Государственное бюджетное образовательное учреждение

среднего профессионального образования

«Ейский медицинский колледж»

министерства здравоохранения Краснодарского края

**Курсовая работа**

**по ПМ. 02. Лечебное дело**

**«Роль немедикаментозных методов лечения бронхиальной астмы»**

Выполнила

Студентка 2 курса 231 группы

Специальность «Лечебное дело»

Ейск, 2014 г.

Содержание

Введение

Глава I Теоретическая часть

.1. Бронхиальная астма

.1.1 Классификация

.1.2 Этиология

.1.3 Патогенез

.1.4 Клиника

.1.5 Осложнения

.1.6 Лабораторно-диагностическая диагностика

.2 Немедикаментозное лечение БА

.2.1 Диета

.2.2 Фитотерапия

.2.3 Иглоукалывание

.2.4 Гирудотерапия

.2.5 Массаж

.2.6 Дыхательная система по Бутейко

.2.7 Точечный массаж

.2.8 Лечебная физкультура

.2.9 Спелеотерапия

.2.10 Закаливание

.2.11 Климатотерапия

Вывод по главе I

Глава II. Практическая часть

.1 Исследование уровня информированности по вопросам контроля

приступов БА и соблюдением правильного образа жизни

.2 Анализ и оценка результатов и данных

Вывод по главе II

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) - хроническая болезнь, с которой больные должны справляться в течение жизни и влияние которой

Может быть уменьшено или контролируемо в большинстве случаев.

млн. человек во всем мире страдают от этого заболевания.

Распространенность бронхиальной астмы в нашей стране регистрируется

На меньшем уровне (1 - 2%), что не отражает истинной ситуации.

Бронхиальной астма может развивается в любом возрасте, однако почти у половины больных она начинается в детском возрасте и еще у 30% - в возрасте до 40 лет. Чаще бронхиальной астмы болеют лица женского пола.

Цель. Оценить влияние немедикаментозного лечения на течение бронхиальной астмы. Определить способность к самоконтролю за купированием приступа, уровня информированности пациентов, которые смогут добиться стойкой ремиссии, предотвратить кризы, осложнения.

Гипотеза. Бронхиальная астма результат нарушения функции системы З-адренергический рецептор - аденилатциклаза, обуславливающее снижение адренергической реактивности. Однако ни одна из существующих гипотез не способна объяснить все имеющиеся данные. У каждого активность астматического процесса зависит от целого ряда факторов.

Глава I. Теоретическая часть

.1. Бронхиальная астма

Бронхиальная астма заболевание, основным признаком которого являются приступы или периодические состояния экспираторного удушья, обусловленные патологической гиперреактивностью бронхов. Эта гиперреактивность проявляется при воздействии различных эндо- и экзогенных раздражителей, как вызывающих аллергическую реакцию,

Так и действующих без участия аллергических механизмов. [1]

1.1.1 Классификация

Бронхиальная астма (БА) делится на фазу обострения (разгара заболевания) и ремиссии (когда нет практически никаких признаков заболевания). В приступе астмы выделяют период предвестников (чихание, насморк и пр., предшествующие непосредственно приступу удушья), период разгара - сам приступ, а также период обратного развития. Выделяют следующие причины развития БА: экзогенные (внешние: это растительные компоненты, лекарства, различные химические вещества и др.) и эндогенные (внутренние: нарушения в работе эндокринной или нервной системы, повышение чувствительности рецепторов бронхов и др.). Астма различается и по степени тяжести, которая зависит от количества приступов и состояния.

Основным проявлением бронхиальной астмы, независимо от клинической формы (атопическая или инфекционно-аллергическая), является приступ удушья в связи с нарушением бронхиальной проходимости, обусловленным уменьшением просветов бронхов среднего и мелкого калибра вследствие воспалительного набухания или отека их слизистой, закупорки слизью вследствие гиперкринии железистых клеток.

1.1.2 Этиология

Атопическая бронхиальная астма вызывается аллергенами животного и растительного происхождения, а также относящимися к простым химическим веществам, которые сенсибилизируют дыхательные пути обычно ингаляционным путем. Пищевые и паразитарные аллергены могут вызвать сенсибилизацию гематогенным путем. В части случаев атопической бронхиальной астмы значительная роль принадлежит сенсибилизации к спорам плесневых грибков.

