ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

 ***Бронхиальная астма*** - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей. Несмотря на тяжесть заболевания (его “неизлечимость”) при проведении адекватного лечения больные астмой длительное время сохраняют трудоспособность, что подчеркивает необходимость длительной (фактически пожизненной) терапии.

 Можно отметить два важных аспекта проблемы:

1.      Бронхиальная астма протекает “волнообразно”, то есть периоды обострений сменяются ремиссиями, в течение которых больной не испытывает практически никакого дискомфорта. Сам собой напрашивается вывод о необходимости проведения профилактического лечения ⎯ для удлинения периодов ремиссии;
2.      В основе патологического процесса лежит хроническое воспаление, следовательно основным в терапии должно быть противовоспалительное лечение.

 В терапии бронхиальной астмы можно выделить два направления:

1.      лечение в период обострения;
2.      терапия в период ремиссии;

 Профилактическое лечение в период ремиссии ⎯ это длительный кропотливый совместный труд доктора и пациента. Задачи доктора ⎯ подобрать нужную терапию, научить пациента правильно использовать препараты и осмысленно, контролируя свое состояние, без риска для своего здоровья изменять режим лечения.

***Противовоспвлительная терапия - базис профилактики обострений астмы.***

 В настоящее время в качестве противовоспалительных препаратов используют следующие три основные группы:

1.      игаляционные кортикостероиды, а в тяжелых случаях и системные кортикостероиды;
2.      ингаляционный кромогликат натрия (кромолин-натрий);
3.      ингаляционный недокромил-натрий.

 Выбор группы препаратов зависит от тяжести течения заболевания.

 Препаратом выбора при бронхиальной астме остается *кромогликат натрия* (интал). Являясь мембраностабилизатором, интал (препятствующий дегрануляции тучных клеток) эффективен при большинстве типов бронхиальной астмы (атопическая бронхиальная астма, астма физического усилия и т.д.). Монопрофилактика обострений инталом возможна лишь при бронхиальной астме легкого течения: периодический прием препарата непосредственно перед возможным обострением, при интермиттирующем течении астмы (проявление симптомов реже одного раза в неделю), либо постоянный прием препарата при персистирующем характере заболевания (проявление симптомов от одного раза в неделю до одного раза в день).

 При астме среднетяжелого и тяжелого течения необходимо назначение ингаляционных кортикостероидов помимо интала. Дозировка ингаляционных стероидов так же зависит от тяжести заболевания. (при астме среднетяжелого течения - до 1000мкг/сут ; при астме тяжелого течения - от 1000мкг/сут до 1600(2000)мкг/сут).

 Помимо противовоспалительной терапии больные астмой среднетяжелого и тяжелого течения нуждаются в ежедневном приеме *β2-агонистов* (сальбутамол) либо *метилксантинов* (теофилин) (что обусловлено ограничением физической активности пациентов из-за частого возникновения симптомов бронхиальной обструкции).

***Система профилактики.***

 Профилактические мероприятия при бронхиальной астме должны представлять собой систему с надежной обратной связью. То есть объем профилактических мер должен постоянно изменяться в зависимости от состояния пациента. При этом возможено не только усиление, но и ослабление активности лечения.

 Контроль астмы должен начинаться с подробного изучения причин заболевания у конкретного пациента. Нередко “элементарные” меры способны оказать значительное влияние на ход заболевания. Так при атопическом варианте астмы обнаружение причинного фактора (разлиные аллергены, вещества - индукторы, лекарственные препараты и т.д.) и предотвращение контакта с ним в последующем (смена жилья; региона; рабочего места; отсутствие домашних животных; изменение привязанностей пациента к определенным продуктам, веществам) способно избавить больного от клинических проявлений заболевания.

 Немаловажное значение играет обучение пациентов грамотному приему препаратов, правильному использованию приспособлений для введения препаратов (дозированных аэрозолей, спейсеров, дискхалеров, турбухалеров, спинхалеров, циклохалеров) и для контроля пиковой скорости выдоха (пикфлуометров) *“ПСВ”.*

 Пациент должен уметь: контролировать ПСВ, знать различие между препаратами базисной и симптоматической терапии, избегать триггеров астмы, распозновать признаки ухудшения заболевания и самостоятельно купировать приступы, а так же вовремя обращаться за медицинской помощью для купирования тяжелых приступов. Обучение больных астмой ⎯ длительный процесс. Пациент должен получать максимум информации о заболевании и методах его лечения. Целесообразно создание астма-клубов с обязательным участием в их работе медиков.

 Длительный контроль астмы требует *письменного плана лечения* (алгоритма действий прациента), в план необходимо включить:

1.      индивидуальную ежедневную дозу профилактических препаратов длительного действия;
2.      перечисление индивидуальных триггеров астмы, которых больному необходимо избегать;
3.      действия при ухудшении состояния, в том числе дозу бронходилятатора;
4.      признаки ухудшения состояния: симиптомы,изменения ПСВ;
5.      действия при обострении аситмы и при первых признаках простуды;
6.      описание ситуаций, когда необходима медицинская помощь.

 Пациенты должны регулярно посещать врача (несколько раз в месяц ⎯ при подборе терапии и режима больному; один раз в 2 - 6 месяцев, после достижения контроля астмы) во время которых необходимо не только контролировать изменения в состоянии пациентов, но и проверять правильность использования препаратов и приспособлений для их введения.