым и выполнять достаточно интенсивные физические нагрузки.

Если же Вы небрежно относитесь к рекомендациям врача, болезнь будет прогрессировать, а одышка нарастать.

При тяжелом течении заболевания одышка может беспокоить и в покое. В таких случаях отличить одышку от удушья не представляется возможным. Следует определиться, при каких нагрузках Вы начинаете испытывать “нехватку воздуха”:

– нагрузки средней интенсивности – подъем по лестнице, быстрая ходьба и т.д.);

– незначительные нагрузки – ходьба по помещению, одевание.

Ваши действия при возникновении одышки:

– Вы останавливаетесь и отдыхаете?

– Вы продолжаете выполнять нагрузку, несколько снижая темп её выполнения?

Одышка при заболеваниях системы дыхания имеет зависимость от погодных условий – в хорошую погоду одышка менее выражена или не проявляется, в плохую погоду одышка нарастает. Т.е. “день на день не приходится”.

Как правило, одышка сопутствует сердечно-сосудистым заболеваниям (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма и т.д.). Однако при таких заболеваниях она постоянная и не имеет столь выраженной погодной зависимости.

Нарастающая одышка может явиться единственным существенным признаком приближающегося обострения болезни и требуется консультация с Вашим врачом.

Изложив основные жалобы, следует рассказать (при наличии) о насморке, зуде глаз и слезотечении, высыпаниях на коже и т.д.

История Вашего заболевания – имелись ли среди Ваших родственников больные с аллергическими заболеваниями?

Вы склонны к простудным заболеваниям с детских лет или же с более зрелого возраста?

Если с более взрослого возраста - являетесь ли Вы коренным жителем данной местности?

Если Вы коренной житель – изменялось ли место жительства и в каких условиях Вы проживали – старые ветхие строения, сырость, запыленность и т.д.?

Отмечалась ли сезонная закономерность простудных заболеваний (весна — лето, осень — зима)?

Давность возникновения приступов удушья?

Причины, вызывающие обострение болезни и частота обострений в течение года.

Какая, на Ваш взгляд, причина настоящего ухудшения состояния?

К каким специалистам Вы обращались за помощью, проводимые лечебные мероприятия и их эффективность.

Обследовались ли Вы у аллерголога?

Какие лечебные мероприятия Вы выполняете в домашних условиях и какова их эффективность?

Вредные привычки и условия труда.

Именно с такой последовательностью и характеристиками должен излагать пациент свои жалобы и историю болезни.

РАЗДЕЛ II

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

В настоящее время рассматривают 2-е формы бронхиальной астмы — иммунную и неиммунную.

ИММУННАЯ — через легкие человека в течении суток “проходит” до 12 000 литров воздуха. Естественно, в таком количестве воздуха содержится много частиц, являющихся инородными для нашего организма (пыль органического и неорганического происхождения, грибы, вирусы, бактерии, и т.д.). У здоровых людей всё инородное подвергается уничтожению и удалению из организма. При этом процессы уничтожения достаточно жестко контролируются системой иммунитета.

У человека, страдающего аллергическим заболеванием, процесс “уничтожения инородных частиц” контролируется недостаточно. В ходе реакции накапливается больше, чем положено, активных веществ, которые вызывают воспаление и повреждение собственных тканей организма. Частица, явившаяся причиной такой реакции, называется аллергеном.

НЕИММУННАЯ — формирование воспаления происходит без поступления инородных частиц, под воздействием других факторов (физическая или эмоциональная нагрузка, прием аспирина).

Теперь Вы, поняли, что первое правило при лечении аллергических заболеваний - устранить из своего окружения виновный аллерген.

К счастью, на **начальных этапах** развития болезни воспалением, а значит и астмой, можно управлять при помощи лекарственных веществ.

К несчастью, непонимание больными тактики врача приводит к прекращению лечения и прогрессированию болезни.

На более **поздних этапах** заболевания управлять нечем, приходится лечить осложнения, развившиеся из-за необратимых изменений.

Поэтому важным видится достижение взаимопонимания между больным и врачом. Цель такого понимания - двустороннее сотрудничество, гарантирующее постоянный контроль над болезнью, особенно на её начальных этапах.

Для достижения понимания следует осветить механизмы развития болезни и лекарственные препараты, которые позволяют контролировать их в домашних условиях.

Первый механизм – соединение чувствительной клетки организма с инородной частицей, в результате чего происходит выделение биологически активных веществ (гистамин, серотонин), которые формируют воспалительные и клинические проявления астмы.

Формирующиеся по такому принципу заболевания называются атопическими (атопическая астма, поллиноз, крапивница и т. д.).

При таких заболеваниях первостепенной задачей является выявление аллергена и его устранение из среды, окружающей больного.




Высокую эффективность обеспечивают лечебные мероприятия, препятствующие соединению клетки с инородной частицей.

Второй механизм – характеризуется тем, что происходит соединение чужеродной частицы (компоненты микроба или вируса) с белками крови. Образовавшийся комплекс циркулирует с потоком крови. В месте отложения подобного комплекса развивается воспаление, что более характерно для инфекционнозависимой бронхиальной астмы.

И третий — также характерный для инфекционнозависимой астмы. В месте контакта клетки и инородной частицы из разрушенных клеток выделяются высокоактивные вещества, вызывающие воспаление собственных тканей.

Хочется предупредить наиболее “активную” группу больных – несмотря на роль инфекции в развитии астмы, показания к использованию антибиотиков может определить только врач (пульмонолог или аллерголог).

Антибиотики зачастую не показаны и могут оказать вредное воздействие.

 Аллерген	I	Раздражение (нервнопсихическое, колебания температур и т. д.)
 Клетка с биологически активными веществами	II	
Выделение биологически активных веществ	III	Выделение биологически активных веществ
Аллергическое воспаление	IV	Воспаление
Бронхоспазм	V	Бронхоспазм

Атопические заболевания

Поллиноз — аллергическое заболевание, вызываемое пылью цветущих растений или деревьев. Главные черты, характеризующие заболевание — ежегодность и сезонность, т. е. в период года, когда в воздухе есть пыльца.

“Ранняя весна” (март, апрель) - пыльца деревьев и цветов, “поздняя весна” (апрель, май, июнь, июль) — пыльца трав, август, сентябрь — цветущие сорные травы - лебеда, полынь, амброзия.

Если причиной болезни является пыльца растений, находящаяся в воздухе, то и первые проявления её будут со стороны органов, которые имеют контакт с внешней средой. Естественно, первыми контактируют слизистые оболочки:

глаза – присоединяется и нарастает до интенсивного зуд, краснеют и отекают веки, присоединяются слезотечение, светобоязнь и ощущение “песка в глазах”;

нос – водянистые выделения и приступы мучительного, продолжительного чихания, дыхание через нос нарушено;

носоглотка - присоединяется боль в горле при глотании. При осмотре может наблюдаться покраснение слизистых оболочек, налёт на миндалинах.

