

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Ямало-Ненецкого автономного округа
«Ямальский многопрофильный колледж»

КУРСОВАЯ РАБОТА

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Выполнила:

Студентка группы 18СД/1

Специальности 34.02.01

«Сестринское дело»

Бабаева А.А.

(дата, подпись)

Научный руководитель:

преподаватель первой

квалификационной категории

Фадичева А.Ш.

(дата, подпись)

Защита состоялась

на кафедре медицинских наук

Докучаева И.Д.

(оценка, дата, подпись)

Салехард 2021г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	5
1.1. Этиология	5
1.2. Патогенез	8
1.3. Классификация бронхиальной астмы	10
1.4. Клиническая картина	12
1.5. Осложнения бронхиальной астмы	15
1.6. Методы диагностики.....	16
1.7. Лечение бронхиальной астмы	18
1.8. Профилактика бронхиальной астмы	21
Вывод по первой главе.....	23
ГЛАВА II. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	24
2.1. Медицинская сестра в лечении и профилактике больных при бронхиальной астме.....	24
2.2 План сестринских вмешательств при бронхиальной астме	26
Вывод по второй главе.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	30
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	32
ПРИЛОЖЕНИЕ	35

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний в современном мире. По последним данным, число больных астмой в России составляет 7 миллионов человек. Среди взрослого населения болезнь регистрируется более чем в 5% случаев, а у детей встречается около 10%. Больные бронхиальной астмой сегодня могут жить комфортно, практически не замечая своей болезни. Научиться жить с этим диагнозом помогут в школе бронхиальной астмы.

Учитывая социальную значимость в соответствии с Правительства Российской Федерации от 30.07.94 №890 пациент с бронхиальной астмой имеет право на бесплатное получение лекарственных средств.

Заболевание может развиваться в любом возрасте. У половины больных бронхиальная астма развивается в возрасте до 10 лет, еще у трети - до 40 лет.

Правительство регионов России приняло на ближайшие годы региональную целевую программу по лечению и профилактике бронхиальной астмы. Целями этой программы является - увеличение продолжительности, улучшение качества жизни больных, снижение инвалидизации и смертности населения от бронхиальной астмы и ее осложнений, организация системы профилактики бронхиальной астмы ее осложнений, обеспечение своевременного, эффективного лечения больных бронхиальной астмой.

Эффективность внедрения Программы можно оценить по уровню госпитализации больных с бронхиальной астмой. Появилась тенденция к снижению госпитализации больных с бронхиальной астмой, сокращение сроков лечения в стационаре больных с данным заболеванием.

21 век стал для всех жителей нашей планеты веком аллергии. Активное применение в промышленности различных красителей, ароматизаторов, загустителей привело к тому, что уже при рождении наши дети имеют склонность к аллергиям. Аллергическая настроенность организма (атопия)

встречается довольно часто. Практически каждый первый ребенок, рожденный в 21 веке, имеет аллергическую настроенность к тому или иному веществу. Аллергические реакции принимают различную форму. Это может быть атопический дерматит, аллергический ринит, ларингит, обструктивный бронхит и бронхиальная астма. Развитие у детей бронхиальной астмы является наиболее тяжелым проявлением аллергической реакции детского организма. Бронхиальная астма проявляется в затрудненном дыхании из-за спазмированной мускулатуры бронхов.

Объект исследования: бронхиальная астма.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в уходе за больным страдающим бронхиальной астмой.

Цель: изучить роль медицинской сестры в уходе за больными при бронхиальной астме.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по теме исследования;
2. Выявить роль медицинской сестры при уходе за больными бронхиальной астмой;

Методы исследования: анализ литературы по теме исследования, обобщение и классификация изученного материала.

Практическая значимость исследования: представленная нами работа может быть использована в целях изучения роли медицинской сестры в уходе за больными при бронхиальной астме.

Структура работы: курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложения.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

1.1. Этиология

Бронхиальная астма - это заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья. При бронхиальной астме бронхи воспалены, вследствие аллергического, инфекционного или нейрогенного воздействия.

В качестве этиологических факторов рассматриваются внутренние и внешние факторы. Семейный анамнез свидетельствует о том, что кровные родственники больных бронхиальной астмой больны различными аллергическими заболеваниями, в том числе и бронхиальной астмой.

Врожденная предрасположенность формирует внутренние причины болезни - наследственный фактор [4].

Причины бронхиальной астмы связаны с развитием воспаления бронхов, которое может быть:

- аллергическим,
- инфекционным,
- нейрогенным

с последующим формированием обструкции бронхов, которая проявляется клиническими признаками бронхиальной астмы.

В формировании иммунного (аллергического) воспаления бронхов при бронхиальной астме участвуют иммунные реакции. Растворимые антигены взаимодействуют с антителами в жидкостных системах с образованием иммунных комплексов, что сопровождается активацией системы комплемента, агрегацией тромбоцитов с последующим повреждением тканей, на которых фиксировались иммунные комплексы [13].

В этиологии бронхиальной астмы участвуют эндокринные нарушения, нарушения функционирования нервной системы, нарушения мембрано-рецепторных комплексов клеток бронхов и легких.

Факторы, предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы:

- аллергены (аллергены животных, домашняя пыль и др.);
- инфекция верхних дыхательных путей;
- медикаменты (аспирин);
- факторы внешней среды (изменение погодных условий);
- профессиональные факторы (эмоциональный стресс, физические нагрузки, гипервентиляция и др.);
- генетический фактор [17].

Причины развития у детей бронхиальной астмы

1. Наследственность. Склонность к проявлению аллергической реакции в виде спазма мускулатуры бронхов передается по наследству и если бронхиальная астма наблюдается у обоих родителей, то шанс, что у ребенка будет такое же заболевание очень велик. Помимо наличия у родителей бронхиальной астмы, к развитию заболевания может привести так же наличие у родителей других аллергических проявлений, даже если они беспокоили их только в раннем детском возрасте. Необходимо так же учитывать наличие аллергических реакций у близких родственников, так как иногда родители не помнят, что с ними было в 3-х летнем возрасте.

