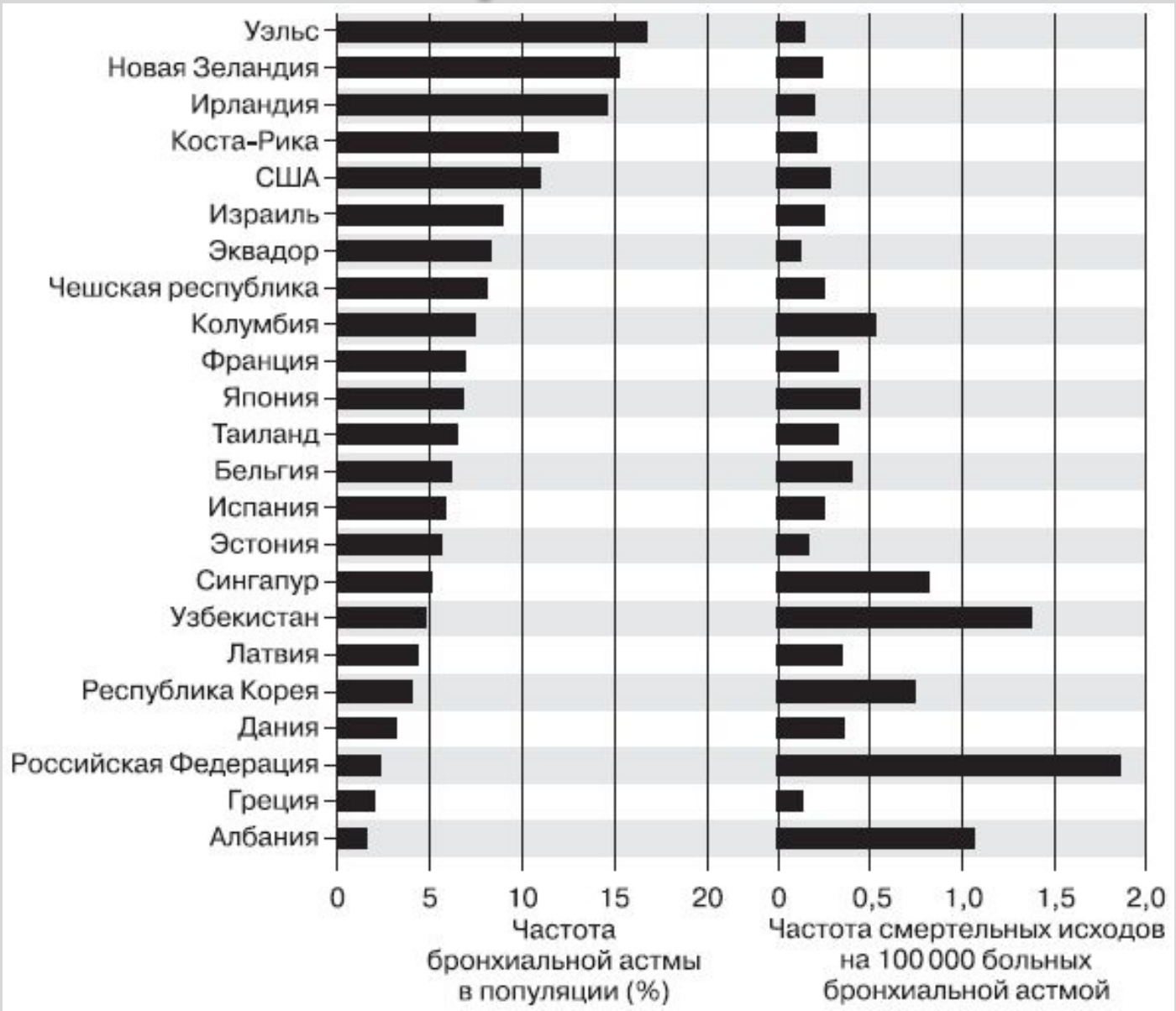
Бронхиальная астма

Преподаватель Болотина З. И.

Актуальность проблемы



ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Актуальность проблемы бронхиальной астмы в современных условиях. Определение и классификация бронхиальной астмы.
2. Этиология и факторы риска возникновения бронхиальной астмы
3. Клинические проявления бронхиальной астмы.
4. Приступ бронхиальной астмы.
5. Независимые сестринские вмешательства при приступе бронхиальной астмы.
6. Принципы лечения пациентов с бронхиальной астмой в межприступный период
7. Профилактика бронхиальной астмы

Определение бронхиальной астмы

Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, связанное с гиперреактивностью бронхов, рецидивирующими симптомами свистящего дыхания, удушьем, тяжестью в грудной клетке, кашлем, особенно ночью и рано утром.