Заболевание протекает, как правило, без повышения температуры тела, однако в некоторых случаях она повышается до 37,5—38,0.

Так как причиной болезни является пыльца, самочувствие ухудшается в поле, лесу, огороде, при уборке сена, т.е. там, где много цветущих растений.

Важную роль играют погодные условия – после дождя или при безветрии количество пыльцы в воздухе снижается, самочувствие улучшается.

Сухая солнечная и ветреная погода способствует увеличению количества пыльцы в воздухе, и болезнь протекает тяжелее.

Больные, страдающие много лет, с точностью до дня могут указать предполагаемый день начала обострения.

В некоторых случаях заболевание может проявить себя в другое, нехарактерное время года. Чаще всего это происходит после употребления орехов, меда, яблок, компотов, варений и т. д., так как пыльца и плоды растений имеют общее химическое строение.

Если Вы находите у себя подобные проявления с характерной сезонностью - не занимайтесь самолечением. Каждое обострение усугубляет изменения в системе иммунитета и через некоторое время возникают “острые” приступы удушья, свидетельствующие о развитии бронхиальной астмы.

Диагностикой и лечением поллиноза занимается **только врач-аллерголог**. Выявление аллергена, правильные рекомендации и лечение и позволят Вам в последующем избежать присоединения приступов удушья.

Атопическая астма

Атопическая в дословном переводе – “нехарактерная, нетипичная” реакция в виде удушья на пыль с вещей, окружающих нас повседневно (газеты, книги, пухо-перьевые изделия, воздух помещения, содержащий домашнюю пыль, запах цветов, пыльца цветущих растений, шерсть животных, шерстяные изделия, корм для рыбок и т.д.)

Как правило, заболевание проявляется с детских лет, до присоединения приступов удушья проявления астмы могут ограничиваться кашлем, насморком, ощущением стеснения и хрипов в груди, что расценивают как простудные заболевания. Особенно беззащитны на этом этапе развития болезни дети, т.к. не могут самостоятельно обратиться к врачу и рассказать о своих ощущениях.

Родители детей склонных к “простудным” заболеваниям среди родственников, которых есть больные астмой, должны консультировать их у аллерголога. Специальные методы диагностики и соответствующее лечение обеспечат высокое качество жизни.

В старшем возрасте заболевание может начаться после плохо пролеченной или не леченной вообще респираторно-вирусной инфекции. Достаточно часто астме сопутствуют кожные проявления аллергии.

Между приступами состояние больных может оставаться вполне удовлетворительным и врач, к которому Вы обратились, может не обнаружить признаков болезни. Не волнуйтесь. Ещё раз прочитайте наши рекомендации, тщательно анализируйте свои жалобы и их зависимость от факторов внешней среды, вспомните историю своего развития с детских лет, обратитесь к аллергологу или пульмонологу. Начните излагать свои жалобы, так: “... у меня есть родственники, болеющие или болевшие астмой, крапивницей или отёком Квинке...”. Не повторяйте ошибок прошлых поколений: “...почихали, покашляли, позадыхались, как-то полечились, стало лучше – думали, прошло...”. Ничего бесследно не проходит, при отсутствии полноценного лечения, после очередного контакта аллергенами болезнь напомнит о себе более частыми и тяжёлыми приступами удушья.

Аллергия к яду жалящих насекомых

Аллергические реакции подобного происхождения являются серьёзной проблемой из-за скорости развития клинических проявлений, их тяжести, нередко заканчивающихся смертельным исходом.

Клиническое проявление после укуса развиваются чаще всего со стороны:

- кожи — покраснение, зудящие высыпания, отек лица;
- органов дыхания — тяжелый и быстро нарастающий приступ удушья;
- сердечно-сосудистой системы — падение артериального давления, а также судорожные подергивания, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание.

Быстрая диагностика аллергической реакции на укус может быть затруднена из-за:

- тяжести состояния и потери сознания;
- укусы чаще всего происходят вдали от лечебных учреждений (парк, лес, дача, полевые условия);
- окружающие Вас люди могут не знать о болезни и укусе.

Если Вы хотите сохранить свою жизнь выполняйте следующие условия:

1. Не носите одежду ярких расцветок и не пользуйтесь духами или другими косметическими средствами, имеющими запах, когда Вы собираетесь в места, где Вас могут ужалить насекомые.

2. Следует избегать работы в саду, во дворе. Если это невозможно, всегда одевайте носки, высокую обувь, длинные брюки и рубашку с длинными рукавами.

3. Не посещайте места, где могут обитать жалящие насекомые.

4. Если возле Вашего дома имеются гнезда жалящих насекомых, уничтожьте их, вызвав для этого профессионального дезинсектора. Не пытайтесь это делать самостоятельно.

5. Если Вы обнаружите рядом насекомое — не двигайтесь, иначе вероятность укуса повысится.

Заранее тренируйтесь выполнять необходимые мероприятия в случае укуса.

Научитесь самостоятельно делать инъекции в переднюю поверхность бедра и накладывать жгут.

1. Проконсультируйтесь с врачом. Составьте 3—4 набора содержащих - одноразовые шприцы, ампулы с раствором адреналина, антигистаминных (димедрол, супрастин, пипольфен) и “гормональных” средств (преднизолон, дексон), а также пилочки для вскрытия ампул, жгут, спирт, вату (храните их в разных местах).

Помните, единственно эффективным лечением подобной реакции является внутримышечное введение адреналина, а затем антигистаминных средств.

В экстренных случаях, кожу не обнажайте и спиртом не протирайте, выполняйте инъекцию через одежду.

Если у Вас были угрожающие жизни состояния, введите адреналин сразу после укуса, если нет — после появления минимальных признаков аллергической реакции.

Заранее приготовьте табличку с информацией о Вашем заболевании. Постарайтесь удалить жало булавкой или поддеть ногтем. После выполнения инъекции и удаления жала немедленно обратитесь в ближайшее лечебное учреждение, вызовите карету скорой помощи или попросите об этом окружающих Вас людей.

Существуют народные “методы лечения” некоторых заболеваний укусами пчел. Но помните, яд пчел — сложная смесь с выраженными свойствами аллергена.

Избегайте подобных методов. Вы можете пополнить группу больных аллергическими заболеваниями.

С течением времени и повторяющимися укусами пчел формируется повышенная чувствительность и готовность организма к тяжелой аллергической реакции не только на укусы, но и на продукты пчеловодства.

Инфекционнозависимая астма

Это более тяжелый, быстро осложняющийся эмфиземой, склерозом легких, дыхательной недостаточностью вариант течения болезни.

Чаще всего болеют люди в возрасте 35—40 лет, имевшие на протяжении жизни простудные заболевания, профессиональные вредности, вредные привычки (курение), иногда длительно страдавшие хроническим бронхитом.

Начало болезни и ее обострение неразрывно связано с инфекционными (чаще вирусными) заболеваниями верхних дыхательных путей.

