

План занятий

ПЛАН ЗАНЯТИЙ

№№ пп	Тема занятий	Ответственный за исполнение
1	2	3
1	<p>А. Цели и задачи школы. Знакомство с планом занятий. Понятие об анатомии и физиологии органов дыхания. Условия для нормальной работы бронхиального дерева. Понятие о бронхиальной астме. Распространенность астмы. Социальная значимость проблемы.</p>	Руководитель школы
	<p>В. Вводное анкетирование. Определение жизненной емкости легких, индивидуальной способности к задержке дыхания. Показ видеофильма о здоровом образе жизни.</p>	
2	<p>А. Факторы внешней среды, провоцирующие развитие астмы. Понятие об аллергии, аллергене. Типы аллергических реакций. Понятие о контрольной системе трех цветовых зон.</p>	Руководитель школы
	<p>В. Знакомство с пикфлоуметром. Определение пиковой скорости выдоха (ПСВ). Правила пользования пикфлоуметром. ПСВ в покое и после физической нагрузки. Знакомство с портативными ингаляторами и техникой использования ингаляторов.</p>	
3	<p>А. Профилактика бронхиальной астмы – рациональное питание. Влияние питания на здоровье. Типы ожирения. Правила здорового питания. Этапы оздоровления, привычки питания.</p>	Руководитель школы Терапевт
	<p>В. Расчет ИМТ (индекса массы тела). Оптимальный подбор суточного рациона питания. Пищевая пирамида. Калорийность основных продуктов питания. 12 шагов к здоровому питанию. Опросник №№1,2</p>	
4	<p>А. Профилактика бронхиальной астмы – борьба с гиподинамией. Важность физически активного образа жизни. Определение понятия. Модель физической активности. Особенность физической активности в различных контингентах. Тренирующий эффект физической активности.</p>	Руководитель школы Врач ЛФК
	<p>В. Разучивание комплекса общих и дыхательных упражнений. Разъяснение особенностей и показаний к занятиям дыхательной гимнастикой по Бутейко, Стрельниковой. Аппарат Фролова и техника пользования им.</p>	
5	<p>А. Профилактика бронхиальной астмы – не медикаментозные методы. Рациональная психотерапия. Создание у больного</p>	Руководитель

	адекватного отношения к болезни и лечению. Развитие устойчивости к стрессовым ситуациям. Формирование мотивации к оздоровлению.	школы Врач-психоневролог
	<i>В. Обучение основам аутотренинга. Рекомендации по нормализации режима дня, рациональному распределению свободного времени. Показ приемов самомассажа.</i>	
6	А. Профилактика бронхиальной астмы – отказ от вредных привычек. Распространенность курения. Влияние вредных привычек на здоровье и прогноз жизни. Законодательство по ограничению курения.	Руководитель школы Врач ОМК
	<i>В. Способы преодоления табачной зависимости. Демонстрация видеofilьма "Черный ворон". Итоговое анкетирование.</i>	

Занятие первое

Бронхиальная астма относится к числу заболеваний, которые имеют тенденцию к распространению, особенно среди детей. В нашей стране – заболеваемость увеличилась в несколько раз и занимает 3 – 4 место. Бронхиальная астма – аллергическое заболевание. Симптомы – приступообразный кашель, свистящее, затрудненное дыхание, стеснение в груди, приступ удушья. Это хроническое заболевание дыхательных путей, при котором развивается:

1. Спазм глазной мускулатуры бронхов
2. Отек слизистого слоя бронхов
3. Выработка повышенного количества густой, вязкой слизи

Все эти изменения приводят к тому, что просвет бронхов сужается, и воздух не достигает альвеол. Поэтому больной чувствует затрудненное дыхание или удушье (если просвет сужен значительно). Обычно мы не замечаем, как дышим. При приступе астмы создается препятствие прохождению воздушного потока. Это результат сужения просвета бронхов, который сопровождается свистами, хрипами, писком в груди. Из-за того, что мокрота становится вязкой и трудноотделимой, а также из-за возникшего спазма и отека бронхов, мокрота плохо откашливается. Это состояние называется приступом бронхиальной астмы.