Этиология аспириновой бронхиальной астмы не ясна. У больных отмечается непереносимость ацетилсалициловой кислоты, всех производных пиразолона (амидопирина, анальгина, баралгина, бутадиона), а также индометацина, мефенамовой и флуфенамовой кислот, ибупрофена, вольтарена, т.е. большинства нестероидных противовоспалительных средств. Кроме того, некоторые больные (по разным данным, от 10 до 30%) не переносят также желтый пищевой краситель тартразин, применяемый в пищевой и фармацевтической промышленности, в частности для изготовления желтых оболочек драже и таблеток. [2]

1.1.3 Патогенез

Патогенез любой формы бронхиальной астмы состоит в формировании гиперреактивности бронхов, проявляющейся спазмом бронхиальных мышц, отеком слизистой оболочки бронхов (вследствие повышения сосудистой проницаемости) и гиперсекрецией слизи, что приводит к бронхиальной обструкции и развитию удушья. Бронхиальная обструкция может возникать как в результате аллергической реакции, так и в ответ на воздействие неспецифических раздражителей - физических (вдыхание холодного воздуха, инертной пыли и др.), химических (например, озона, сернистого газа), резких запахов, изменений погоды (особенно падение барометрического давления, дождь, ветер, снег), нагрузки и т.д.

Патогенез аспириновой бронхиальной астмы не вполне ясен. В большинстве случаев имеется псевдоаллергия к ряду нестероидных противовоспалительных средств. Полагают, что ведущее значение имеет нарушение этими препаратами метаболизма арахидоновой кислоты.

Патогенез инфекционно-зависимой бронхиальной астмы не имеет общепринятого объяснения. Установлено, что лимфоциты больных бронхиальной астмы выделяют в повышенных количествах особое вещество, способное вызвать освобождение гистамина и, возможно, других медиаторов из базофилов и тучных клеток. Микробы, находящиеся в дыхательных путях больных, а также изготавливаемые для практического применения бактериальные аллергены стимулируют выделение этого вещества лимфоцитами больных инфекционно-зависимой бронхиальной астмы. Конечные патогенетические звенья формирования приступа удушья могут быть сходными при обеих основных формах бронхиальной астмы.

Патогенетические механизмы астмы физического усилия не установлены. Существует точка зрения, что ведущим в патогенезе является раздражение эффекторных окончаний блуждающего нерва. Рефлекс может быть вызван, в частности, потерей тепла легкими в связи с форсированным дыханием. У многих больных с бронхиальной астмой отмечаются психогенные приступы удушья, возникающие, например, при эмоциях страха или гнева, при ложной информации больного об ингаляции ему якобы нарастающих доз аллергена (когда на самом деле больной ингалировал физиологический раствор) и т.п. Острые, тяжелые стрессовые ситуации скорее склонны вызывать временную ремиссию бронхиальной астмы, тогда как хронические психотравмы обычно ухудшают ее течение. [3]

бронхиальная астма лечение немедикаментозный

1.1.4 Клиническая картина

Основным клиническим признаком бронхиальной астмы является приступ экспираторной одышки вследствие обратимой генерализованой обструкции дыхательных путей в результате бронхоспазма, отека слизистой оболочки. В развитии приступа удушья принято различать три периода:. Период предвестников или продромальный период характеризуется появлением аллергического ринита, конъюнктивита, кашеля.. Период удушья, характеризуется развитием экспираторной одышки различной степени выраженности. Пароксизмальный кашель и свистящие хрипы считаются эквивалентами удушья. Некоторые авторы выделяют кашлевую астму, без развития типичного приступа одышки.

Начало периода удушья зависит от варианта течения бронхиальной астмы: -Так для экзогенной астмы свойственно острое начало с развернутой клиникой приступа удушья, возникающим без видимой причины на фоне хорошего самочувствия. При эндогенной бронхиальной астме отмечается постепенное начало с эквивалентами приступа удушья. Возникает необъяснимый сухой кашель, продолжительность приступов кашля постепенно нарастает, он начинает сопровождаться "свистящим дыханием", а затем и затруднением дыхания которое достигает степени: удушья. Несмотря на некоторые различия начала удушья, классическая клиническая картина астматического приступа выглядит следующим образом:

Одышка всегда носит экспираторный характер, т. е. продолжительность выдоха в в 3-4 раза превышает продолжительность вдоха. Больной делает короткий вдох и без паузы продолжительный мучительный выдох,

Который часто сопровождается дистанционными сухими хрипами.