Как правило, недостаточно пролеченное респираторное заболевание сопровождается продолжительным кашлем и одышкой при физических нагрузках, а через некоторое время присоединяются приступы удушья.

Болезнь протекает тяжелее атопического варианта. Приступы удушья развиваются медленно, возникают чаще, отличаются более тяжёлым течением. После приступа сохраняется кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты и одышка, несмотря на применение бронхорасширяющих препаратов, довольно часто ощущаются «свисты и хрипы» в грудной клетке.

Во многих случаях инфекционнозависимый вариант присоединяется к атопическому, отягощая болезнь.

Непереносимость аспирина и бронхиальная астма

В повседневной жизни человеку достаточно часто приходится использовать препараты для понижения высокой температуры тела и уменьшения боли. С такими задачами лучше всего справляются препараты из группы нестероидных противовоспалительных веществ (НСПВ), однако у части людей эта группа препаратов вызывает тяжелые приступы удушья.

Так как наиболее ранним, широко применяемым больными и рекомендуемым врачами препаратом из этой группы являлся и является аспирин бронхиальная астма получила название — **аспириновая**.

Было замечено что помимо **непереносимости аспирина и удушья** после его приема, аспириновой астме сопутствует **патология носа** (хронический насморк, наличие полипов) — **аспириновая триада**.

Данный вариант характеризуется частыми и тяжелыми обострениями, слабым ответом на лечение и быстрым присоединением осложнений. Больным людям, даже ознакомленным с механизмами формирования триады, тяжело выполнить рекомендации по профилактике обострений в силу их сложности (очень большое количество продуктов питания содержит салицилаты).

В большинстве случаев развитию аспириновой триады предшествует круглогодичный насморк не чувствительный к действию сосудосуживающих капель (нафтизин, галазолин, санорин, назол и т. д.), что требует постоянного злоупотребления последними. Иногда отмечаются обильные слизистые выделения из носовых ходов.

Последующий этап — разрастание полипов в полости носа, что ещё больше затрудняет дыхание.

В некоторых случаях разрастание полипов в носу происходит задолго до возникновения первых приступов удушья. Большинство таких больных, не понимая, что происходит, и длительно лечатся у врачей отоларингологов, подвергаясь в т.ч. оперативному лечению по удалению полипов (полипэктомии).

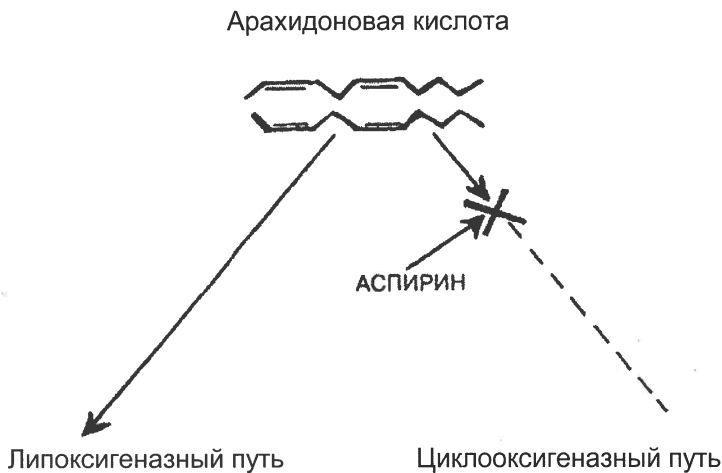
Без консультации с пульмонологом и соответствующего обследования оперативное лечение следует отложить.

В одних случаях операция может явиться причиной возникновения первых приступов удушья, в других — причиной усугубляющей тяжесть заболевания.

Кроме того — в послеоперационном периоде крайне необходимо лечение устраняющее воспаление и замедляющее рост полипов.

Тяжесть течения болезни и интенсивность приступов удушья связана с особенностью действия веществ, обеспечивающих бронхоспазм. В тканях организма имеется арахидоновая кислота, которая в процессе выполнения своих функций распадается по 2-м путям (см. рисунок). Конечными продуктами распада кислоты по липоксигеназному пути являются вещества, которые вызывают сильный и длительный приступ удушья, выраженный насморк.

В организме больных людей распад арахидоновой кислоты после приема аспирина, осуществляется только по липоксигеназному пути.



В организме здорового человека аспирин не оказывает столь сильного и одностороннего действия.

Кроме аспирина приступы удушья могут спровоцировать другие широко используемые представители группы НСПВ:

- индометацин,
- напроксен, диклофенак, ибупрофен,
- пироксикам,
- амидопирин,
- парацетамол и др.

Если у Вас имеет место упорный насморк, полипы в носу, крапивница, частый упорный кашель или эпизоды стеснения в груди и врач назначил препараты данной группы начинать лечение следует после консультации с пульмонологом .

Известно, что больные с триадой чувствительны к желтой пищевой добавке тартразину. Необходимо избегать употребления продуктов питания и лекарственных средств желтого, красного и оранжевого цвета.

Пищевые продукты, содержащие салицилаты

Фрукты	Ягоды	Овощи	Смешанная группа
Яблоки	Черная	Огурец	Изюм
Абрикосы	смородина	Перец	Зимняя
Грейпфруты	Вишня	Помидоры	зелень
Виноград	Малина	Картофель	Миндаль
Цитрусовые	Земляника		
Дыни	Клубника		
Персики			
Сливы			
Чернослив			

Не употребляйте конфет, варений из ягод, фруктов, компотов. Внимательно знакомьтесь с составом искусственно газированных напитков, старайтесь избегать их употребления. Не пользуйтесь жевательными резинками.

К лекарственным средствам, содержащим тартразин относятся некоторые лекарственные препараты, в частности:

- витамины;
- преднизолон;
- хлорфенирамин (противоаллергическое средство).

Астма физического усилия

В некоторых случаях приступ астмы провоцируется только физической нагрузкой. Таких больных немного, но по своей способности переносить нагрузку они резко отличаются от других больных.

Причиной удушья при астме физического усилия является

высушивание слизистой бронхов и выделение активных веществ после частого и глубокого дыхания. Выполняя нагрузку (бег, быстрая ходьба) больной испытывает одышку и останавливается для отдыха. Через 5—8 минут после прекращения нагрузки вместо ожидаемого облегчения развивается достаточно сильный, короткий по времени приступ удушья. В течение последующих 2-х часов бронхиальное дерево теряет чувствительность к активным веществам, и повторный приступ после нагрузки не возникает.

В некоторых случаях вдыхание увлажненного воздуха или дыхание через нос могут уменьшить интенсивность приступа.