2. Экологическая обстановка. Наша окружающая среда постоянно изменяется, и это изменение происходит не в лучшую сторону. Количество заводов постоянно увеличивается, а зеленый массив нашей планеты уменьшается с катастрофической скоростью. В воздухе, которым мы дышим, все больше и больше находится различных веществ, продуктов деятельности фабрик и заводов. Оседая в наших легких эти вещества вызывают местную аллергическую реакцию, способствуя тем самым развитию бронхиальной астмы. Особую опасность в этом плане представляет для наших детей воздух больших городов. Смог, гарь, копоть, угарный газ, выхлопные газы

автомобилей – все это оказывается в легких наших детей и поддерживает аллергическую настроенность организма [11].

3. Повышенное содержание аллергенов в окружающей среде. Развитие промышленности способствует все большему накоплению аллергенов в окружающей среде. Каждый производитель старается, чтобы его продукт был красивым, вкусным и при этом долго сохранял свой товарный вид. Для этого применяются красители, ароматизаторы, консерванты. Если взять с полки в магазине любой маломальский и простой продукт, и прочитать его состав, то вы всегда можете увидеть различные глутаматы и бензоаты в их составах. Все это способствует появлению аллергической настроенности организма ребенка уже с первых дней жизни и продолжает ее поддерживать на протяжении всей жизни. Не все то полезно, что красиво на витрине.

4. Курение. Сигаретный дым является одним из наиболее сильных аллергенов. Курение матери во время беременности может привести к появлению у ребенка аллергической настроенности. Очень часто родители продолжают курить и после рождения ребенка. Обычно они это делают на балконе и этим как бы «ограничивают» ребенка от действия табачного дыма. Но они не задумываются, что этот дым оседает на одежде, коже курящего человека, и некоторое время продолжает выделяться с выдыхаемым воздухом даже после прекращения курения. Ну и совершенно недопустимо курение в присутствии ребенка, тем более в закрытом помещении.

5. Постоянная аллергическая настроенность организма ребенка. Аллергические реакции наблюдаются практически у всех детей в тот или иной период жизни. Однако не каждый ребенок после этого заболевает бронхиальной астмой. Суть этого в том, что в первые 5 лет жизни организм ребенка имеет особую склонность к аллергиям. Это связано с еще несовершенными реакциями в организме ребенка. Если в этот период ребенка оградить от действия различных аллергенов (пищевых, бытовых), ребенок «перерастает» эту склонность и дальше спокойно развивается, даже в аллергенной среде. Но если в этот период еще больше подстрекать

организм ребенка к выработке специальных клеток, отвечающих за аллергию (эозинофилов), у ребенка возрастает шанс заболеть бронхиальной астмой.

6. Применение парацетамола. Каждый день ученые в лабораториях по всему миру ищут наиболее безопасные и эффективные лекарственные препараты. Пока они этим занимаются, нам приходится пользоваться старыми, проверенными временем лекарствами, но это не всегда правильно. Все те же ученые в лабораториях доказали, что если ребенок хотя бы один раз за год получает парацетамол, то вероятность развития у этого ребенка в будущем бронхиальной астмы увеличивается в 10 раз. На данный момент наиболее безопасным жаропонижающим для детей является ибупрофен [6].

В настоящее время хорошо известно, что начало бронхиальной астмы у большинства детей связано с воздействием различных аллергенов, среди которых наиболее распространенным является домашняя пыль. Около 70% детей с бронхиальной астмой чувствительны к домашней пыли. Домашняя пыль представляет собой сложную смесь, содержащую волокна хлопка, целлюлозы, шерсти животных, споры плесени. Основным компонентом домашней пыли являются клещи, невидимые невооруженным глазом. Любимая пища домашних клещей - чешуйки, которые слущиваются с человеческой кожи и собираются в матрасах, коврах и мягкой мебели. Они могут находиться также в драпировочной ткани, постельных принадлежностях, мягких игрушках, под плинтусами.

1.2. Патогенез

В патогенезе бронхиальной астмы различают 3 фазы:

- иммунологическая, когда осуществляется взаимодействие антигена и антитела — первый пусковой механизм;
- патохимическая с образованием биологически активных веществ (гистамин, ацетилхолин);

- патофизиологическая — биологически активные вещества действуют на мускулатуру бронхов. Возникает спазм мускулатуры, суживаются мелкие бронхи, при этом выделяется много вязкой слизи, затрудняется дыхание.

1. Стадия иммунологической сенсibilизации - в иммунологической фазе под влиянием аллергена В-лимфоциты секретируют специфические антитела, относящиеся преимущественно к классу IgE (реагиновые антитела). Происходит это следующим образом.

Поступивший в дыхательные пути аллерген захватывается макрофагом, перерабатывается (расщепляется на фрагменты), связывается с гликопротеинами II класса главного комплекса гистосовместимости (HLA) и транспортируется к клеточной поверхности макрофага. Описанные события получили название процессинга. Далее комплекс антиген+молекулы HLA класса II» представляется Т-лимфоцитам-хелперам (аллергоспецифичным). После этого активируется субпопуляция Т-хелперов (Th2), которая продуцирует ряд цитокинов, участвующих в осуществлении аллергической реакции I типа [12].

2. Стадия патохимическая - характеризуется тем, что при повторном поступлении аллергена в организм больного происходит его взаимодействие с антителами-реагинами (в первую очередь IgE) на поверхности клеток-мишеней аллергии. При этом происходит дегрануляция тучных клеток и базофилов, активация эозинофилов с выделением большого количества медиаторов аллергии и воспаления, которые вызывают развитие патофизиологической стадии патогенеза.

3. Стадия патофизиологическая - характеризуется развитием бронхоспазма, отека слизистой оболочки и инфильтрации стенки бронха клеточными элементами, воспаления, гиперсекрецией слизи. Все эти проявления патофизиологической стадии обусловлены воздействием медиаторов аллергии и воспаления, которые выделяются тучными клетками, базофилами, эозинофилами, тромбоцитами, нейтрофилами, лимфоцитами.

В течении патофизиологической стадии выделяют две фазы - раннюю и позднюю.