Классификация бронхиальной астмы

- Интермиттирующая БА
- *Персистирующая БА легкой степени*
- *Персистирующая БА средней степени*
- *Персистирующая БА тяжелой степени*

Уровни контроля бронхиальной астмы

- Контролируемая БА
- Частично контролируемая БА
- Неконтролируемая БА

ФАКТОРЫ РИСКА

АЛЛЕРГЕНЫ

- Шерсть и перхоть животных
- Клещ домашней пыли
- Тараканы
- Пыльцевые аллергены
- Продукты питания
- Профессиональные аллергены
- Грибки, плесень

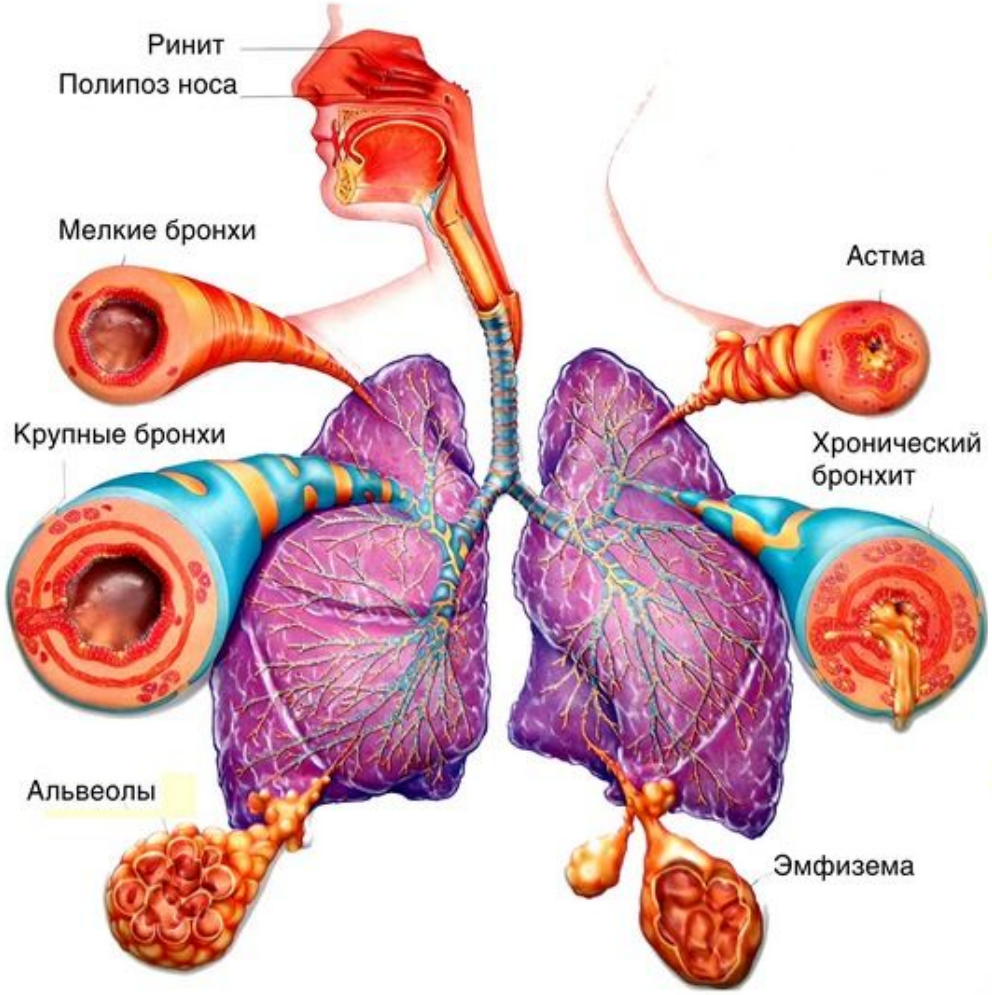
ПРОВОКАТОРЫ

- Курение
- Физическая нагрузка
- Загрязнение окружающей среды
- Респираторные инфекции
- Метеофакторы