РАЗДЕЛ III КОНТРОЛИРУЙТЕ АСТМУ

Так как каждый “острый” приступ удушья может стать причиной смертельного исхода, а очередное обострение астмы усугубляет тяжесть течения в последующем, каждый больной обязан уметь контролировать болезнь, а именно :

– ежедневно оценивать свое влияние на болезнь по количеству приступов удушья, степени выраженности одышки и кашля;

– прогнозировать возможное обострение и строго выполнять профилактические мероприятия. В период эпидемий вирусных заболеваний откажитесь от посещения общественных мест - театр, гости и т.д. Перед хозяйственными работами (уборка в квартире, работа в огороде или подсобных помещениях) в обязательном порядке выполните ингаляции лекарств с бронхорасширяющим и противовоспалительным действием. Перед приемом комбинированных блюд выясните, из чего они приготовлены. При наличии компонентов с свойствами аллергенов – откажитесь.

– своевременно обращаться за помощью в случае усиления одышки, кашля, потребности в “неплановом” использовании бронхорасширяющих препаратов или использовании услуг скорой помощи.

– своевременно санировать любой очаг инфекции (полость рта, нагноительные заболевания кожи и т.д.)

Наиболее часто течение обострение болезни наступает по следующим причинам:

1. Респираторно-вирусные инфекции или обострение любого хронического инфекционного очага в организме.

2. Сочетание нервно-психического фактора и респираторной инфекции.

3. Игнорирование рекомендаций врача , самовольное и неправильное изменение суточных доз используемых препаратов.

4. Неправильная техника ингаляции.

5. Злоупотребление лекарственными средствами.

6. Нарушение принципов гипоаллергенного питания.

7. Пребывание в среде с большой концентрацией аллергенов – подсобные помещения, амбары, птичники, архивные помещения и т.д.)

При обострении заболевания необходимо увеличить дозу препаратов с противовоспалительным действием. Если в течение 48 часов Ваше самочувствие не улучшилось, срочно обратитесь к пульмонологу или аллергологу.

Перечисленные принципы контроля, за течением астмы базируются на ощущениях самого пациента.

У каждого человека своё, индивидуальное, восприятие проявлений болезни,

зависящее от разных факторов (нервно-психического, интеллектуального и т.д.). Т.е. сколько больных столько же и ощущений. Это значит, что самоконтроль понятие субъективное и является только сигналом к посещению врача. Перед врачом стоит более сложная задача - определить степень тяжести астмы, обосновать лечебные мероприятия и обеспечить контроль за их эффективностью. Для этого нужны более достоверные показатели отражающие состояние больного – так называемые объективные критерии. Одним из них является определение функции внешнего дыхания – спирография.

Спирография позволяет выявить:

- нарушение проходимости воздуха по бронхам, даже если больной не испытывает одышки;

- гиперреактивность бронхов задолго до возникновения приступов удушья. Адекватное лечение предупредит их развитие;

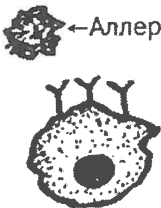

- тип и степень дыхательной недостаточности. Позволяет составить наиболее эффективную лечебную программу;

- изменение показателей проходимости бронхов во времени. Позволяет определить насколько эффективно проводимое лечение и при необходимости своевременно его изменить.

Спирографы есть только в специализированных лечебных учреждениях, а больной астмой должен контролировать проходимость бронхиального дерева и качество лечения ежедневно. Наиболее современным, доступным и объективным методом, контролирующим болезнь в домашних условиях является – пикфлоуметрия.

Принципы лечения спазма бронхов

Для полноценного сотрудничества больного с врачом, понимания больным его рекомендаций, развитие воспаления при астме разбивается на этапы.

I этап	II этап	III этап
 <p data-bbox="258 1082 393 1107">←Аллерген</p> <p data-bbox="172 1289 359 1342">Клетка с рецепторами</p>	 <p data-bbox="474 1273 605 1353">Гистамин, серотонин и т. д.</p>	<p data-bbox="725 1066 941 1230">Воспаление и болезнь (кашель, удушье, зуд глаз и чихание).</p>

Следует помнить, что все рекомендации по использованию лекарственных препаратов относятся только к амбулаторным (домашним) условиям.

ЭТАП 1 (аллерген проник в просвет бронхов)

Из предыдущих разделов и представленного рисунка Вы поняли – если аллерген не попадёт в бронхиальное дерево, не будет аллергической реакции, и не возникнут приступы удушья.

Возникает задача устранить из быта больного аллергены. В первую очередь это касается помещений, где Вы проводите от 6 до 12 часов. Как бы тщательно не проводилась уборка помещения, там будет скапливаться достаточное количество пыли.

Приводимые рекомендации могут оказаться достаточно сложными, однако от этого зависит Ваше здоровье. В первую очередь необходимо избавиться от предметов собирающих пыль или являющихся её источником. Наблюдения подтверждают, что пребывание в среде, свободной от аллергенов даже в течение части суток (ночью во время сна) значительно изменит течение болезни.

Идеальная спальня — маленькая комната, с кроватью, стулом и тумбой для белья. Дверь должна быть всегда закрытой, так как пыль может попадать с воздухом из других помещений.

Перьевые и ватные подушки, тюфяки, ковры, шерстяные и ватные одеяла, покрывала, портьеры, матрасы, мягкая мебель, книги не только собирают пыль, но в процессе изнашивания сами образуют вещества, которые являются аллергенами – их нужно убирать.

В доме не должно быть кошек, собак, птиц, мышек, и т.д.

Стены помещения необходимо красить, обшивать панелями или покрывать пленкой, обычные бумажные обои применять не следует. Пол — твердая древесина, линолеум. Одежду в спальне хранить не следует. Матрасы, подушки, одеяла должны быть обшиты чехлами из пленки и застегиваться на молнию. Тканевые чехлы не используйте. Используйте синтетические или хлопчатобумажные одеяла. Чехлы, одеяла и простыни стирайте чаще других вещей. Не работайте в спальне. В период цветения растений окна в спальне не открывайте, в другое время проветривайте в течение 1—2 часов. Влажную уборку необходимо проводить ежедневно; один раз в неделю проводите полную уборку. Для уничтожения плесневых грибов в краску можно добавить отбеливающие средства.

ЭТАП 2 (соединение аллергена с чувствительной клеткой)

Если устранить из быта аллерген не представляется возможным, необходимо препятствовать его соединению с чувствительными клетками бронхиального дерева.

В таком случае аллерголог предложит Вам лечение аллергенами (иммунотерапия).

Иммунотерапия предусматривает подкожные инъекции раствора аллергена в медленно возрастающих дозах.

В результате такого лечения у чувствительных клеток снижается способность к соединению с аллергенами и выбросу активных веществ вызывающих воспаление с удушьем.

Метод лечения достаточно эффективный, особенно у лиц, страдающих атопической астмой.

Продолжительность иммунотерапии — от нескольких недель до нескольких месяцев. Необходимые для облегчения болезни изменения наступают через 3—12 месяцев.

В некоторых случаях лечению аллергенами может сопутствовать умеренное обострение из-за которого многие больные самостоятельно прекращают лечение без предварительной консультации с врачом.

Это — очень грубая ошибка, так как самостоятельное прекращение лечения в иммунотерапии недопустимо, необходимо срочно обратиться к аллергологу.