Ранняя фаза или ранняя астматическая реакция характеризуется развитием бронхоспазма, выраженной экспираторной одышкой. Начинается эта фаза через 1-2 минуты, достигает максимума через 15-20 минут и продолжается около 2 ч. Основными клетками, участвующими в развитии ранней астматической реакции, являются тучные клетки и базофилы. В процессе дегрануляции этих клеток выделяется большое количество биологически активных веществ - медиаторов аллергии и воспаления. Поздняя астматическая реакция развивается приблизительно через 4-6 ч, максимум ее проявлений наступает через 6-8 ч, длительность реакции 8-12 ч. Основными патофизиологическими проявлениями поздней астматической реакции являются воспаление, отек слизистой оболочки бронхов, гиперсекреция слизи. В развитии поздней астматической реакции принимают участие тучные клетки, эозинофилы, нейтрофилы, макрофаги, тромбоциты, Т-лимфоциты, которые скапливаются в бронхиальном дереве под влиянием секретируемых тучными клетками медиаторов и цитокинов. Медиаторы, выделяемые этими клетками, способствуют развитию воспалительных изменений бронха, хронизации воспалительного процесса и формированию при последующих обострениях необратимых морфологических изменений. [2].

1.3. Классификация бронхиальной астмы

Бронхиальная астма классифицируется в зависимости от происхождения, тяжести заболевания, выделяются также особые формы бронхиальной астмы.

Этапы развития бронхиальной астмы:

- 1) Биологические дефекты у практически здоровых людей.
- 2) Состояние предастмы.

3) Клинически выраженная бронхиальная астма.

II. Формы бронхиальной астмы:

1) Иммунологическая.

2) Неиммунологическая.

III.. Клинико-патогенетические варианты бронхиальной астмы:

1) Атонический, с указанием аллергена.

2) Инфекционно-зависимый - с указанием инфекционных агентов.

3) Аутоиммунный.

4) Дисгормональный - с указанием эндокринного органа, функция которого изменена, и характера дисгормональных изменений.

5) Нервнопсихический.

6) Адренергический дисбаланс.

7) Первично измененная ,. реактивность бронхов

IV. Тяжесть течения:

1) Легкое течение.

2) Течение средней тяжести.

3) Тяжелое течение.

V. Фазы течения:

1) Обострение.

2) Затухающее обострение.

3)Ремиссия.

В зависимости от причин, вызывающих приступы, выделяют:

- экзогенную бронхиальную астму — приступы вызываются при воздействии на дыхательные пути аллергена, поступающего из внешней среды (пыльца растений, плесневые грибки, шерсть животных, мельчайшие клещи, находящиеся в домашней пыли). Особым вариантом является атопическая бронхиальная астма, вызванная наследственно-обусловленной предрасположенностью к аллергическим реакциям [10].

- эндогенную бронхиальную астму — приступ вызывают такие факторы, как инфекция, физическая нагрузка, холодный воздух, психо-эмоциональные раздражители

- бронхиальную астму смешанного генеза — приступы могут возникать как при воздействии на дыхательные пути аллергена, так и при воздействии перечисленных выше факторов [18].

1.4. Клиническая картина

В центре клинической картины бронхиальной астмы - приступ удушья.

Чаще приступы удушья беспокоят больного по ночам. В случаях средней тяжести приступы удушья наблюдаются утром [14].

В развитии приступа бронхиальной астмы принято различать три периода:

- период предвестников,
- период разгара,
- период обратного развития приступа.

Период предвестников (продромальный период) чаще встречается у больных с инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы и проявляется вазомоторными реакциями слизистой оболочки носа (чиханье, обильные водянистые выделения), кашлем, одышкой. В дальнейшем (иногда внезапно, без периода предвестников) у больных появляется ощущение заложенности в грудной клетке, мешающее им свободно дышать. Вдох становится коротким. А выдох, наоборот, продолжительным, шумным, сопровождающимся громкими свистящими хрипами, слышными на расстоянии. Появляется кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. С целью облегчения дыхания больной принимает вынужденное положение (чаще сидя) с наклоном туловища вперед, опираясь локтями на спинку стула или колени [23].

В период разгара (во время приступа) лицо становится одутловатым, в фазу выдоха может наблюдаться набухание вен шеи. Грудная клетка как бы застывает в положении максимального вдоха.

При перкуссии грудной клетки отмечают коробочный звук, смещение вниз нижних границ легких и резкое ограничение их подвижности. Над легкими выслушивают ослабленное везикулярное дыхание с удлинненным выдохом и большое количество распространенных сухих (преимущественно свистящих) хрипов.

В период обратного развития. Улучшается отхождение мокроты, в легких уменьшается количество сухих хрипов, удушье постепенно проходит.

Течение бронхиальной астмы протекает обычно с чередованием периодов обострения и ремиссии. При этом тяжесть ее течения может быть различной [21].

При легком течении обострения заболевания возникают не чаще 2 - 3 раз в год и хорошо поддаются амбулаторному лечению.

При среднетяжелом течении обострения бронхиальной астмы возникают 3 - 4 раза в год и уже требуют стационарного лечения.

Тяжело течение бронхиальной астмы характеризуется частыми (более 5 раз в год) и длительными обострениями заболевания с кратковременными периодами ремиссии или их полным отсутствием. При тяжелом течении могут возникнуть гормонозависимые и гормоно - резистентные формы заболевания.

Процесс развития бронхиальной астмы у детей довольно сложен и длителен. Первоначально детей беспокоит наличие кожной аллергии в виде атопического дерматита. Это заболевание длительное время сохраняется и плохо поддается лечению, особенно если родители не придерживаются рекомендаций по поводу гипоаллергенного быта и диеты. Постепенно ребенок «перерастает» атопический дерматит, но заболевание переходит на другой уровень и начинает проявляться в виде обструктивных бронхитов [19].

Обструктивные бронхиты – это еще не бронхиальная астма, но если они повторяются довольно часто, то это заставляет задуматься о том, что в скором времени заболевание может привести к более серьезным последствиям.

За аллергическую реакцию в нашем организме отвечают такие клетки, как эозинофилы. Эти клетки содержат специальные вещества (гистамин и гистаминоподобные вещества), которые, оказываясь в свободном виде, вызывают проявления аллергии (спазм мускулатуры бронхов, повышенное выделение слизи). Все эти проявления являются защитными действиями организма, направленные на то, чтобы не дать распространиться аллергену по всему организму, но они проявляются в извращенной форме.