При осмотре обращает на себя внимание диффузный цианоз. Больные находятся в вынужденном положении. Верхний плечевой пояс приподнят, что создает впечатление короткой шеи. Грудная клетка цилиндрической формы. Межреберные промежутки расширены и расположены горизонтально. Нарастание сопротивления дыханию преодолевается путем включения в акт дыхания вспомогательной мускулатуры грудной клетки, плечевого пояса, брюшного пресса. Во время приступа удушья всегда отмечаются симптомы острого эмфизематозного вздутия легких и бронхиальной обструкции, что и обуславливает физикальные данные.. Период обратного развития приступа наступает, как правило, после ингаляции симпатомиметиков, кашель становится влажным и появляется мокрота, что считается благоприятным прогностическим признаком.

.1.5 Осложнения бронхиальной астмы

Наиболее частым и грозным осложнением бронхиальной астмы является астматический статус. Летальность от этого осложнения в специализированных пульмонологических клиниках составляет около 5% .

Основным отличительным признаком астматического состояния от приступа удушья является: длительность более суток; изнуряющий не эффективный, не продуктивный кашель; резистентность к бронходилятирующей терапии. Формирование резистентности связано с: прогрессирующей блокадой b-адренорецепторов; резким угнетением активности мукоциллиарного клиренса и обусловленным этим увеличением количества вязкой стекловидной мокроты, перекрывающей просвет бронхов; выраженным отеком слизистой бронхов

.1.6 Лабораторно-инструментальная диагностика

Общий анализ крови: эозинофилия и ускорение СОЭ. При длительно протекающей дыхательной недостаточности - эритроцитоз, замедление СОЭ.

Общий анализ мочи: без особенностей. В фазу ремиссии болезни для специфической диагностики проводят кожные и ингаляционные провокационные тесты. Аллергены для проведения кожных проб подбирают на основании анамнестических данных (домашняя пыль, перо или пух подушек, пыльца растений). При отсутствии конкретных анамнестических указаний тестирование проводят с набором стандартных аллергенов. Ингаляционный провокационный тест считается наиболее достоверным методом.

1.2 Немедикаментозное лечение БА

Цель любого лечения - достижение стойкого улучшения состояния или полное выздоровление. При астме очень важно минимизировать частоту обострения болезни, уменьшить выраженность симптоматики и довести до нормы основные показатели внешнего дыхания. К сожалению, препаратов, способных полностью вылечить заболевание на данный момент пока не существует. [5]

Для лечения бронхиальной астмы применяют лекарственную терапию. Которая включает ингаляторы, таблетки, сиропы. Так же разработаны для поддержания состояния больного методы немедикаментозного лечения. Которые включают следующие методы:

# 1.2.1 Диета при астме

Астма общее заболевание, при котором хроническое воспаление бронхов приводит к сужению дыхательных путей. Наиболее распространенные продукты аллергены включают в себя: молоко, яйца, арахис, соя.

Пищевые красители и красители, как тартарзин, консерванты, как бензоаты, усилители вкуса, как глутамат натрия, и подсластители, как аспартам, также могут вызвать астму. Чтобы избежать пищевой индуцированной астмы, не употребляйте эти продукты питания и пищевые ингредиенты и добавки. При тяжелой аллергии, вам может даже придется убрать эти продукты из вашего дома, вещества выделяются в воздух вызывая астматические реакции. [6]

.2.2 Фитотерапия

Фитопрепараты, изготовленные из лекарственных трав, оказывают постепенное развитие терапевтического эффекта. Мягко воздействуют на поврежденные ткани дыхательных путей. Фитотерапия используется не только в лечение астмы, но и в профилактических целях. Обычно при использовании лекарственных трав улучшение наступает буквально через несколько дней, но при хронических заболеваниях стойкий эффект достигается при проведении длительного и регулярного лечения астмы.