Как устроены дыхательные пути

Воздух, который мы вдыхаем, сначала проходит в легкие через трахею – широкую трубку, начинающуюся сразу за голосовыми связками. От трахеи отходят два главных бронха – в левое и правое легкое. Главные бронхи затем разветвляются, как ветви на дереве, а диаметр их просвета становится все меньше по мере ветвления. Бронхи с наименьшим диаметром просвета оканчиваются гроздьями мешочков – альвеолами, густо оплетенными сетью кровеносных сосудов. Достигнув альвеол, воздух отдает в кровь кислород обогащается углекислым газом и выходит из легких и бронхов при выходе.

Строение бронхов:

Внутренний слой – слизистый. Выстлан клетками ресничного эпителия (на поверхности этих клеток имеются реснички, которые способствуют удалению из бронхов инородных частиц). Здесь есть клетки, вырабатывающие слизь. Когда человек откашливает, мокроту – он откашливает слизь, которая образовалась в бронхах. Под слизистым слоем – мышечный. При определенных условиях мышечные волокна могут сокращаться, и тогда просвет бронхов сужается. Возникает спазм.

При этом заболевании развивается повышенная чувствительность к различным факторам. И это патологическое состояние защитная реакция на проникновение в организм инородных частиц. Густая слизь защищает клетки от повреждения, бронхоспазм и отек затрудняют проникновение патогенных агентов в альвеолы. У больного бронхиальной астмой – защитная реакция развивается при падении тех частиц, которыми мы дышим в обычных условиях каждый день. Со временем начинает прогрессировать воспалительный процесс. Симптомы заболевания возникают чаще, протекает тяжелее и практически не поддается лечению бронхорасширяющими препаратами. Виновниками являются клетки – эозинофилы и другие, которые находятся в стенке бронхов. Все они выделяют вещества, приводящие к развитию воспалительной реакции. Поэтому основным методом лечения астмы является воздействие на воспаление, борьба с ним, а не только расширение бронхов.

Астма – имеет генетическую обусловленность, наследственную предрасположенность. Влиять на наследственность – невозможно. Поэтому полного выздоровления достичь невозможно. Всегда будет сохраняться готовность к развитию болезненности реакции бронхов. Но контролировать свое самочувствие не допускать возникновения обострения бороться с воспалением – можно. Если болезнь лечить правильно, грамотно проводить профилактические мероприятия, то проявления заболевания могут отсутствовать и никак не отражаться на самочувствии пациента и его образе жизни.

Лекарственные препараты принимаются постоянно. Чем раньше начато лечение, тем оно безопаснее и эффективнее. Бронхиальная астма – хроническое заболевание, характеризующееся периодическим сужением бронхов. Самый главный признак – удушье на выходе.

Группы риска

1. Детский юношеский возраст
2. Часто болеющие ОРВИ (в 18 раз чаще заболевают)
3. Хронический бронхит, хронический насморк, полипы носа
4. Работающие во вредных условиях (пыль растительная, животная) с антибиотиками, пластмассой, стиральным порошком
5. Страдающие диатезом, поллинозом
6. Наследственная предрасположенность заболевания

Бронхиальная астма имеет большое социальное значение

- 1. Растет заболеваемость**
- 2. Связь заболеваемости с экологией, нервными стрессами**
- 3. Большой % нетрудоспособности лиц молодого возраста**
- 4. Бронхиальная астма является противопоказанием на службе в армии, при оформлении на работу с произвольными факторами (пыль, соли металлов, сера и т. д.)**
- 5. Летальность. В связи с неправильным лечением, недостатком информации для населения.**

Занятие второе

Факторы внешней среды, провоцирующие развитие астмы. Понятие об аллергии, аллергены. Типы аллергических реакций. Понятие о контрольной системе трех цветовых зон. Знакомство с пикфлоуметром. Определение пиковой скорости выхода (ПСВ). Правила пользования ПСВ в покое и после физической нагрузки. Портативный ингалятор, техника использования.