При первом попадании аллергена в организм эозинофилы как бы знакомятся с ним, на поверхности этих клеток образуются специальные рецепторы, которые распознают данный аллерген. При повторном попадании аллергена в организм эозинофилы уже знают его и начинают действовать: аллерген связывается с рецептором на поверхности эозинофилов и это вызывает дегрануляцию этих клеток (выход из гранул гистамина и гистаминоподобных веществ). Так как первичная встреча с аллергенами в наше время все чаще происходит уже внутриутробно, то склонность к развитию подобных реакций у детей наблюдается уже в первые месяцы жизни [25].

Скопление эозинофилов наблюдается в местах, где больше всего в организм поступает аллергенов, где они могут оказывать свои защитные свойства. Таким системами являются желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути. При развитии аллергической реакции в желудочно-кишечном тракте будут наблюдаться диспепсические расстройства: вздутие живота, урчание, неустойчивый стул (запоры или наоборот жидкий стул). При развитии аллергической реакции в дыхательных путях наблюдается развитие бронхиальной астмы.

Клинически бронхиальная астма проявляется в затрудненном дыхании, что связано со спазмированием гладкой мускулатуры бронхов, выделении большого количества слизи и закупоркой просвета бронхов. Из-за этого ребенку тяжело сделать вдох. Такое затрудненное дыхание проявляется в виде приступов, которые проходят самостоятельно или купируются при помощи лекарственных препаратов. Частота, длительность, время появления таких приступов характеризует тяжесть заболевания.

Появление приступов могут спровоцировать различные причины. Это может быть погрешность в диете, нахождение вблизи домашних животных, шерсть которых является очень сильным аллергеном, физическая нагрузка, стресс, перемена погоды, резкие перепады температуры окружающей среды. Очень часто появление приступа бронхиальной астмы может спровоцировать в зимнее время выход из теплого подъезда на холод. Дети, у которых такое наблюдается, уже заранее зная это, применяют сальбутамол перед выходом на улицу и таким образом предупреждают развитие приступа [24].

1.5. Осложнения бронхиальной астмы

Бронхиальная астма часто осложняется возникновением эмфиземы легких с присоединением вторичной легочно-сердечной недостаточности.

Очень серьезным осложнением бронхиальной астмы является астматическое состояние, или астматический статус (*statusasthmaticus*). К его развитию могут привести передозировка адреностимуляторов, слишком быстрое уменьшение дозы глюкокортикостероидов, контакт с массивной дозой аллергена и т.д. В развитии астматического статуса выделяют три стадии:

-Стадия I (начальная, или стадия относительной компенсации) представляет собой затянувшийся свыше 12 ч и некупирующийся приступ удушья. У больных развивается резистентность к бронхолитическим

препаратам, перестает отходить мокрота. В следствие гипервентиляции возникают гипокапния и компенсированный алкалоз [13].

-Стадия II (стадия декомпенсации) характеризуется резким нарушением дренажной функции бронхов. Просвет их забивается вязкой слизью, в связи с чем исчезают прежде хорошо выслушиваемые сухие хрипы (стадия, или синдром, «немного легкого»). Нарушается газовый состав крови, возникают гипоксемия (P_{aO_2} снижается до 50 - 60 мм рт. ст.), гиперкапния (P_{aCO_2} возрастает до 60 - 80 мм рт. ст.).

-При отсутствии эффективных лечебных мероприятий развивается III стадия астматического статуса - стадия гиперкапнической комы. В результате прогрессирования гипоксемии, гиперкапнии и ацидоза (P_{aO_2} падает ниже 40 мм рт. ст., P_{aCO_2} становится выше 90 мм рт. ст.) возникают тяжелые неврологические, в том числе церебральные, расстройства, гемодинамические нарушения и может наступить смерть больного.

Наиболее тяжелым состоянием при бронхиальной астме у детей является астматический статус. Это резкое ухудшение состояния, развитие тяжелой обструкции, которая не купируется применением ингаляционных препаратов. Такое состояние может возникнуть при неправильно подобранном лечении, если ребенок не получает лекарственных препаратов, при сильном психо-эмоциональном возбуждении, большой физической нагрузке или попадании в организм одномоментно большого количества аллергена. Дети с таким состоянием должны быть немедленно доставлены в больницу для оказания медицинской помощи. Таким детям проводят инфузионную терапию (капельницы), при необходимости подключают к аппарату искусственной вентиляции легких [8].

1.6. Методы диагностики

- Клинический анализ крови: В крови нередко отмечаются лейкопения и эозинофилия, склонность к увеличению числа эритроцитов.

- Анализ мокроты общий: В мокроте при бронхиальной астме обнаруживаются эозинофилы, спирали Куршмана — своеобразные слепки мелких бронхов (удлиненные сгустки мокроты) и кристаллы Шарко—Лейдена, состоящие из ацидофильных гранул эозинофилов).

- Аллергологическое обследование: - кожные пробы (скарификационные, аппликационные, внутрикожные) - в некоторых случаях -провокационных тесты (конъюнктивальный, назальный, ингаляционный).

- Исследования иммуноглобулинов Е и G. 12

- Рентгенография органов грудной клетки: При рентгеноскопии органов грудной клетки определяется повышенная прозрачность легочных полей и ограничение подвижности диафрагмы.

при длительном течении усиление легочного рисунка, признаки эмфиземы легких.

- Спирометрия - основной клинический метод исследования функции внешнего дыхания, который включает измерение жизненной емкости легких и скоростных показателей вдоха и выдоха.

- Пикфлоуметрия — это измерение пиковой скорости выдоха (ПВС), наибольшей скорости, с которой воздух может проходить через дыхательные пути во время форсированного выдоха, при полностью надутых легких, т.е. после полного вдоха.

Измерения проводят 2 раза в день. Результаты заносятся в специальный график. Определяется суточный разброс пиковой скорости. Разброс показателей ПСВ более чем на 20% является диагностическим признаком приступа БА [6].

Трудно диагностировать БА у пожилых людей, при кашлевом варианте и астме физического усилия.