Для большинства пациентов, страдающих инфекционно зависимой бронхиальной астмой, сочетающейся с хроническим бронхитом, целесообразно включение в комплексное лечение отваров и настоев из лекарственных трав, а также специальных противоастматических сборов, состоящих из многих лекарственных растений. Однако пациентам с признаками аллергии на растительные агенты такое лечение (особенно включающее противоастматические сборы) может быть противопоказано. Необходимо тщательно фиксировать изменение своего самочувствия. [7]

Для лечения бронхиальной астмы широко применяется целый ряд лекарственных растений. Тимьян (чабрец), солодка голая, мать-и-мачеха.

## 1.2.3 Иглоукалывание

Лечение бронхита и астмы методами фитотерапии совместно с иглоукалыванием наиболее эффективно, причем выздоровление наступает быстро и без побочных эффектов, обычно достаточно 10 сеансов. Но лечение астмы методом иглоукалывания имеет место в том случае, если в легких больного нет очень глубоких необратимых изменений. При наличии глубоких изменений пользоваться этим методом нецелесообразно, так как лечение часто бывает безуспешным. Иглоукалывание может иметь заметный эффект в предотвращении острого приступа астмы. Многие пациенты испытывают быстрое облегчение после лечения иглоукалыванием, чувствуя, что блокирование дыхательных путей прошло. Воздействие иглой на некоторые традиционные точки акупунктуры «успокаивает дух», то есть снимает чрезмерную стимуляцию парасимпатической нервной системы, которую усугубляет бронхоспазм. Стимуляция этих точек снимает физическое и эмоциональное напряжение вероятно потому, что они вызывают высвобождение нейромедиаторов в головном мозге. Поэтому пациент может испытывать как физическое освобождение его бронхов, так и эмоциональное или психологическое избавление от страха удушья.

Удобство акупунктуры при бронхиальной астме состоит в том, что она совместима с медикаментозными препаратами, подходит для больных любого возраста, не вызывает болезненных ощущений, не требует больших затрат времени и имеет дополнительные бонусы в виде улучшения иммунитета, омоложения и повышения жизненного тонуса.

Одна процедура обычно продолжается около получаса, всего таких сеансов может потребоваться до 10, в зависимости от стадии заболевании и общего состояния пациента. Максимальное количество сеансов в неделю может достигать двух-трех, но по мере улучшения самочувствия их частота сокращается до одного раза в неделю, а потом и в месяц. [8]

.2.4 Гирудотерапия

Применение гирудотерапии при лечении заболеваний дыхательной системы эффективно при тяжелых формах бронхиальной астмы и сложно протекающей пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности.

Создание эффективной схемы лечения пиявками больных с бронхиальной астмой во многом зависит от правильности оценки механизмов заболевания. Это своего рода искусство. В общем случае, помимо включения в курс зон 1, 2, 3, мы рекомендуем ориентироваться на наличие признаков венозного полнокровия. Если они проявляются преимущественно на органах грудной клетки - акцент на зонах 1, 2, 3, 5, брюшной полости - добавлять зоны 5, 6 и 7, в области малого таза - зону 4 с увеличением количества используемых точек. Как правило, не следует спешить с увеличением числа пиявок на процедуру. Используем от 2, редко 6 - 8, как правило, 3 - 4, пиявок на процедуре. Количество во многом зависит от состояния больного и длительности общего курса. В начале первого курса лечения, как правило, проводятся по 4 процедуры 2 раза в неделю, далее раз в неделю до 7 -8 процедур на курс лечения. Курсы повторяем с интервалом 2 - 4 недели. [9]

.2.5 Массаж

Массаж мышц лица играет одну из ключевых ролей в терапии и профилактики больных бронхиальной астмой, так как он помогает снять отек слизистой носоглотки и очистить пазухи носа, нормализуя дыхание.

Массируем крылья носа и кожу лица, примыкающую к крыльям. Больной может при этом сидеть на стуле, стоять или лежать. Круговыми движениями косточками указательных пальцев, не торопясь, так чтобы больной без затруднений дышал ртом, и делал длинный выдох носом. Если содержимое гайморовых пазух начнёт выделяться, нужно на выдохе пару раз плотно зажать ноздри на несколько секунд. Массаж стоит выполнять около 2 минут.

Массажируют мышцы лица под глазами от носа до ушей и лоб. Лоб массируют четырьмя пальцами обеих рук, а лицо средними, безымянными и мизинцами. Комбинируют поглаживание (10 - 14 движений), растирание

(60 движений) и снова поглаживание. Выполняют не дольше минуты.