Бронхиальная астма – одно из древнейших заболеваний человека, является серьезной проблемой здравоохранения во всех странах мира. От 5 – 10 % населения различных стран страдают астмой разной степени выраженности. В настоящее время в мире насчитывается более 100 млн. больных бронхиальной астмой. В детской популяции распространенность заболевания неуклонно возрастает. Рост заболеваемости астмой связан с ухудшением экологии и возрастанием эндогенной предрасположенности к этому заболеванию. Социальная и медицинская значимость астмы определяется ее местом в общей патологии человека. Она сопоставима с такими заболеваниями, как сахарный диабет, тиреотоксикоз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Бронхиальная астма составляет 1,4 % всех госпитализаций, 1,5 % от общего числа инвалидов по всем причинам и сокращает среднюю продолжительность жизни больных мужчин на 6,6 года и женщин 13,5 лет.

Причины бронхиальной астмы точно не известны. Вместе с тем выявлены различные факторы риска, имеющие отношения к развитию этого заболевания. К ним относятся предрасполагающие (эндогенные) факторы, которые обуславливают склонность индивидуума к болезни. Они включают атопно – наследственно детерминированную гиперпродукцию иммуноглобулинов Е при воздействии аллергенов, а также, возможно генетические дефекты, нарушающие регуляцию воспалительного ответа. Считается, что атопия и астма наследуются независимо друг от друга. Вместе с тем риск возникновения Б.А. у потомков значительно выше, когда семейный анамнез астмы дополняется атопическим.

Большую роль в возникновении бронхиальной астмы играют так называемые "причинные" (экзогенные специфические) факторы – "индукторы", вызывающий воспалительный процесс в дыхательных путях. К ним относятся вдыхательные аллергены, такие, как продукты жизнедеятельности клещей, тараканий аллерген, домашняя пыль, пыльца растений, шерсть и перхоть животных, а так же их экскременты, грибковые аллергены и др. Бронхиальную астму могут вызвать медикаменты (например: аспирин и др. нестероидные противовоспалительные препараты) и профессиональные

сенситизаторы. Профессиональные сенситизаторы обычно классифицируют по высокому или низкому молекулярному весу. Вещества с высоким молекулярным весом вызывают бронхиальную астму тем же механизмом, что и аллергены. Механизм действия сенситизаторов с низким весом остается в большей степени неизвестным. В особую группу выделяются "усугубляющие" (способствующие) факторы увеличивающие вероятность развития астмы при воздействии индукторов: низкий вес при рождении, респираторные вирусные инфекции, аэрополлютанты (диоксид серы, озон, окислы азота, окись и диоксид углерода, эндотоксин), активное и пассивное курение. Факторы риска, которые обостряют течение бронхиальной астмы, усиливая процесс воспаления и/или, провоцируя возникновение острой обструкции дыхательных путей с помощью иммунологических механизмов, называют "триггерами" (спусковыми).

В сенситизированном организме роль триггеров могут играть указанные выше индукторы бронхиальной астмы, а также респираторные вирусные инфекции, пищевые продукты (в частности содержащие в них консерванты и красители) медикаменты, физическая нагрузка, гипервентиляция, метеорологические факторы загрязнения воздуха (табачный и древесный дым, домашние аэрозоли, полироли и масло, на котором готовят пищу, аэрополлютанты), повышенное эмоциональное напряжение, бета - блокаторы, желудочно-пищевой рефлекс, беременность, обострение ринита, синусита. В основе патогенеза бронхиальная астма у значительной части больных установлены реакции иммунной системы протекающей по I, III, IV типам. Аллергенами, вызывающими реакции I (анафилактического) типа с избыточным синтезом реактинов, относящихся к γ E γ g и формирующими атопический вариант бронхиальной астмы, являются пыльца растений, растительные и животные белки, лекарственные препараты, грибки и возможно бактерии. В патогенезе пылевой бронхиальной астмы определенное значение имеют иммунокомплексные реакции. Реактины фиксируются на поверхности тучных клеток по ходу респираторного тракта и после присоединения к ним очередной порции ингалированного аллергена секретируют биологически активные вещества (гистамин, серотонин, медленно реагирующее вещество анафилаксии и др), приводящие к обструкции бронхов и приступу бронхиальной астмы. В реакциях III типа (иммунокомплексных) могут участвовать экзогенные (микроорганизмы, пыль, ферменты, антибиотики и др. вещества) и эндогенные антигены.