ЭТАП 3 (проявления болезни)

Если аллерген всё-таки соединился с клеткой, клетка выделила активные вещества, сформировалось воспаление и возникли “острые” проявления астмы все усилия должны быть направлены на борьбу с устранением удушья и воспалением.

Спазм мышц бронхиального дерева, а соответственно и удушье устраняется — **бронхолитиками (b₂-агонисты)**. Воспаление устраняется противовоспалительными препаратами. Хочу предупредить, указанные препараты только дополняют друг друга, так как бронхолитики не устраняют воспаление, а противовоспалительные препараты не устраняют приступ удушья. Таким образом, больные, которые самостоятельно ограничивают лечение, только бронхолитиками должны знать — даже при отсутствии удушья болезнь прогрессирует. Сохраняющееся воспаление будет способствовать формированию необратимых изменений, увеличению степени дыхательной недостаточности и присоединению осложнений.

Лечение бронхиальной астмы, согласно современным подходам, определяется степенью тяжести заболевания.

Выделяют астму с — **не постоянными, и постоянными, приступами** удушья.

В зависимости от частоты приступов в течение суток и времени их возникновения выделяют **степень тяжести течения:**

1. Астма с непостоянными приступами удушья.
- Астма с постоянными приступами удушья:
2. легкая,
3. средняя,
4. тяжёлая.

Степень тяжести определит только врач пульмонолог после опроса, осмотра и обследования больного (спирограмма, газовый состав крови и т.д.). Определение степени тяжести астмы требует крайне серьезного подхода, так как каждой степени соответствует наиболее эффективный лечебный стандарт или базисная терапия которую необходимо выполнять в домашних условиях.

Астма с непостоянными приступами удушья

Уважаемые читатели, обратите внимание. Речь идёт о самой лёгкой степени астмы с обратимыми изменениями. Болезнь чаще напоминает “простудные” заболевания, острые приступы удушья достаточно редкие, малоинтенсивные и непродолжительные. Бронхолитики применяются только в случае их возникновения т.е. по потребности, или же с целью предупреждения удушья непосредственно перед физической нагрузкой, работой в пыльных условиях и т.д.

Больные с такой степенью болезни должны обследоваться, лечиться и наблюдаться **только у врача аллерголога.**

Вопросы своевременной диагностики, лечения и профилактики постоянно освещаются, перед больными через средства массовой информации. К сожалению, большинство больных игнорирует получаемую информацию и очень скоро болезнь приобретает более тяжелое течение - 2,3 или 4 степень, для которых предусмотрено **постоянное** (читай пожизненное) и **ежедневное** лечение препаратами с бронхолитическим и противовоспалительным действием.

Обратите внимание на деление астмы с постоянными приступами удушья на легкую, среднетяжелую и тяжелую. Нет необходимости описывать различия между ними, для эффективного сотрудничества с врачом и самоконтроля более важной, видится информация о рациональных суточных дозах препаратов используемых в качестве базисной терапии. Многие больные, на вопрос о базисной терапии отвечают: “...по 1 или 2 дозы 3-4 или 5 раз в сутки...”. Это неправильно так как, каждая вдыхаемая доза содержит активное вещество дозируемое в микрограммах (мкг.). Если Вы знаете степень тяжести болезни для Вас не составит проблемы определить суточную дозу препарата, в микрограммах, которую Вам необходимо использовать для контроля над болезнью.

Крайне важным условием базисной терапии является **плановое** использование указанных препаратов. Не следует дожидаться ухудшения самочувствия, а регулярно с соблюдением суточных доз, упреждать его.

В случае астмы с постоянными приступами удушья в лечебной программе предпочтение следует отдавать препаратам с противовоспалительным действием, предупреждая тем самым, острые приступы удушья. Причём суточная доза препарата зависит от степени тяжести и его противовоспалительной активности.

Легкая – будесонид – 500 мкг. в сутки. Флютиказон – 250 мкг. в сутки. При сохранении приступов удушья или надсадного кашля, лечение дополняется бронхолитиками, отдавая предпочтение препаратам длительного действия – сальметерол – 50-100 мкг. сутки.

Средняя – будесонид – 1000 мкг. в сутки. Флютиказон – 500 мкг. в сутки. Сальметерол – 50-100 мкг. в сутки. Суточные дозы препаратов распределяются на 2 приёма.

Тяжёлая – будесонид – 2000 мкг. в сутки. Флютиказон – 1000 мкг. в сутки. Сальметерол 100 мкг. Суточная доза препаратов распределяется на 3-4 приёма.

Противовоспалительные препараты

В борьбе с воспалением при астме использовались различные группы препаратов, однако наилучшие результаты показали - **ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ (стероиды)** препараты, относящиеся к категории гормональных и воздействующие практически на все механизмы формирования воспалительной реакции.

Основным показанием для назначения кортикостероидов является нарастающая степень дыхательной недостаточности, которая имеет прямую связь с интенсивностью воспаления и необратимыми изменениями.

За всю историю использования стероидов миллионы людей, страдающих астмой, могли вести полноценную жизнь, а многих – удалось спасти от неминуемой гибели.

В лечении бронхиальной астмы препараты данной группы используют в виде таблеток, растворов для инъекций, но самое широкое распространение получили аэрозоли для ингаляций – **топические стероиды**.

Топические стероиды, нашли своё применение, в лечении астмы с начала 70-х годов прошлого столетия, и на данный период времени являются незаменимой категорией лекарственных средств контролирующей течение болезни в домашних условиях.

Ингаляционный путь подачи непосредственно на поверхность воспалённой слизистой бронхов очень быстро создаёт на ней высокую концентрацию препарата.

Попадая на поверхность бронха, стероиды:

– “укрепляют” стенку клеток, препятствуют выходу из них, активных веществ которые вызывают воспаление;

– повышают устойчивость тканей бронхиального дерева к выделяемым активным веществам и подавляют гиперреактивность бронхов ;

– способствуют восстановлению ранее повреждённых воспалением тканей, до здорового состояния.

Самым высоким сродством к рецепторам находящимся в бронхиальном дереве человека и самой высокой местной противовоспалительной активности обладают **будесонид и флютиказон**.

Обратите внимание на вышеизложенное схему лечения астмы, сила противовоспалительного действия флютиказона столь высока, что для достижения противовоспалительного эффекта, в сравнении с будесонидом, рекомендуется половина дозы. Вместе с тем следует помнить, в период обострения болезни, перед ингаляцией кортикостероидов необходимо уменьшить степень бронхоспазма ингаляцией бронхорасширяющих средств (сальбутамол, беротек) и увеличить суточную дозу или флютиказона, или будесонида. Интервал между ингаляцией кортикостероидов и бронхолитиков должен составлять от 30 до 40 минут.

Больным с 4-й степенью тяжести астмы приходится использовать максимально допустимые разовые и суточные дозы бронхолитиков и топических стероидов, несмотря на это для такой тяжести характерно неустойчивое течение, при котором дальнейшее увеличение доз используемых препаратов может вызвать серьёзные осложнения.