Массаж лба делают подушечками указательного и среднего пальцев, ритмичными круговыми движениями справа налево. Другой рукой следует поддерживать голову. Время выполнения около 50 секунд. [10]

.2.6 Дыхательная система по Бутейко

Основной задачей при лечении бронхиальной является постепенное повышение процентного содержания углекислого газа в воздухе лёгких, что позволяет за очень короткий срок уменьшить гиперсекрецию и отёк слизистой оболочки бронхов, снизить повышенный тонус гладких мышц стенки бронхов и тем самым устранить клинические проявления болезни. Метод включает применение дыхательных упражнений, направленных на уменьшение альвеолярной гипервентиляции и/или дозированную физическую нагрузку. Во время упражнений пациенту предлагают с помощью различных дыхательных техник постепенно уменьшить глубину вдоха до нормы. Дыхательная гимнастика по методу Бутейко - физиотерапевтическая процедура, направленная на улучшение носового дыхания и уменьшение глубины дыхания. Она в первую очередь показана больным бронхиальной астмой и другими хроническими заболеваниями дыхательной системы. Также гимнастика по методу Бутейко будет полезна тем, кто страдает от атеросклероза, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца. Все упражнения этого метода терапии направлены на уменьшение количества углекислого газа в крови. Ведь при бронхиальной астме как бы глубоко ни дышал больной, кислорода в крови значимо больше не становится, но зато накапливается углекислый газ. Именно его избыток становится причиной одышки, метаболических нарушений и других симптомов болезни. [11]

Основным эффектом от дыхательной гимнастики по методу Бутейко должна стать глубина дыхания, максимально приближенная к здоровой.

Неприятным эффектом от проведения гимнастики первое время будут чувство нехватки воздуха, страх, учащение дыхания, возможны боли.

Подготовка к дыхательной гимнастике. Для повышения эффективности дыхательной гимнастики перед проведением упражнений полезно выполнить следующее: 1) Сесть на удобный стул, выпрямить спину и положить руки на колени. 2) Расслабиться. 3) Дышать мелко и поверхностно, как будто боитесь сделать вдох. 4) Выдыхать через нос слабо и незаметно. 5) Продолжать процедуру 10 минут.

При выполнении этих мероприятий должно появиться чувство нехватки воздуха. Такая подготовка способствует максимальному освобождению легких от кислорода. Во время нее может стать холодно, потом появится чувство жара и испарины. После тренировки выходить из этого состояния следует медленно, не усиливая дыхание.  
Перед проведением подготовки и после рекомендуется выполнить максимальную задержку дыхания, а также посчитать пульс. При правильном выполнении всех мероприятий время задержки должно увеличиться на 1-2 секунды.

Увеличивают эффект от дыхательных упражнений водные процедуры, занятия йогой, массаж (в том числе - самомассаж), лыжный спорт и другие физические нагрузки.

# 1.2.7 Точечный массаж при бронхиальной астме

Метод массажа - успокаивающий, прием - легкое надавливание в течение 3-5 мин на каждую точку в сочетании с легким поглаживанием.

Точка 1 (да-чжуй), находится на задней срединной линии между остистыми отростками VII шейного и I грудного позвонков. Массировать в положении сидя, слегка наклонив голову вперед.

Точка 2 (фэн-мэнь), симметричная, находится на 11/2 цуня в сторону от задней срединной линии на уровне промежутка между остистыми отростками II и III грудных позвонков. Массировать должно другое лицо одновременно с обеих сторон при вашем положении сидя, слегка наклонившись вперед, или лежа на животе.

Точка 3 (фэй-шу), симметричная, находится на 11/2 цуня в сторону от задней срединной линии на уровне промежутка между остистыми отростками III и IV грудных позвонков, под точкой 2. Массировать аналогично точке 2.

.2.8 Лечебная физкультура

Самомассаж и лечебная физкультура улучшают крово- и лимфообращение, легочную вентиляцию, проходимость бронхов, увеличивают подвижность грудной клетки, тонус дыхательных мышц, облегчают отхождение мокроты, способствуют рассасыванию остаточных явлений воспалительного процесса, повышают работоспособность больных.