Участие механизмов сенситизации IV типа в патогенезе бронхиальной астмы отмечено при аллергии к пыли, другим атопическим и инфекционным, прежде всего бактериальным аллергенам.

Лечение и профилактика бронхиальной астмы.

Лечение бронхиальной астмы преследует следующие цели:

- Установление контроля над проявлениями астмы;
- Предупреждение обострения заболевания;
- Поддержание дыхательной функции на уровне, максимально близкой к нормальному;
- Поддержание нормальной жизнедеятельности;
- Предотвращение развития необратимого компонента обструкции;
- Предотвращение побочных эффектов при лечении;
- Предотвращение летального исхода заболевания.

Для достижения этих целей используется комплекс мероприятий, включающий длительную медикаментозную терапию, динамическое врачебное наблюдение, обучение пациентов принципам самоконтроля в соответствии с конкретным планом лечения, а

также устранение контакта с этиологическими факторами бронхиальной астмы. Для достижения положительных результатов лечения, пациент должен обладать принципами самонаблюдения: вести дневник с ежедневной фиксацией астматических симптомов и их оценкой в баллах, контролировать функциональное состояние легких с помощью пикфлоуметра, определяя индекс суточной вариабельности. Помочь в этом может "система зон". Для облегчения ее использования и запоминания зоны адаптированы к цветам светофора.

Зеленая зона – означает благополучие в состоянии больного, астма находится под контролем, физическая активность и сон не нарушены, отличаются минимальные симптомы. Показатели ПСВ обычно в пределах 80 –100 % долинных или лучших индивидуальных значений индекс суточной вариабельности не превышает 20%. Объем медикаментозной терапии в этой зоне зависит от степени тяжести астмы. Если состояние больного соответствует зеленой зоне достаточно долго, следует подумать о возможности осторожности "шага вниз".

Желтая зона требует повышенного внимания. Отмечается постепенное (в течение нескольких дней) или более быстрое нарастание астматических симптомов. ПСВ 60-80% от должных или лучших индивидуальных значений, суточная вариабельность 20-30%. В этот период необходимо усиление лечебных мероприятий. Больные принимают лекарства в соответствии с планом, разработанным врачом (увеличение дозы генгалиционных бета 2 – агонистов, короткий курс ударной дозы пероральных кортикостероидов или удвоение дозы ингаляционных кортикостероидов). После нормализации состояния количество принимаемых лекарств постепенно уменьшается. При умеренном нарастании симптомов больные могут самостоятельно усиливать терапию, в более тяжелых случаях необходима консультация врача.

Красная зона - (сигнал тревоги) характеризуется значительной выраженностью симптомов астмы и их прогрессированием, ПСВ <60% от должных или лучших индивидуальных значений. В этой ситуации следует немедленно применить ингаляции бета 2 – агониста короткого действия. Если после этого ПСВ по-прежнему <60% необходимо немедленное вмешательство врача. Терапия в этот период проводится в соответствии с рекомендациями по лечению обострения астмы. Частые переходы в желтую и зеленую зоны, указывают на неадекватность лечения и/ или неблагоприятное воздействие внешней среды. После ликвидации обострения следует пересмотреть и отрегулировать лечение, указанное в зеленой зоне, правильность выполнения пациентом назначений врача, а также устранить воздействие неблагоприятных факторов внешней среды. Большая роль в диагностике бронхиальной астмы отводится в настоящее время исследованию функции внешнего дыхания (ВФД). Определение степени бронхиальной обструкции, ее обратимости и изменчивости считаются основными методами при постановке диагноза бронхиальной астмы. Измерение этих показателей позволяет осуществлять мониторинг и контроль за лечением заболевания. У пациентов старше 5 лет для оценки степени выраженности бронхиальной обструкции рекомендуется два метода: измерение ОФВ1 и определение ПОС. выд (объемная пиковая скорость выдоха) или пиковой скорости выдоха ПСВ. Эти показатели измеряют спирометром при помощи маневра форсированного выдоха. В настоящее время в диагностике бронхиальной астмы широкое распространение получила пикфлоуметрия – измерение ПОС выд с помощью портативного прибора пикфлоуметра. Показатель пикфлоуметрии обычно хорошо коррелирует с ОФВ1. Вместе с тем пикфлоуметр – это удобный простой в эксплуатации прибор, позволяющий осуществлять мониторинг астмы в клиниках и поликлиниках в случаях, когда спирометрия неприменима, а также в домашних и производственных условиях. Для диагностики и контроля лечения бронхиальной астмы с помощью пикфлоуметра измеряют *индекс суточной вариабельности*. Каждому больному бронхиальной астмой, показана ежедневная пикфлоуметрия. Измерения проводят не