БА у пожилых, особенно в климактерический период, приобретает агрессивное течение. Характерна высокая эозинофилия и плохая переносимость антигистаминных препаратов. Необходимо отличать от ИБС с левожелудочковой недостаточностью.

Кашлевой вариант. Кашель может быть единственным признаком БА. Кашель часто возникает ночью и не сопровождается свистящими хрипами. Подтверждают диагноз БА аллергологическое обследование, суточный мониторинг ПСВ.

Астма физического усилия. Приступы удушья возникают под влиянием субмаксимальной физической нагрузки в течение 10 минут после окончания нагрузки. Приступы чаще наступают после бега, игры в футбол, баскетбол, подъема тяжестей. Диагностируется провокационной пробой с физической нагрузкой.

«Аспириновая» астма. Индукторами БА являются аспирин, анальгин, ибупрофен и другие нестероидные противовоспалительные средства. Первые симптомы заболевания появляются в 20—30 лет. Вначале возникает ринит, затем — полипозные разрастания слизистой носа, а впоследствии — непереносимость аспирина (приступ удушья).

Больные «аспириновой астмой» могут реагировать также на салицилаты, содержащиеся в пищевых продуктах (огурцы, томаты, клубника, малина), на ряд витаминов, р-адреноблокаторы, пищевые продукты желтого цвета (содовая вода, мороженное, конфеты и др.).

Диагноз аспириновой БА устанавливается на основании триады признаков: наличие астмы, полипозная риносинусопатия и непереносимость аспирина в анамнезе [1].

1.7. Лечение бронхиальной астмы

Проводят мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм больного аллергенов (например, исключение контакта больного с определенными растениями в период их цветения, применение диет при пищевой аллергии, рациональное трудоустройство при профессиональной аллергии и др.). При выявлении реакции больного на

определенные аллергены проводят специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген.

Для купирования приступов удушья в настоящее время широко применяют аэрозоли селективных адреномиметиков. Они оказывают быстрое бронхорасширяющее действие: тербуталин, сальбутамол, фенотерол (беротек) и др. Доза препарата подбирается индивидуально и составляет чаще всего 2 вдоха дозированного аэрозоля. Для лечения используют также аэрозоли м-холинолитиков (ипратропиум бромид, или атровент, беродуал). Большой популярностью среди больных пользуются ксантиновые производные. Для купирования приступа бронхоспазма часто применяют медленное внутривенное введение 10-15 мл 2,4% раствора эуфиллина. Для предупреждения приступов удушья назначают пероральный прием пролонгированных препаратов этой группы (например, таблетки «Теопэк» по 0,3 г 2 раза в день).

В качестве симптоматического лечения для улучшения отхождения мокроты назначают отхаркивающие и муколитические препараты (отвар термопсиса, корня алтея, мукалтин, бромгексин и др.).

Если ухудшение течения бронхиальной астмы сопровождается обострением сопутствующих заболеваний (хронического бронхита, хронической пневмонии), назначают антибактериальные средства - эритромицин по 0,25 г. 4 раза в день, гентамицин по 40 мг 2 раза в день внутримышечно и др [3].

При прогрессирующем течении бронхиальной астмы с тяжелыми приступами удушья, когда использование препаратов оказывается безуспешным, назначают глюкокортикостероиды. В них нуждается примерно 20% больных бронхиальной астмой. Обычно применяют 15 - 20 мг преднизолона в сутки (в утренние часы).

Хороший эффект оказывает также ингаляционный способ применения гормональных препаратов (например, бекотида). Он дает меньше побочных эффектов.

При лечении астматического состояния применяют оксигенотерапию, внутривенное введение эуфиллина, высоких доз глюкокортикостероидов (60 - 90 мг преднизолона каждые 3-4 ч).

При возникновении синдрома «немного легкого» больных переводят на искусственную вентиляцию легких.

Проводят мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм больного аллергенов (например, исключение контакта больного с определенными растениями в период их цветения, применение диет при пищевой аллергии, рациональное трудоустройство при профессиональной аллергии и др.). При выявлении реакции больного на определенные аллергены проводят специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген. Физиотерапия в периоде обострения бронхиальной астмы [20].

В периоде обострения бронхиальной астмы используются следующие процедуры.

Аэрозольтерапия. При лечении бронхиальной астмы применяют аэрозоли среднedisперсные (5-25 мкм) и высокодисперсные (1-5 мкм). Первые оседают в бронхах, вторые - в альвеолах. Для увеличения глубины инспирации и увеличения количества осажденных аэрозольных частиц применяют подзарядку аэрозольных частиц униполярным электрическим зарядом с помощью электроаэрозольных аппаратов. Лекарственные электроаэрозоли чаще всего имеют отрицательный заряд. Отрицательно заряженные аэрозоли не угнетают функцию мерцательного эпителия бронхов, повышают газообмен в альвеолярно-капиллярных зонах, способствуют снижению гипоксии.

Наиболее эффективны аэрозоли, генерируемые с помощью ультразвука, а также электроаэрозоли.

Массаж грудной клетки.

Лечебный массаж широко используется как для купирования приступов удушья (точечный массаж), так и для лечения в межприступном периоде и в периоде обострения. Более эффективен комплексный массаж.

Курс комплексного массажа составляет 10-12 дней.

Основным вспомогательным методом лечения БА, является дыхательная гимнастика, целью которой является облегчение не только течения болезни, но и профилактика предупреждения осложнений. Занятия дыхательной гимнастикой следует проводить постоянно. Упражнения делают в хорошо проветриваемом помещении, а в теплое время года - на свежем воздухе. [11].

1.8. Профилактика бронхиальной астмы

Профилактика бронхиальной астмы включает в себя устранение из окружающей среды больного возможных аллергенов, борьбу с профессиональными вредностями, курением, тщательную санацию очагов хронической инфекции (особенно в носоглотке). Выделяют два метода профилактики - предупреждение развития аллергии и профилактика хронических инфекций дыхательных путей. Профилактика астмы проводится в несколько этапов. В связи с этим различаем первичную, вторичную и третичную профилактику бронхиальной астмы.