Для предупреждения обострений и улучшения качества жизни больных в "базисное" лечение включаются глюкокортикостероиды в таблетированных и инъекционных формах.

Стероиды с системным действием.

Преднизолон, триамцинолон (полькортолон).

Совсем недавно больным, нуждающимся в мощном противовоспалительном лечении, назначались и длительно использовались препараты с системным действием.

К большому сожалению, некоторые больные, категорически отказывались, да и теперь отказываются, от препаратов данной группы или же самостоятельно регулируют лечение (уменьшение, увеличение дозы, прекращение приёма и т.д.). При таком "подходе" к лечению болезни малые дозы системных стероидов эффекта не приносили, а большие дозы могли вызвать осложнения (избыточный вес, сахарный диабет, повышение артериального давления, язвы желудка). Пополнение арсенала лекарственных средств топическими стероидами позволило поддерживать удовлетворительное состояние больных, не применяя максимальные дозы препаратов с системным действием и избегать осложнений.

На современном этапе лечения астмы лечение системными стероидами осуществляется либо непродолжительными курсами в течение года, либо курс длительный, но приём препарата не ежедневный. Только в трудно контролируемых случаях течения астмы возникает потребность ежедневного приёма стероидов.

Если Вам приходится принимать системные стероиды – не прекращайте и не снижайте, без консультации с врачом, дозы препарата. Подобный шаг на 7—10-е сутки закончится тяжёлым обострением заболевания.

К тому же, прекращение приема системных стероидов может осложниться “синдромом отмены”, при котором помимо проявлений астмы, нарастает слабость, головная боль, боль в костях и суставах, боль в животе, тошнота, рвота. Развитие “синдрома отмены” требует срочного возобновления приема препаратов и госпитализации больного, так как является угрожающим для жизни состоянием.

У большого количества больных астма сопровождается упорным насморком, полипозными разрастаниями в полости носа. Нарушение носового дыхания ухудшает самочувствие больных даже при отсутствии проявлений астмы. Благодаря ингаляциям топических стероидов в нос уменьшается степень воспаления, улучшается носовое дыхание, прекращаются выделения из носа, а полипозные разрастания значительно замедляют свой рост.

Следующая группа препаратов, на которой мы хотим остановить Ваше внимание – **бронхолитики , b2-агонисты.**

Наиболее часто применяемая больными астмой категория лекарств, своего рода карманная “скорая помощь”. На поверхности бронхиального дерева, имеются нервные окончания – “рецепторы”. Воздействуя на них можно вызвать расширение или спазм бронхов.

Бронхолитики действуют на b-рецепторы, что сопровождается расширением бронхов, отсюда и второе название b-агонисты.

В историческом плане интересно знать о недавно широко используемой группе неселективных препаратов. Неселективные бронхолитики спасли жизнь миллионам больных, но на данном этапе препараты данной группы не производятся в силу кратковременности действия (3-4 часа) и токсичности.

Селективные: обладают избирательным действием на одну группу рецепторов (b₂) , поэтому практически не токсичные. Широко используются - беротек, сальбутамол.

Так как продолжительность их действия не более 4-6 часов, представителей данной группы относят к категории –

b 2-агонистов короткого действия, использовать которые необходимо 6-4 раз в сутки.

К сожалению, непродолжительное расширение бронхиального дерева придаёт им ряд недостатков при длительном и повседневном использовании:

- могут сохраняться ночные приступы удушья;
- необходимость постоянного ношения упаковки для повторных ингаляций, в дневное время;
- возможность забыть, потерять;
- действие препарата может закончиться в местах не совсем удобных для повторной ингаляции и т.д.

Медицинская промышленность успешно решает данную проблему. Созданы препараты с продолжительностью бронхолитического действия до **12 часов–b2-агонисты длительного действия.**

Наилучший эффект в контроле над бронхиальной астмой показали **сальметерол** и **формотерол**.

Подобно другим β 2-агонистам сальметерол и формотерол расширяют бронхиальное дерево и облегчают отхождение мокроты. Однако продолжительность и сила их действия такова, что одна ингаляция препарата в течение ближайших 12-часов, обеспечит не только отсутствие удушья, но и предупредит его возникновение после контакта с раздражителем.

Кроме того, у больных использующих для лечения астмы β 2-агонисты длительного действия значительно улучшается сон, а в светлое время суток уменьшается или исчезает одышка и восстанавливается трудоспособность.

Высокая противовоспалительная активность флютиказона и будесонида, длительное и мощное бронхолитическое действие сальметерола и формотерола не прошли мимо внимания врачей занимающихся лечением бронхиальной астмы.

С целью достижения максимального контроля над болезнью были созданы **комбинированные препараты** включающие в себя – сальметерол + флютиказон или формотерол + будесонид.

Препараты использовались 1-2 раза в сутки, но эффект оказался поразительным:

- прекращались ежедневные, острые приступы удушья как дневные, так и ночные;

- исчезали или становились крайне редкими обострения в течение года. Значительно снижались расходы больного и его семьи на стационарный этап лечения;

- между обострениями не тревожила одышка и кашель, повышался уровень физической активности. Сохранялась трудоспособность, взрослые могли обеспечивать семью;

- дети не пропускали занятий в школе, что сопровождалось ростом успеваемости и в последующем возможностью продолжать обучение в высших учебных заведениях;

- возникала возможность полной отмены, или значительного снижения суточных доз принимаемых внутрь гормональных препаратов;

- предупреждались необратимые изменения в легких и осложнения со стороны других органов, увеличивалась продолжительность жизни.

Если Вы начали лечение современными препаратами соответственно изложенных выше стандартов, а эффект не наступил не торопитесь делать выводы об их неэффективности и не прекращайте лечение. Интенсивность воспаления в бронхиальном дереве зависит от многих факторов и подразделяется, от умеренного воспаления с незначительными изменениями на слизистой бронхов до выраженного - с отёком, кровоизлияниями, накоплением в просвете бронхов большого количества секрета. Чем интенсивнее воспаление, тем больше времени нужно на его устранение и

исчезновение приступов удушья. В большинстве случаев для достижения, минимальных положительных, сдвигов в течение болезни, требуется от 1 до 4 недель регулярного лечения топическими стероидами.

При улучшении самочувствия изменение лечебной программы в сторону уменьшения суточных доз препаратов, возможно только после консультации с врачом, но не ранее чем через 3 месяца.

Хронический обструктивный бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких – ХОЗЛ

Обструкция обозначает загибание, возникновение условий для нарушения проходимости воздуха по бронхиальному дереву.

ХОЗЛ – одна из самых сложных, трудноразрешимых и драматичных проблем, в жизни человека.

Если Вам, приходилось видеть задыхающегося при выполнении какой-то работы, кашляющего до возникновения синевы на лице человека, вероятнее всего это больной ХОЗЛ.