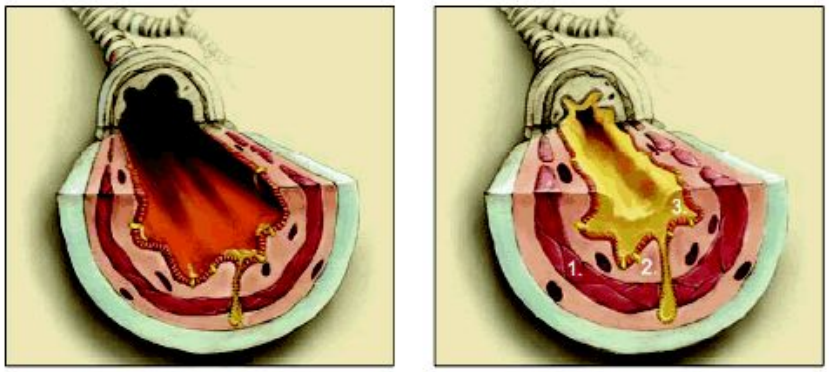
Лекарства

ФАКТОРЫ РИСКА

Анатомо-физиологические особенности органов дыхания



Изменения бронхов при бронхиальной астме



Нормальный бронх

Бронх при БА:
1 – спазм
2 – отек слизистой
3 – гиперсекреция

Предвестники приступа

- - вазомоторные нарушения носового дыхания,
- - чувство першения в горле,
- - повышение температуры (при обострении бронхо-легочной инфекции).

Клинические проявления

Основным и обязательным признаком БА является приступ удушья, во время которого:

- пациент принимает вынужденное положение (ортопноэ), сидя или стоя с упором на руки, плечи немного приподняты.
- акроцианоз
- грудная клетка-бочкообразная;
- набухание шейных вен;
- западение подключичных ямок;
- участие вспомогательной мускулатуры в дыхании;
- свистящие хрипы, слышимые на расстоянии;

Клинические проявления

Кашель сухой, приступообразный. В конце приступа (период разрешения) выделяется небольшое количество трудноотделяемой «стекловидной» мокроты в виде «слепков бронхов».
Объективно: при аускультации сухие свистящие хрипы, ЧДД более 20 в мин., ЧСС более 80 в мин., АД ↑.

Мокрота стекловидная

1 -лёгочные осложнения
2- внелегочные осложнения,
3- осложнения гормонотера-пии

ОСЛОЖНЕНИЯ БА

Неотложная помощь во время приступа БА

* *ДАИ — дозированные аэрозольные ингаляторы*

** *СКС — системные кортикостероиды*

Диагностика бронхиальной астмы

- **Спирометрия** — **исследование функции легких**. Способ исследования функции внешнего дыхания, заключающийся в измерение объема и скорости дыхания.
- **Пикфлоуметрия** — способ оценки степени сужения бронхов или метод определения с какой скоростью может выдохнуть человек.
- **Рентгенология** – проводится в двух проекциях, что позволяет выявить патологии и поражения тканей.
- **Томография** – послойный рентген легких. Обследование изучает характер отклонений в трахеях, бронхах, легких.
- **Компьютерная томография** – такая диагностика характеризуется высокой точностью. Трахеи, бронхи, легкие и лимфоузлы просматриваются максимально четко, это позволяет увидеть подробно распространенность патологии.
- **Ангиография** – обследование легких путем введения контрастного вещества и выполнения серии рентгеновских снимков.
- **Газовая медиастинография** – рентген грудной клетки с введением газа.

Лечение БА

- Ступень 1 интермиттирующая
- Ступень 2 легкая персистирующая БА
- Ступень 3 персистирующая БА средней тяжести
- Ступень 4 тяжелая персистирующая БА