Первичная профилактика:

Основное направление первичной профилактики бронхиальной астмы заключается в предупреждении развития аллергии и хронических болезней дыхательных путей (например, хронический бронхит). Наиболее распространенной причиной бронхиальной астмы являются хронические заболевания дыхательных путей (такие как хронический бронхит) и длительный контакт с раздражающими веществами (табачный дым, химические вещества на месте работы). Ввиду этого методы профилактики

бронхиальной астмы у взрослых сводятся к устранению раздражающих факторов и лечению хронических болезней дыхательных органов.

Вторичная профилактика:

Вторичная профилактика бронхиальной астмы включает меры по профилактике болезни у сенсibilизированных лиц или у пациентов на начальной стадии, но еще не болеющих астмой. Категория пациентов для проведения вторичной профилактики астмы подбирается по следующим критериям:

- лица, родственники которых уже болеют бронхиальной астмой;
- наличие различных аллергических болезней (пищевая аллергия, атопический дерматит, аллергический ринит, экзема и пр.);
- сенсibilизация, доказанная при помощи иммунологических методов исследования.

В целях вторичной профилактики бронхиальной астмы у этой группы лиц проводится профилактическое лечение противоаллергическими препаратами. Также могут быть использованы методы по десенсibilизации.

Третичная профилактика:

Третичная профилактика астмы применяется для уменьшения тяжести течения и предупреждения обострений болезни у пациентов, которые уже болеют бронхиальной астмой. Основной метод профилактики астмы на этом этапе заключается в исключении контакта пациента с аллергеном, вызывающим приступ астмы.

Правильно спланированные и выполненные меры по профилактике бронхиальной астмы являются эффективным средством предотвращения и лечения этой болезни. Современная медицинская практика показывают, что правильное проведение мер профилактики астмы зачастую достаточно для излечения болезни либо для значительного уменьшения потребности больного в противоастматических лекарствах [22].

Вывод по первой главе

Бронхиальная астма - это заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья. При бронхиальной астме бронхи воспалены, вследствие аллергического, инфекционного или нейрогенного воздействия.

В качестве этиологических факторов рассматриваются внутренние и внешние факторы. Семейный анамнез свидетельствует о том, что кровные родственники больных бронхиальной астмой больны различными аллергическими заболеваниями, в том числе и бронхиальной астмой.

В патогенезе бронхиальной астмы различают 3 фазы:

- иммунологическая;
- патохимическая;
- патофизиологическая.

Бронхиальная астма классифицируется в зависимости от происхождения, тяжести заболевания, выделяются также особые формы бронхиальной астмы.

В центре клинической картины бронхиальной астмы - приступ удушья.

Основным вспомогательным методом лечения БА, является дыхательная гимнастика, целью которой является облегчение не только течения болезни, но и профилактика предупреждения осложнений.

Правильно спланированные и выполненные меры по профилактике бронхиальной астмы являются эффективным средством предотвращения и лечения этой болезни. Современная медицинская практика показывают, что правильное проведение мер профилактики астмы зачастую достаточно для излечения болезни либо для значительного уменьшения потребности больного в противоастматических лекарствах.

ГЛАВА II. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

2.1. Медицинская сестра в лечении и профилактике больных при бронхиальной астме

Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам.

Цель этого метода - Цель ухода способствовать наступлению ремиссии, не допустить развитие осложнений. Подготовка больного к инструментальным и дополнительным методам исследования, подготовка больного к лабораторным методам исследования, чёткое выполнение назначений врача, беседа с пациентом о его заболевании, беседы с родственниками пациента о его заболевании, беседы о диете, подготовка пациента для консультации специалистов.

Особенности сестринского процесса при бронхиальной астме. Провести объективные и субъективные методы исследования, опрос родственников пациента о заболевании, опрос самого пациента – это поможет медицинской сестре выявить проблемы пациента, выявить нарушенные потребности. Сформировать план ухода. [14].

Возможные проблемы пациента:

- спазм гладких мышц;
- отёк слизистой и повышенное выделение слизи;
- снижение уровня кислорода в крови, кислородное голодание;
- угнетение состояния организма из-за нехватки кислорода и углекислого газа;
- нарушение аппетита;
- нарушение сна;
- нежелание принимать препараты;

- беспокойство, чувство тревоги, страх перед приступом;
- нарушение ряда процессов, необходимых для жизнедеятельности клеток организма;
- дефицит самоухода;
- ограничение общения, вызванная вынужденным длительным пребыванием дома или госпитализацией;
- беспокойство в выборе профессии;
- присоединение осложнений. [19, с. 89].

Особенности наблюдения и ухода:

В диагностике БА важную роль играет - тщательно собранный анамнез:

Что предшествует приступу удушья:

- контакт с неинфекционными аллергенами: пылевыми, бытовыми, производственными, пищевыми, лекарственными и др. у больных с atopическим вариантом БА.
- воспалительные заболевания органов дыхания инфекционной природы у больных с инфекционно - зависимым вариантом.
- при гормональной зависимости ухудшение состояния при уменьшении дозы гормонов.
- при дисгормональном варианте - ухудшение состояния в связи с менструальным циклом.
- нервно - психический стресс, различные неприятности в семье, на работе в случае нервно - психического варианта.
- физическая нагрузка, дыхание холодным воздухом, вдыхание различных запахов.
- приём аспирина или других НПВП.
- Отягощённая наследственность: наличие БА и аллергических заболеваний у кровных родственников.

При осмотре медицинская сестра обращает внимание на положение пациента (сидя, упираясь руками в край кровати, стула), на характер одышки

(экспираторная), наличие дистанционных разнотембровых хрипов, цвет кожи лица, губ (цианоз, бледность), выражение страха на лице.

При объективном обследовании оцениваются характер пульса (тахикардия, недостаточное наполнение и напряжение), измеряется АД (снижено).