менее 2х раз в день (утром и вечером). Результаты измерений заносятся в специальный график. Величина ПОС. выд и ее ежедневная вариабельность характеризуют тяжесть и стабильность течения заболевания. Вариабельность ПОС выд. может быть вычислена путем определения индекса суточной вариабельности по формуле:

ПОС. выд. макс. – ПОС. выд. мин. *100%

Суточный разброс показателей ПОС. выд. более чем на 20% является диагностическим признаком бронхиальной астмы, а величина отклонений прямо пропорциональна тяжести заболевания.

Большинство умеренно выраженных симптомов бронхиальной астмы быстро исчезают при ингаляции аэрозоля. Введения лекарственных препаратов через ингаляционное устройство обеспечивает его попадание непосредственно внутрь бронхиального дерева, благодаря чему клинический эффект наступает при назначении малых доз препарата ингаляции аэрозолей под давлением (с использованием дозированных ингаляторов – ДИ) являются эффективным методом назначения лекарственных средств при обструкции дыхательных путей средней и тяжелой степени выраженности. При использовании ДИ очень важно контролировать расход аэрозоля в ходе ингаляций и следить за его окончанием внутри баллончика. От пациента требуется, осуществление медленного вдоха с последующей задержкой дыхания на 10 сек. Больные (пожилые люди и дети), имеющие в анамнезе заболевание опорно-двигательного аппарата на практике испытывают значительные трудности с их применением: не могут синхронизировать свой вдох с введением аэрозоля. Для таких пациентов альтернативой являются дозированные ингаляторы, содержащие аэрозоль под давлением и синхронизирующие с вдохом пациента, и устройства для объемного распыления лекарственной смеси (спей серы). Доза ингалируемого препарата зависит от числа одномоментно произведенных ингаляций и их частоты.

Распыляемые (небулизируемые) растворы также используются для терапии бронхиальной астмы, как в клинических условиях, так и на дому. Небулизация проводится в течение 5 - 10 минут через распыляющее устройство нейбулайзер, рабочим газом в каждом случае кислород (в спец. условиях) и воздух – в домашних.

Занятие третье

1. Элиминационная терапия – это полное и постоянное прекращение контакта больного с причинно – значимым аллергеном, т.е. аллергеном или группой аллергенов, вызывающих приступ бронхиальной астмы.

Эта терапия проводится после выявления аллергена с помощью специальной аллергологической диагностики. Полное прекращение контакта с аллергеном на ранних этапах болезни, когда нет осложнений, может быть очень эффективным и часто приводит к выздоровлению.

При гиперчувствительности к шерсти домашних животных, профессиональным фактором необходимы изменения бытовых условий и рациональное трудоустройство. При гиперчувствительности к домашней пыли необходимо учесть следующее, основными аллергенами домашней пыли являются клещи или грибки. Оптимальные условия для роста клещей - относительная влажность воздуха 80% и температура 25оС. Число клещей возрастает в сезоны с повышенной влажностью. Эти же условия благоприятны и для развития грибков. Основное место скопления клещей – матрасы, мягкая мебель, ворсовые ткани, плюшевые игрушки, книги. Матрасы следует покрывать моющимся, непроницаемым пластиком и подвергать влажной уборке 1 раз в неделю. Рекомендуется убрать из квартиры ковры, плюшевые игрушки, ворсовые, шерстяные и валенные одеяла,

поместить книги на застекленные полки, регулярно менять постельное белье, мыть обои и проводить уборку с помощью пылесоса.