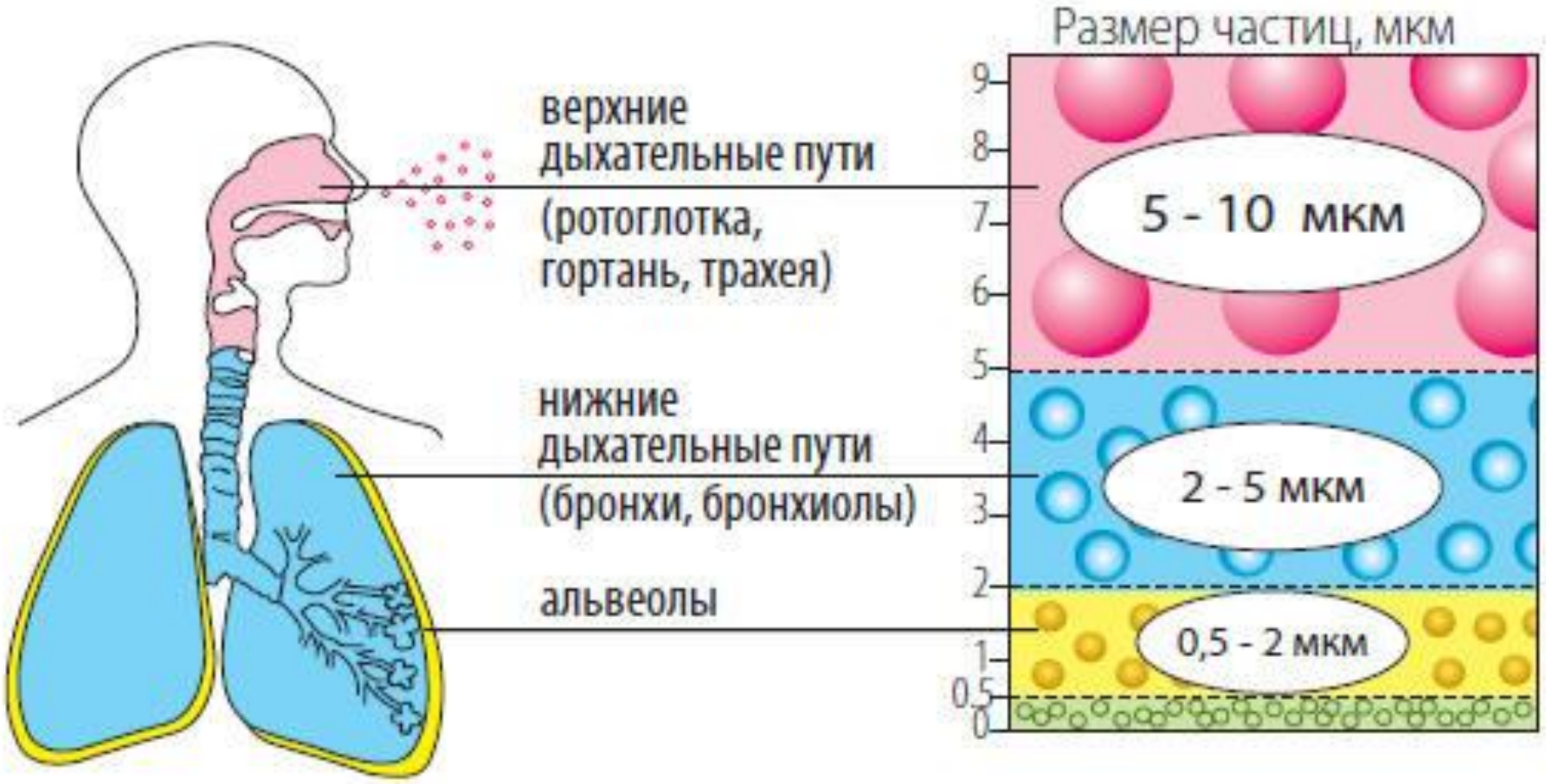
β_2 – агонисты короткого действия по требованию (сальбутамол, вентолин)

ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах + ингаляционные β_2 – агонисты длительного действия (серетид , симбикорт -2 р/день)

То же, что и для второй ступени + метилксантины (теодур, теотард, теопек 2р/день)

То же, что и для третьей ступени + системные кортикостероиды (преднизолон в таблетках)

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТИЦ АЭРОЗОЛЯ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ



Ингаляционная терапия

Ингаляционная терапия

Современные карманные ингаляторы:

- аэрозольные ингаляторы;
- порошковые ингаляторы (ротахалеры, циклохалеры, турбохалеры, мультидиски и т.д.);
- ингаляторы "Легкое дыхание" (easy breathe inhaler)

Правила пользования аэрозольным карманным ингалятором

- Хорошо встряхните ингалятор перед каждым использованием;
- Крепко нажмите на вершину металлического баллончика вашим указательным пальцем, одновременно сделайте глубокий и медленный вдох через рот.
- Постарайтесь продолжить вдох как можно глубже и задержать ваше дыхание на высоте вдоха на 5 - 10 секунд.
- Помещайте на место предохранительный колпачок после каждого использования, мойте ингалятор тщательно и часто
- Пользуйтесь спейсером!