Ухаживая за больным с бронхиальной астмой, необходимо:

- рекомендовать больному бросить курить;
- рекомендовать больному больше читать о своем заболевании;
- следить за своевременным приемом больным назначенных врачом препаратов;
- научить больного пользоваться ингалятором и буферной насадкой (в 35% случаев причина неэффективного лечения - неправильное пользование ингалятором);
- побуждать больного к занятиям дыхательной гимнастикой и физическими упражнениями;
- напоминать о необходимости носить с собой карманный ингалятор и следить за тем, чтобы он был полным;
- начинать как можно раньше активное лечение приступа заболевания, не дожидаясь развития тяжелого приступа;
- во время приступа оставайтесь с больным и старайтесь его успокоить и приободрить;
- старайтесь отвлечь его внимание от ингалятора. Помните, что больной с удушьем склонен применять ингаляции гораздо чаще, чем положено. Это может привести к передозировке препарата, что приведет к усилению удушья и снижению реакции пациента на другие препараты. [13].

2.2 План сестринских вмешательств при бронхиальной астме

Приоритетная проблема: экспираторная одышка.

Цель:

краткосрочная: пациент отметит уменьшение одышки к концу 3 суток.

долгосрочная: пациент будет знать причины появления одышки и меры ее предупреждения к моменту выписки.

План:

Сестринские вмешательства	Обоснование
1. Успокоить пациента, рассказать о преходящем характере одышки.	Помочь преодолеть психологические проблемы связанные с состоянием
2. При возможности - исключить воздействие аллергенов.	Для предупреждения прогрессирования приступа удушья
3. Обеспечить соблюдение лечебно-охранительного режима.	Для улучшения состояния
4. Объяснить необходимость приема удобного положения - сидя с упором на руки	Для облегчения дыхания.
5. Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха, при необходимости - провести оксигенотерапию.	Для улучшения дыхания и газообмена в легких
6. Обеспечить теплым питьем	Для разжижения мокроты и лучшего ее отхождения.
7. Обеспечить прием лекарственных препаратов по назначению врача: ингаляции беродуала, в2-агонистов длительного действия, ГКС.	Для оказания квалифицированной помощи.
8. Объяснить необходимость ограничения физических нагрузок.	Для профилактики развития осложнений
9. Контролировать внешний вид и состояние пациента: ЧДД, пульс, АД .	Для контроля эффективности оказываемой помощи и своевременного выявления

	осложнений.
10. При удовлетворительном состоянии рассказать пациенту о причинах появления одышки и мерах ее предупреждения: - ДН, - соблюдения гипоаллергенной диеты, - соблюдения режима труда и отдыха, - постоянного приема ЛС, - при усилении одышки - пользоваться ДАИ (сальбутамол, беродуал)	Для профилактики развития осложнен

Реализация:

- зависимые вмешательства: 7
- независимые: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10.

Вывод по второй главе

В данной ситуации приоритетным становится лечение больных БА в амбулаторных условиях с диспансерным их ведением и использованием дневных стационаров для лечения обострений. Медицинская сестра активно участвует в процессе. Она контролирует выполнение назначенного лечения пациентами, ведет разъяснительную работу, убеждая их проходить необходимые курсы лечения, проводит санитарное просвещение.

Особенности сестринского процесса при бронхиальной астме. Провести объективные и субъективные методы исследования, опрос родственников пациента о заболевании, опрос самого пациента – это поможет медицинской сестре выявить проблемы пациента, выявить нарушенные потребности. Сформировать план ухода.

Таким образом, роль медицинской сестры в уходе за больными при бронхиальной астме очень велика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многочисленные связи соединяют человека с окружающей природой. По своей направленности и содержанию эпидемиологический анамнез приобретает не только клиническое, но одновременно и профилактическое значение. Продуманный и умело собранный, достоверный и своевременный анамнез не только облегчает распознавание болезни, но и становится своего рода контролем за состоянием окружающей обстановки, сигналом ее неблагополучия. Оздоровление окружающей среды - важнейшая государственная задача, одно из решающих условий для дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости

За последние годы в большинстве развитых стран отмечается рост распространённости и смертности, связанных с бронхиальной астмой (БА), несмотря на неуклонное увеличение числа аллергологов, пульмонологов, значительное увеличение числа выпускаемых разнообразных противоастматических и диагностических средств. Всё это явно свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы помощи.

В данной ситуации приоритетным становится лечение больных БА в амбулаторных условиях с диспансерным их ведением и использованием дневных стационаров для лечения обострений. При этом большая роль в лечении и эффективном диспансерном наблюдении отводится участковым терапевтам. Поэтому столь актуальна проблема обучения этих врачей, в том числе и на данном цикле (поликлиническое обучение). Узким же специалистам отведена роль консультантов и лечение наиболее тяжёлых больных. Медицинская сестра активно участвует в процессе. Она контролирует выполнение назначенного лечения пациентами, ведет разъяснительную работу, убеждая их проходить необходимые курсы лечения, проводит санитарное просвещение.

Осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценить способность к самоуходу. Но пациенты с одинаковыми диагнозами имеют различные приоритетные проблемы, что продемонстрировано в практических наблюдениях, поэтому каждый из них нуждается в индивидуальном подходе.

При бронхиальной астме у пациентов нередко возникают неотложные состояния, поэтому медсестра в данной ситуации должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. В этом и заключается особенность сестринского процесса при БА.

Бронхиальная астма - заболевание хроническое, требующее постоянного мониторинга и коррекции терапии, пациент должен многое знать и уметь сам.

С момента установления диагноза медсестре необходимо дать больному подробную информацию о сути заболевания, причинах обострения, механизмах действия основных лекарственных препаратов, побочных эффектах, правилах пользования различными средствами доставки лекарственных препаратов (ДАИ, мультидиск, спинхалер, турбухалер и т.д.), методах самоконтроля (ПФМ), чтобы предотвращать развитие обострений.