Самомассаж начинают в положении «сидя» с поглаживания (в чередовании с растиранием) ладонной или тыльной поверхностью кисти, кулаком надплечий, спины, шеи, плечевого пояса и передней поверхности грудной клетки. При самомассаже спины и плечевого пояса движения делают в направлении от позвоночника к грудине, а при самомассаже передней поверхности грудной клетки и подключичной области - от грудины к плечевым суставам и подмышечным впадинам. Для массажа спины, межлопаточного пространства можно использовать жесткое махровое полотенце. Поглаживание в чередовании с растиранием спины, шеи, плечевого пояса и передней поверхности грудной клетки в течение 2-3 минут. Общая продолжительность самомассажа - 12-16 минут. Делать его надо ежедневно или через день. После 15-20 процедур необходим перерыв в течение 10-15 дней. Противопоказания к самомассажу: обострение заболевания, легочно-сердечная недостаточность, частые приступы стенокардии, легочное кровотечение, злокачественные новообразования. [12]

.2.9 Спелеотерапия

Спелеотерапия (греч. speleon - пещера) - метод лечения длительным пребыванием в условиях своеобразного микроклимата естественных карстовых пещер, гротов, соляных копей, искусственно пройденных горных выработок металлических, соляных и калийных рудников. Сначала организм человека должен адаптироваться к новым условиям, и только после этого наступает лечебный эффект. Длительность сеансов спелеотерапии - от 2 до 9 часов, это зависит от заболевания пациента. Оптимальный курс лечения составляет 15-20 процедур. При нахождении в пещере в организме человека происходят положительные изменения: нормализуется кровообращение и работа сердца; улучшается иммунная система; проходят аллергические и воспалительные процессы; очищаются и увлажняются легкие.

1.2.10 Закаливание

Первый этап - вступительная процедура - заключается в холодном обливании ног, при этом от кончиков пальцев по одной ноге вести струей прохладной воды наверх до бедра, задерживая струю на колене в течение 5 с. Затем по другой ноге опустить струю вниз, задерживая по пути на колене. Постепенно в течение 1,5 недель температуру воды нужно снижать. Если после первых занятий болезнь обострилась, нужно дождаться выздоровления и через 3-4 дня возобновить закаливающие занятия, постепенно увеличивая продолжительность процедуры и уменьшая температуру воды.

Следующий этап - контрастные ванны для ног. Для них приготовить 2 таза с водой: горячей (начинать с 36 °С) и холодной (начинать с 23-22 °С). Опускать ноги по щиколотку то в один, то в другой таз, причем на 15 с в горячую воду и на 5 в холодную, при этом в течение 2 недель температурный диапазон должен увеличиваться.

Третий этап - хождение по мокрым камням, которое можно выполнять летом, а зимой - насыпав в плоский тазик в один слой крупную речную гальку и залив ее холодной водой. Нужно ходить по этим камешкам в течение 1 мин ежедневно в течение 14 дней.

Пройдя все этапы и добившись такого состояния души и тела, когда закаливание не дает ухудшения состояния здоровья, следует переходить к простым обливаниям холодной водой, чтобы закрепить результат. [13]

.2.11 Климатотерапия

Эффективно лечение на климатических курортах (Кисловодск, Нальчик, Южный берег Крыма и др.), куда направляют больных гл. обр. во время ремиссий или с нечастыми легкими приступами бронхиальной астмы без выраженных явлений легочной и сердечной недостаточности.