Как Вы помните, для бронхиальной астмы характерен обратимый спазм бронхов, что проявляется удушьем. Причём внезапность возникновения и сила удушья вселяют страх перед очередным приступом, заставляют больного срочно обратиться за врачебной помощью. При ХОЗЛ, проявления заболевания нарастают столь медленно, что на первых порах его развития человек не верит в надвигающуюся катастрофу: "...подумаешь незначительная нехватка воздуха при выполнении каких-то работ или кашель в утренние часы... Зачем обращаться к врачу? Присяду, покурю, отдохну..."

Драматизм ситуации заключается в том, что такой больной всё равно обращается за помощью. Только обращение происходит на стадии выраженных дыхательных расстройств и осложнений со стороны других органов, когда оказать существенную помощь крайне тяжело.

Одной из причин формирования ХОЗЛ является привычка к курению.

Окружающий нас воздух и без табачного дыма содержит достаточное количество примесей способных повреждать поверхность бронхиального дерева. Это – газовые отходы производства и автотранспорта, продукты сгорания газа в квартире и т.д. Вступая в реакцию с частицами воды, содержащимися в воздухе или подвергаясь воздействию солнечных лучей, газовые примеси превращаются в химические соединения, которые способны уничтожать клетки покрывающие бронхи. Таким образом, окружающий человека воздух может являться агрессивной средой.

Курильщики сознательно, многократно в течение суток и на протяжении многих лет увеличивают количество вредных примесей во вдыхаемом воздухе.

Бронхолёгочная система сопротивляется достаточно долго, стремительный рост количества больных с ХОЗЛ регистрируется в возрасте 40-50 лет.

К этому возрасту вредные примеси практически полностью уничтожают противоинфекционную защиту бронхолёгочной системы, этим пользуются живущие в носу и глотке или поступающие извне с воздухом вирусы, бактерии, грибки которые заселяют поверхность бронхов и активно на ней размножаются. В жизни человека начинается период – часто повторяющихся инфекционных заболеваний дыхательных путей.

ХОЗЛ быстро прогрессирует, нарастает одышка, присоединяются осложнения со стороны других органов, человек не может выполнять привычные нагрузки. Резко ухудшается качество жизни и её продолжительность. Такие больные живут меньше, остальных людей на 7-8 лет.

Даже бросивший курить больной ХОЗЛ, никогда не избавится от имеющихся в бронхах изменений. Однако, устранение вредных факторов, длительный медикаментозный контроль могут остановить прогрессирование болезни.

Как при астме, так и при ХОЗЛ наибольшее внимание уделяется улучшению бронхиальной проходимости и устранению воспаления, в конечном итоге проблеме сохранения нормального газового состава крови.

В борьбе с болезнью высокую эффективность показали β -агонисты сальметерол и формотерол.

К сожалению, необратимые изменения в бронхах настолько выраженные, что одышка, её влияние на самочувствие и физическую активность заставляют больных использовать бронхолитики в максимальных, близких к токсическим, дозах.

Для предупреждения передозировки β -агонистов и облегчения состояния больного используют м-холинолитики.

На поверхности бронхов имеется ещё одна группа рецепторов, раздражение которых сопровождается улучшением бронхиальной проходимости – м-рецепторы, а препараты их стимулирующие называют м-холинолитики.

Типичным представителем м-холинолитиков является ипратропиум бромид.

В отличие от β -агонистов которые проявляют своё действие спустя 30-40 минут, м-холинолитики обеспечивают положительное действие спустя 2-е недели от начала регулярного лечения.

В некоторых случаях, благодаря комбинации β -агонистов с м-холинолитиками достигается значительное уменьшение степени дыхательной недостаточности.

Механизмы формирования ХОЗЛ таковы, что воспаление в бронхиальном дереве есть всегда, до 40% выписанных из стационара, больных испытывают одышку и кашель. При дополнительном обследовании у таких больных обнаруживают признаки активного воспаления, но не всегда причиной его сохранения является инфекционный фактор. Использование антибактериальных препаратов не показано и не эффективно.

Как показали исследования, воспалительные изменения поддерживаются отдельными клетками на поверхности бронхов. Таким образом, ХОЗЛ приобретает черты самоподдерживающегося процесса.

Из всех средств, которые использовались для устранения воспаления, как и при астме, наилучшим образом себя зарекомендовали стероиды. Самую высокую противовоспалительную активность на современном этапе развития медицины обеспечивает флутиказон.

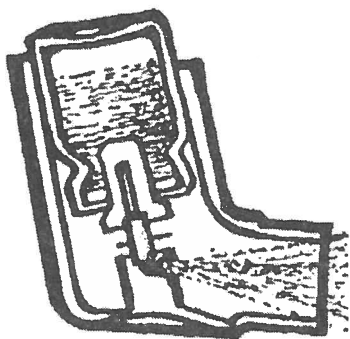
Как обеспечит эффективность аэрозольтерапии?

Большинство препаратов используемых для лечения астмы выпускается в виде аэрозолей содержащегося в специальном баллоне "ингалятор". Принцип действия ингалятора заключается в распылении лекарства под воздействием давления паров газа.

Многолетний опыт работы с больными показывает, что для достижения контроля над болезнью выбрать препарат и определить его суточную дозу явно недостаточно.

Для достижения желаемого результата не менее важным является строгое выполнение техники ингаляции и контроль, за количеством доз препарата оставшихся внутри баллона.

Неоднократно приходилось наблюдать больных, которые приобретали современные, высокоэффективные препараты, но не могли контролировать болезнь. Это была группа больных, неправильно выполняющая технику ингаляции. В большинстве они руководствовались принципами "...куплю, прочитаю инструкцию или посмотрю, как это



делают другие и научусь...".

Существуют общепринятые правила использования ингаляторов – вначале баллончик тщательно взбалтывают, после чего нажимают на колпачок и вдыхают поступающую из него аэрозольную смесь.

Казалось бы, нет ничего проще, но именно на этом этапе больных подстерегают следующие ошибки:

- не совпадает во времени нажатие на колпачок и начало вдоха;
- после ингаляции вдох осуществляется через нос;
- вдох недостаточно энергичный и глубокий.

В таких случаях давление воздуха в полости рта превышает давление аэрозоля и выделяемый препарат вообще не поступает в бронхиальное дерево, или же оседает в крупных дыхательных путях не обеспечивая лечебного эффекта.

Обучать и контролировать насколько правильно выполняются ингаляции, должны только врач или хорошо подготовленный средний медработник.

Очень часто причиной ухудшения самочувствия является прекращение лечебного действия ингалятора. Больные, взвесив баллончик в руке, поболтав его, и увидев распыляемый аэрозоль, считают, что медицинский препарат есть. На вопрос: "...когда начали пользоваться ингалятором?" отвечают неопределённо: "...где-то месяц или полтора назад". Именно здесь кроется ошибка больного и причина обострения заболевания. В баллоне содержится ограниченное количество доз лекарственного вещества о чём информируется на ингаляторе и на упаковке.