В больничных палатах содержание клещей составляет менее 2% их числа в квартирах, поэтому госпитализация больных улучшает их состояние. При пищевой бронхиальной астме необходимо устранение из пищи аллергена, вызывающего приступ бронхиальной астмы (элиминационная диета). В настоящее время предложены приборы и очистители воздуха. Приборы называются аэрометами. Очищению воздуха и значительному улучшению дыхания больного способствует аэропозитивация воздуха отрицательно заряженными ионами.

2 . Безаллергенные полоты применяются в Институте иммунологии (Москва) в лечении больных ингаляционной аллергией. Эти полоты, снабжены системой тонкой очистки воздуха от аэрозольных смесей (пыль, пыльца растений, туман и т.д). Воздух очищается от всех аллергогенных примесей и поступает в полоту. Кратность обмена в 5 раз в час. Для очищения воздуха используются полимерные тонковолокнистые фильтрующие материалы из перхлорвинила.

3 Изоляция больного от окружающих его аллергенов (перемена места жительства на постоянный или временный срок).

Разгрузочно-диетическая терапия – лечебное голодание.

Механизм лечебного действия РДТ:

- подавление аллергического воспаления в бронхах
- стимуляция глюкокортикоидной функции надпочечников
- дезинтоксикация
- улучшение бронхиальной проходимости
- подавление иммунопатологического компонента

Методика проведения РДТ предусматривает 3 периода: подготовительный, разгрузочный, восстановительный.

В подготовительном периоде устанавливаются показания к РДТ, проводятся клинко-лабораторные исследования больного и активное лечение воспалительного процесса в бронхопульмональной системе.

Разгрузочный период имеет основную задачу - переход к эндогенному на эндогенное питание. Этот период длится 2-3 недели. В данном периоде организм переходит на преимущественное использование жиров.

В первые дни голодания отмечается вялость, утомленность, головные боли. На 7-ой день состояние улучшается. На все время голодания прекращается прием медикаментов, в отдельных случаях допускается прием отхаркивающих, мочегонных. Категорически запрещается курение и алкоголь. Накануне первого дня голодания больной получает солевое слабительное, в дальнейшем делаются ежедневные очистительные клизмы. Питье жидкости не ограничивается, количество ее должно быть не меньше 1л в сутки, обычно это кипяченая вода комнатной температуры. Если артериальное давление снизилось до 85-50 мм рт ст. голодание следует прекратить. Приступы астмы исчезают или становятся менее тяжелыми к 7-ому дню голодания.

Восстановительный период. С первого дня отменяются клизмы. Первые 4-5 дней больные должны отдыхать. Питание наращивается, расширяются постепенно по дням. Мясо запрещается на все время восстановительного лечения.

Примерная диета восстановительного периода:

1 день

9, 12, 15, 18, 21 ч - крупяной суп 1:15 (гречневая перловая крупа) на сутки 1 литр

2 день - крупяной суп 1:10, на сутки 1 литр

3-4 день - каша-размазня (гречневая, рисовая, пшеничная) на сутки 1,025 кг и 5 г масла на 1 прием

5-6 день

9, 13, 17 ч - каша 200 гр на день, масло сливочное – 5 гр на 1 прием

21 ч - кефир 200 гр на 1 прием и хлеб серый – 100 гр на 1 прием, масло сливочное – 5 гр.

7-10 день

9, 13, 17 ч - каша 200 гр на день, масло сливочное – 5 гр на 1 прием

21 ч - картофельное пюре – 200 гр, кефир – 200 гр, хлеб серый – 200 гр, чай без сахара – 200 гр.

11-12 день

9 ч - каша с маслом (200 гр каши и 5 гр масла) сметана – 75 гр, 100 гр хлеба, 100 гр чая

13 ч – суп пюре овощной (картофель 100 гр, морковь 50 гр, каша с маслом 200 гр и 5 гр масла) хлеб 100 гр

17 ч – отварные овощи (картофель 100 гр, морковь 150 гр,) хлеб – 100 гр, чай 200 гр.

21 ч – 200 гр кефира, 100 гр хлеба.