Эффективно лечение на курортах побережья Крыма, Краснодарского края, горных курортах Алтая, Средней Азии и Северного Кавказа.   
Широко известны и популярны зарубежные курорты Германии, Франции.   
Для пациентов с заболеваниями бронхиальной астмой особенно показан таежный климат (зоны хвойных лесов), воздух которых насыщен фитонцидами. Климат сибирского курорта «Белокуриха» отличается постоянным атмосферным давлением, большим количеством ясных и солнечных дней в году, умеренной влажностью, наличием теплых фенов в зимнее время года; кроме того, количество аэроионов здесь в два раза выше, чем в швейцарском Давосе. Приморский климат (морских побережий) характеризуется относительно высоким атмосферным давлением, отсутствием резких перепадов температуры, чистотой и свежестью воздуха при высоком содержании в нем озона и морских солей, интенсивным солнечным излучением. Пребывание возле моря способствует повышению обмена веществ и усилению секреции эпителия бронхиального дерева, оказывает тонизирующее, общеукрепляющее и закаливающее действие.   
Климат влажных субтропиков, в частности курортов сочинской группы, характеризуется умеренной влажностью, которая больным бронхиальной астмой необходима, как и рациональная гидратация. Общеизвестно, что дегидратация способствует формированию густой слизи в просвете бронхов, что нарушает их проходимость. Климат влажных субтропиков района Сочи (санаторий «Чемитоквадже»), также как и Прибалтики (г. Светлогорск) эффективен для лечения больных с умеренными проявлениями бронхиальной обструкции. Противопоказаны эти климатические условия только больным декомпенсированной формой бронхиальной астмы.   
При выборе курорта для больных бронхиальной астмой необходимо принимать во внимание не только климатическую зону, в которой расположен курорт, но и сезон, учитывая контрастность метеоусловий и пору цветения. Пребывание пациента в условиях санатория устраняет контакт с разного рода аллергенами, загрязненным воздухом больших городов, снимает психическое напряжение. Лечебное воздействие оказывают также морской воздух и вода. [14]

Вывод по главе I

Бронхиальная астма - распространенное заболевание в мире. Чтобы предотвратить ее широкое распространение необходимо осуществить первичную профилактику болезни. В успешной реализации стратегии профилактики болезни необходимо исходить из воспалительной концепции бронхиальной астмы, т.е. она рассматривается (вне зависимости от степени тяжести), как хроническое воспалительное заболевание слизистой дыхательных путей. Воспалительный процесс поддерживается миграцией в очаг воспаления целым рядом иммуннокомпетентных клеток и высвобождением медиаторов воспаления. С воспалительным процессом связывают основные клинические проявления: спазм гладких мышц бронхов (острое удушье), повышенная продукция бронхиального секрета (кашель с трудно отделяемой мокротой) и отек слизистой дыхательных путей (подострое течение болезни и частые приступы одышки). Для улучшения самочувствия разработано много методов, которые хорошо влияют на поддержание бронхиальной атсмы.

Глава II. Практическая часть

.1 Исследование уровня информированности по вопросам бронхиальной астмы и соблюдением правильного образа жизни

Бронхиальная астма - является самым распространенным заболеванием. 235 млн. человек во всем мире страдают от этого заболевания. Оно может развиваться в любом возрасте. Учитывая высокую значимость проблемы бронхиальной астмы в мировом масштабе, в 1993 году была создана «Глобальная инициатива по бронхиальной астме». Печальным фактором является то, что, несмотря на полученные достижения в области этиологии и наличию новых лекарственных средств, заболеваемость от бронхиальной астмы постепенно возрастает. Болезнь оказывает большое влияние на социальное бремя общества. (Приложение 1, 2)

Основным направлением исследовательской работы являлось исследование пациентов с заболеванием бронхиальная астма, которое включало проведение анкетирования и пикфлоуметрии. Были предложены на выбор методы немедикаметнозной терапии. По окончанию работы был проведен анализ полученных данных, которые представлены в виде диаграмм и схем.

Исследование и анкетирование проводилось в терапевтическом отделении пациентов с заболеванием - бронхиальная астма.

Результаты исследования:

Для выявления симптомов астмы было проведено следующее:

). Анкетирование

). Пикфлоуметрия

Первый этап - анкетирование пациентов.

В анкете были включены вопросы, затрагивающие все стороны данного заболевания. (Приложение 11)

Большинство пациентов считают, что основными причинами заболевания являются: курение, ожирение, неправильный образ жизни. Около 90 % пациентов отмечают наследственную предрасположенность к бронхиальной астме. Ограничивают себя в физической активности из - за чего имеют избыточный вес. При анкетировании были выявлены основные причины возниконовения заболевания. (Приложение 3, 4, 5, 6)

Следующим этапом исследования являлась пикфлоуметрия - пиковая объемная скорость форсированного выдоха. Помогает поддерживать состояние пациента при бронхиальной астме.

Исследование проводилось у 30 пациентов 2 раза в день - утром и вечером. Все показатели записывались и отмечались на специальных графиках.