Научитесь фиксировать дату от начала использования ингалятора и нехитрые подсчёты помогут определить день когда иссякнет последняя доза. Например Вы начали пользоваться ингалятором 20 декабря по 2 дозы 2 раза в сутки т.е. 4 дозы\сутки, в баллоне 200 доз.

Разделив количество доз содержащихся в баллоне на количество доз расходуемых в течение суток (200:4) вы получаете 50 дней. По календарю отсчитываете 50 дней и получаете дату использования последней дозы – 9 февраля.

Аэрозольное облако "вылетающее" с ингалятора после 9 февраля "лекарства" не содержит, это газ находящийся в баллончике, его всегда больше, чем лекарства.

Таким образом, Вы достаточно чётко знаете дату приобретения очередного ингалятора, контролируете болезнь и избегаете обострений связанных с ошибками в "базисной" терапии.

Уважаемые читатели, Вы обратили внимание, что большинство препаратов рекомендуемых для лечения в домашних условиях – аэрозоли.

Все аэрозоли состоят из частиц крупного, среднего и мелкого диаметра.

Бронхиальная астма и ХОЗЛ – болезни "мелких дыхательных путей" поэтому вдыхаемый аэрозоль должен "пролететь" с потоком воздуха через полость рта, глотку, трахею, бронхи большого диаметра и т. д.

Крупные и средние частицы, будучи достаточно тяжелыми, быстро оседают на оболочках верхних "крупных" дыхательных путей. При этом они оказывают раздражающее действие, что сопровождается кашлем и вызывают побочные эффекты (молочница, осиплость голоса и т. д.). Т.е. наиболее "ценными" являются частицы мелкого диаметра, которые свободно достигают зоны "мелких дыхательных путей", равномерно в ней распределяются и обеспечивают максимальное противовоспалительное действие.

Избавиться от крупных и средних частиц позволяет специальная насадка (спейсер), в которой проходит их осаждение.

Спейсер — специальное устройство (пластиковая аэродинамическая трубка), которое облегчает доставку лекарства в дыхательные пути.

При применении спейсера лекарственное средство, выбрасываемое из дозирующего аэрозоля, попадает в специальную

камеру, в которой частички лекарственного средства находятся в виде взвеси на протяжении 3—5 секунд.

За это время больной успевает сделать максимально глубокий вдох. Таким образом можно устранить одну из самых распространённых ошибок допускаемых больными – отсутствие синхронного вдоха с пуском ингалятора.

Для чего нужен спейсер?

Спейсер:

– гасит скорость частичек лекарственного вещества в момент его выброса из ингалятора тем самым уменьшается раздражающее действие аэрозоля, которое сопровождается кашлем.

– уменьшается оседание препарата на слизистой ротовой полости и глотки. Снижается вероятность развития молочницы в ротовой полости при использовании ингаляционных стероидов.

– повышается эффективность действия бронхолитиков и топических стероидов.

Хочется предупредить больных, которые, несмотря на свое заболевание, продолжают курить. Сочетанное действие β -агонистов и табачного дыма способствует увеличению количества бронхиальных желёз, которые вырабатывают слизь. При дыхательной недостаточности железы начинают обильно её вырабатывать. Избыток слизи в виде пробок перекрывает просвет бронхов и способствует усилению одышки, а соответственно увеличению степени дыхательной недостаточности.

Развивается ли "привыкание" к ингаляторам?

Вопрос, на который приходится отвечать постоянно, особенно мнительной категории больных.

Необходимо понять, что бронхиальная астма и ХОЗЛ — хронические болезни.

Все хронические заболевания, при отсутствии правильного лечения развиваются по одной схеме: "...изменения в больном органе нарастают - от незначительных до выраженных, проявления болезни - от лёгких до тяжёлых". После каждого обострения может наступить облегчение, но в целом болезнь будет протекать более тяжело.

Цель использования "ингаляторов":

бронхолитиков – облегчить дыхание, обеспечить все органы организма кислородом. Подумайте: "...если Вы, ощущаете одышку, то что в это время происходит в Вашем, сердце, печени, мозгу у которых никогда не бывает отдыха?"

стероидов – устранить воспаление, максимально восстановить свойства повреждённых воспалением бронхов.

Применяемые лекарственные средства, облегчая дыхание и устраняя

воспаление в организме, не накапливаются, т.е. через некоторое время они выводятся с бронхиального дерева, и сила контроля над болезнью снижается. Если ингаляцию не повторить ранее подавленные механизмы хронического воспаления вновь нарастают, а вместе с ними обостряется заболевание. Очередной приступ удушья или нарастающая одышка “заставляют” возобновить использование лекарственных средств. Многие больные расценивают данный факт как привыкание и пытаются свести количество используемых доз до минимума, нарушая тем самым основные принципы лечения.

Помните, используемые для лечения астмы и ХОЗЛ, имеют ограниченную продолжительность действия.

Если Ваше самочувствие ухудшилось, ищите допущенную ошибку, которая и явилась причиной обострения болезни. Вспомните, как Вы выполняли полученные от врача рекомендации. Подумайте о переохлаждении, погрешности в питании, контакте с больными респираторными заболеваниями, работе в пыльных условиях или о психоэмоциональных нагрузках.

Ни в коем случае нельзя расценивать данный факт как привыкание.

Не повторяйте досадных ошибок предыдущих поколений больных: “...ингаляторами, особенно гормональными пользоваться не буду...; полечился в больнице и достаточно, буду лечиться народными средствами; ...дозы препаратов подберу самостоятельно... и т.д.” В итоге каждый из них своё сражение с болезнью проиграл досрочно и тяжело.

Для продления жизни и максимального повышения её качества руководствуйтесь одним из самых важных принципов лечения бронхиальной астмы и хронического бронхита – длительный, возможно пожизненный, медикаментозный контроль за течением болезни.

При достижении полного контроля в значительной степени снижается стоимость лечения астмы, ХОЗЛ как для пациента, его семьи, так и общества в целом. Больной более эффективно и с наименьшими потерями применяет назначенное лечение, обходится меньшим количеством ингаляторов. Это снижает риск развития побочных эффектов и передозировок, а следовательно, и затраты на лечение. Больные бронхиальной астмой должны следовать лечебным стандартам ещё по одной причине – по мере старения человеческого организма иммунная система теряет “остроту” ответа на раздражители и болезнь протекает значительно легче, что позволяет свести лечебные мероприятия до минимума. Многолетние наблюдения за больными, которые самым серьёзным образом выполняли полученные рекомендации, показали – чем раньше достигалось взаимопонимание врача и больного, своевременно составлялась и строго выполнялась лечебная программа, тем легче протекала болезнь.

И главное – это лучшее качество жизни, больной человек может быть ни в чём не ограничен. У него отсутствуют обострения либо они легкие, предотвращается также смерть от астмы, ХОЗЛ и их осложнений.