Работа над курсовой помогла мне закрепить теоретические знания и применить практические умения и навыки при осуществлении сестринского процесса. Работая над ней, я получил бесценный опыт для работы по своей профессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болотовский, Г.В. Бронхиальная астма: заболевание которое в настоящее время считается неизлечимым / Г.В. Болотовский., Ф. А Брокгауза. - М.: Медицина, 2018. - 345с.
2. Боголюбов, В.М. Внутренние болезни. Учебная литература для учащихся медицинских училищ / В.М. Боголюбов. - М.: Медицина. М.: Изд- во: Эксмо, 2019. - 123с.
3. Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа - М.; 2019.
4. Вебер, В.Р., Чуваков Г.И., Лапотников В.А., Основы сестринского дела: учебное пособие / В.Р. Вебер, Г.И. Чуваков, В.А. Лапотников. - М.: Медицина, 2017. - 496с.
5. Воробьева, Н.С. Справочник врача общей практики. В 2-х томах. Учебное пособие/ Н.С. Воробьева – М.: Изд-во: Эксмо, 2018. - 960с.
6. Галкин, В.А. Внутренние болезни / В.А. Галкин. -3-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицина, 2019. - 400с.
7. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы Под ред. Чучалина А.Г. - М.: Издательский холдинг "Атмосфера", 2020. - 108 с., ил.
8. Давлицарова, К. Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие / К. Е. Давлицарова. - М.: Форум: Инфа – М, 2017. - 386с.
9. Давиденкова, Е.Ф., Либерман И.С. Генетика бронхиальной астмы / Е.Ф. Давиденкова, И.С. Либерман. – Л.: Медицина, 2018. – 156 с.
10. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура. / В. А. Епифанов. - М.: Гэотар-Мед, 2017. - 120с.
11. Иванов, С.М. Лечебная гимнастика для детей, больных бронхиальной астмой / С. М. Иванов - М.: Медицина, 2018.- 134.

12. Князев, Ю.А., Никберг. И.И. Бронхиальная астма/ Ю.А. Князев, И.И. Никберг. - М.: медицина, 2019. - 237с.
13. Мухина, С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» / С.А. Мухина, И.И Тарновская. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2019. - 512 с.
14. Медицинская сестра. Научно - практический и публицистический журнал - Издательский дом «Русский врач» - №5 2019. -78с.
15. Медсестра - Научно-практический журнал - Медиздат - №2 - 2018. - 127с.
16. Мокина, Н.А. Немедикаментозная терапия бронхиальной астмы у детей. Современное состояние проблемы. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. / Н.А. Мокина. №3, 2019. - 89с.
17. Ненашева Н.М. Бронхиальная астма: Карманное руководство для практических врачей. - М.: Издательский холдинг "Атмосфера", 2019. - 96 с.
18. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии. Э.В. Смолева. – Ростов н/Д: Феникс, 2017. – 112 с.
19. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э.В.Смолева; под ред. К.м.н. Б.В.Кабарухина. - Изд. 5-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2018. - 473 с.
20. Смолева, Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи: Учебное пособие/ Э.В. Смолева, Ростов-н /Д: «Феникс». Серия «Медицина для вас», 2019 – 544с
21. Сестринское дело в терапии - ООО «Медицинское информационное агенство», 2018. - 549с.
22. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни: Учебное пособие / Н.И. Федюкович, Ростов н/Д: «Феникс», 2018. – 576с.
23. Цой А.Н., Архипов В.В. Комбинированная терапия бронхиальной астмы: перспективы гибкого дозирования препарата / Consilium-Medicum, Том 06, № 10, 2018.

24. Чучалин, А.Г. Бронхиальная астма. – А.Г. Чучалин - М. Медицина, 2019-89с.
25. Шапкин, В.Е., Заздравнов А.А., Бобро Л.Н. - Справочник по терапии с основами реабилитации / В.Е. Шапкин, А.А. Заздравнов, Л.Н. Бобро. - М.: - Феникс, 2017 - 275с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1.

Виды элиминационной терапии

Бытовая аллергия	· Удалить мягкую мебель и ковры. · Заменить перины и подушки на ватные или синтепоновые. · использовать специальные гипоаллергенные покрытия, непроницаемые для клещей. · Хранить книги в застекленных шкафах и регулярно их чистить. · Выбирать для спален помещения, подвергающегося солнечной инсоляции. · Поддерживать температуру в помещениях не выше 21-23°C, относительной влажности воздуха менее - 50%.
Эпидермальная аллергия	· Удалить из квартиры домашних животных, вызывающих сенсibilизацию. · Заменить постельные принадлежности · Запретить носить одежду из шерсти и меха животных (меховые пальто, шарфы, шапки и др).
Пыльцевая аллергия	Предусматриваются частичная и полная эллиминации пыльцевых аллергенов Полная: · Выезд больных в другую местность, где нет растений, пыльца которых вызывает развитие заболевания. · Пребывание пациентов в специальных безаллергенных палатах, воздух в которых полностью очищается от пыльцы с помощью фильтров Петрянова. Частичная: · Запрещается выезд больных за город в период палинации растений и прогулки в сухую ветреную погоду. · Окна и форточки в квартире закрывать плотной тканью, не пропускающей пыльцу в жилище. · При возвращении домой с улицы нужно переодеваться для

	предупреждения попадания аллергенов в квартиры. · В периоды, когда концентрация пыльцы в воздухе особенно высока, больным рекомендуется не выходить на улицу. · В случае перекрестной пищевой аллергии пациенты должны соблюдать диету и избегать приема фитопрепаратов.
Грибковая аллергия	· Необходимо тщательно следить за тем, чтобы в помещении, где живет больной, поддерживалась низкая влажность и не было плесени. Это достигается тщательной уборкой жилищ, при необходимости стены покрывают кафелем. · Запрещается посещать старые помещения, где возможно массивное скопление грибов (овощехранилищ, подвалов, зерновых складов, сеновалов и др.) · Уделить внимание своевременному выявлению и лечению у больных грибковых заболеваний кожи и ногтей. · Запрещается употребление дрожжесодержащих продуктов (сдобного теста, пирожных, пива, кваса, сыра, сухих вин и т.д.) · Нельзя назначать антибиотики из группы пенициллина.
Пищевая аллергия	· При отсутствии четких указаний на непереносимость конкретного пищевого продукта больному назначается неспецифическая гипоаллергенная диета с исключением "облигатных" аллергенов: цитрусовых, рыбы, яиц, шоколада, орехов, клубники, земляники, красных сортов яблок и помидоров и др. · Если выявлены определенные аллергены, то из рациона больного исключаются все пищевые продукты, в которые они входят.
Лекарственная аллергия	· Запрещается использование как самого лекарственного средства, так и комбинированных препаратов, в состав которых он входит. · запрещается использование препаратов, имеющих общие антигенные детерминанты с непереносимыми средствами.