В результате проведенной пикфлоуметрии было выявлено следующее:

У 4 пациентов - «зеленая зона»

У 20 пациентов - «желтая зона»

У 6 пациентов - «красная зона»

После проведения данной работы и анализа данных, пациентам были предложены на выбор методы немедикаментозной терапии для повышения своего качества жизни: аккупунктура, спелеотерапия, гирудотерапия, массаж, диета, закаливание, климатотерапия, дыхательная система по Бутейко.

Самыми эффективными методами по мнению пациентов были:

Иглоукалывание - 14 %

Массаж - 15%

Климатотерапия - 27%

Дыхательная гимнастика по Бутейко - 45%

(Приложение 7)

Эти методы, по мнению пациентов, являются самыми доступными и не занимают много времени.

2.2 Анализ и оценка результатов и данных

После проведения этих методов, пациенты стали чувствовать себя значительно лучше. Особенно пациенты отмечают немедикаментозный метод такой как - дыхательная гимнастика по Бутейко и иглоукалывание, которые улучшили их самочувствие. Им стало легко дышать, нет одышки и чувства удушья. А также климатотерапию, которая помогла им не только справиться со своим заболеванием, но и отдохнуть и восстановить свои силы.

(Приложение 8, 9, 10)

Вывод по главе II

После применения этих методов, пациенты стали чувствовать себя лучше. Немедикаметозная терапия играет немаловажную роль в поддержании заболевания бронхиальной астмы, которые, несомненно, улучшают самочувствие пациента. На основании проведенной практической части, можно сказать, что бронхиальной астмой болеет приблизительно 3 % населения мира и у 2 % по данным проведенного исследования количество больных неуклонно возрастает. Только за последние 2-3 года количества их увеличилось в три раза. БА одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний, которая представляет важную проблему. Более 25 % всех заболеваний, приходится на бронхиальную астму.

Заключение

Бронхиальная астма является одной из наиболее распространенных болезней в мире и в России. Болезнь оказывает большое влияние на социальное бремя общества. Она носит универсальный характер, затрагивая здоровье человека в любом возрасте. Высокий уровень ее распространенности и заболеваемости диктует необходимость разработки целенаправленных программ по борьбе с бронхиальной астмой. Исходя из современной концепции болезни необходимо адекватное построение базисной противовоспалительной терапии, которая основана на применении преимущественно бронхолитиков и ингаляционных глюкокортикостероидов. Так же необходимо поддерживать методами немедикаментозной терапии, которые играют немаловажную роль в поддержании состояния заболевания и самочувствия пациента. Конечно, они не заменят лекарственные препараты, но в совокупности с препаратами дадут быстрый эффект.

Список использованной литературы

1. Ардашев Н. Н. Бронхиальная астма. СПб.: Медицина, 2009.-237с.

. Белый С. В. Причины бронхиальной астмы. Москва, 2005.-183с.

. Богачева Н. Н. Почему возникает бронхиальная астма. СПб.: Медицина, 2010.-231с.

. Бурчинская О. М., Закалина А. А. Осложнения бронхиальной астмы. Москва, 2006.-233с.

. Методы немедикаментозного лечения бронхиальной асмы: учеб. пособие / под ред. Е. Е. Войткевич. Медицина, 2006.-185с.

. Гребнев М. А., Баешко А. А. Диета при бронхиальной астме. Москва, 2012.-104с.

. Фитотерапия: учеб. пособие / под ред. С. Н. Дубровская. СПб.: Медицина, 2013.-231с.

. Есипова Т. В. Иглоукалывание при бронхиальной астме. СПб.: Медицина 2007.-315.

. Знайбер Э. К. Гирудотерапия. Лечит пиявка. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009.-234.

. Кузьменко Л. Г., Бычков В. А., Оболадзе Г. Б. Массаж при бронхиальной астме. М.: Медицина, 1997.-265с.

. Леонов Е. Д. Дыхательная гимнастика. СПб.: Медицина, 2011.-179с.

. Лечебная физкультура: учеб. пособие / под ред. Огородничева Н. В. М.: ГЕОТАР-Медиа,2005.-298с.

. Закаливание при заболеваниях органов дыхания: учеб. пособие / под ред. Петрова Н. Н. СПб.: Медицина, 2012.-362с.

. Яшенко А. А. Климатотерапия при заболеваниях органов дыхания. СПб.: Медицина, 2010.-256с.