Ингаляторы типа «Легкое дыхание»

-Аэрозольный ингалятор, активируемый вдохом:

- **Респирабельная фракция в 3 раза больше, чем в ДАИ (поступление лекарственного средства (сальбутамола) в легкие до 21%)**
- **Не требует синхронизации нажатия на баллончик с вдохом больного**

Аэрозольный ингалятор, активируемый вдохом,
для бронхолитической терапии
Саламол Эко Легкое Дыхание

- *Респирабельная фракция в 3 раза больше, чем в ДАИ (поступление лекарственного средства (сальбутамола) в легкие до 21%)*
- *Не требует синхронизации нажатия на баллончик с вдохом больного*
- *Скорость вдоха в момент приступа 10-15 л/мин достаточна для активации СЭИД у детей дошкольного возраста*

- **Скорость вдоха в момент приступа 10-15 л/мин достаточна для активации ингалятора маленькими детьми и пожилыми людьми**
- **техника использования очень проста**

Порошковые ингаляторы

ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИИ С ПОМОЩЬЮ МУЛЬТИДИСКА

Откройте ингалятор

- ✓ Держите корпус одной рукой, поместив большой палец другой руки в специальное углубление.
- ✓ Чтобы открыть ингалятор, нажмите большим пальцем от себя *до упора*, пока не услышите щелчок.

Нажмите на рычажок

- ✓ Держите ингалятор мундштуком к лицу. Ингалятор можно держать правой или левой рукой.
- ✓ Нажмите на рычажок в направлении от себя *до упора*, пока не услышите щелчок. Теперь ингалятор готов к работе. Когда Вы нажимаете на рычажок, вскрывается очередная ячейка с порошком для ингаляции.
- ✓ Нажимайте на рычажок *только перед проведением ингаляции*, иначе это приведет к напрасной трате препарата.

Вдохните дозу препарата

- ✓ Держите ингалятор на некотором расстоянии ото рта и сделайте глубокий выдох без усилия. Помните: *никогда нельзя делать выдох в ингалятор!*
- ✓ Плотно обхватите мундштук губами.
- ✓ Сделайте медленный и глубокий вдох через рот (не через нос).
- ✓ Выньте ингалятор изо рта.
- ✓ Задержите дыхание приблизительно на 10 секунд или дольше, насколько сможете.
- ✓ Сделайте спокойный выдох. *Нельзя делать выдох в ингалятор.*

Закройте ингалятор

- ✓ Для того, чтобы закрыть ингалятор, поместите большой палец в специальное углубление и нажимайте в направлении к себе до упора, пока не услышите щелчок.
- ✓ Рычажок автоматически возвращается в исходное положение.

5 После применения препарата прополощите рот водой и выплюньте

Порошковый ингалятор Турбухалер

1. Отвинтите и снимите защитный колпачок.

2.Держите Турбухалер в вертикальном положении. Поверните цветную нижнюю часть вправо до упора.

- 3. Теперь поверните нижнюю часть обратно влево до тех пор, **ПОКА НЕ УСЛЫШИТЕ ЩЕЛЧОК,** который означает, что новая доза готова к вдыханию. После щелчка нижнюю часть **больше не поворачивайте!**

Порошковый ингалятор Турбухалер

4. Сделайте глубокий выдох..

5. Осторожно зажмите мундштук ингалятора зубами и сожмите губы. Сделайте глубокий и сильный вдох через рот.

6. Выньте Турбухалер изо рта и после этого выдохните. Закройте колпачок плотно.

Небулайзерная терапия

Компрессорный небулайзер

- Небулайзер (название происходит от латинского слова «небула» - туман, облачко) представляет собой прибор, в котором происходит преобразование жидкого вещества в аэрозоль с большим содержанием (>50%) частиц размером менее 5 мкм.

Ультразвуковой небулайзер

Пикфлоуметрия

- Пикфлоуметрия –измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов – пикфлоуметров.

Пикфлуометрия является надежным и объективным методом для:

•Уточнения диагноза бронхиальной астмы

•Оценки эффективности проводимого лечения

• Выявления ранних признаков обострения

Техника проведения пикфлоуметрии:

• Пациент должен держать пикфлоуметр горизонтально.

• Убедитесь, что бегунок находится в начале шкалы.

• Пациент должен максимально глубоко вдохнуть, обхватить плотно губами мундштук и максимально выдохнуть как можно быстрее, не закрывая просвет мундштука языком. • Тест проводят трижды и записывают наивысший результат.

• В идеале пикфлоуметрия должна проводиться утром, сразу после подъёма с постели, или последней процедурой вечером (предпочтительно после ингаляции бронходилататора короткого