13-14 день

9 ч – винегрет 300 гр, сметана 200 гр, чай 200 гр, сухари 100 гр.

13 ч – овощной суп с крупой (рис 20 гр, картофель 100 гр, зеленый горошек 30 гр, масло сливочное 5 гр) гренки 50 гр, каша 200 гр, компот 200 гр.

17 ч – картофельное пюре 200 гр, масло сливочное – 5 гр, кефир 200 гр хлеб 100 гр.

21 ч – кефир 200 гр, хлеб 100 гр

15-17 день

9 ч – каша 200 гр, масло сливочное 5 гр, сметана 150 гр, чай 200 гр, сухари 50 гр

13 ч – вегетарианский суп – 500 гр, гренки 50 гр, макароны с творогом (макароны 50 гр, творог 50 гр, молоко 50 гр, сахар 20 гр, крахмал 7 гр), кисель 200 гр, хлеб 100 гр

17 ч – винегрет 300 гр, хлеб 100 гр, компот из сухофруктов 200 гр

21 ч – молоко 200 гр, сухари 50 гр

18-21 день

9 ч – морковь тертая 150 гр, сметана 150 гр, хлеб 100 гр, чай без сахара 200 гр

13 ч – суп-пюре из зеленого горошка 500 гр, гренки 50 гр, гречневая каша 200 гр, кисель 200 гр, хлеб 100 гр

17 ч – винегрет 300 гр, кефир 200 гр, хлеб 100 гр

21 ч – молоко 200 гр, сухари 50 гр

Показания к РДТ при бронхиальной астме:

- бронхиальная астма всех степеней тяжести
- бронхиальная астма в сочетании с ожирением

Противопоказания к РДТ:

- активный туберкулез легких
- сахарный диабет
- истощение
- злокачественная опухоль
- беременность и лактация
- декомпенсация функции печени и почек
- гельминтозы
- психические заболевания

Влияние питания на здоровье

Для нормальной жизнедеятельности организма в ежедневном пищевом рационе необходимо около 600 питательных компонентов. Являясь единственным источником веществ, из которых строятся клетки организма человека, пища во многом определяет состояние его здоровья и продолжительность жизни.

Влияние питания является определяющим в обеспечении оптимального роста и развития человеческого организма, его трудоспособности, адаптации к воздействию различных агентов внешней среды. Фактор питания оказывает определяющее влияние на длительность жизни и активную деятельность человека. Сегодня вновь встала проблема крайне низкой обеспеченности населения большинством витаминов, микроэлементов, широко и повсеместно распространен дефицит У, Fe, Ca. Массовые обследования населения свидетельствуют о широком распространении гиповитаминозов – скрытой форме витаминной недостаточности. Наиболее часто встречается дефицит аскорбиновой кислоты и витамина гр. В.

Гиповитаминоз снижает умственную и физическую работоспособность, сопротивляемость простудным и инфекционным заболеваниям, усиливает отрицательное воздействие на организм вредных условий и окружающей среды. Особенно неблагоприятен недостаток витаминов в детском и юношеском возрасте, когда ухудшаются показатели физического развития: рост, физическая сила, выносливость, появляются нарушения обмена веществ и хронические заболевания. Немаловажную роль в функционировании организма играют макро – и микроэлементы. Минералы восполняют в организме три основные функции: обеспечивают "пластическим материалом" костные и соединительные ткани, участвуют в генерации и проведении нервных импульсов и наконец либо сами действуют как катализаторы, либо регулируют активность ферментов, включаются в процесс обмена веществ, т.е. происходят новые превращения, необходимые для поддержания структуры и функции организма.

Питание прямо и опосредованно оказывает существенное влияние не только на уровень липидов в крови, на толерантность к углеводам, но и на артериальное давление, массу тела.

- низкое соотношение в рационе питания жирных полиненасыщенных кислот к насыщенным и высокое содержание легкоусвояемых углеводов, насыщающих содержание триглицеридов в крови
- недостаточное поступление в организм растворимых пищевых волокон, обладающих гипохолестеринемическим эффектом
- дефицит антиоксидантных витаминов
- потребление высококалорийной пищи, приводящие к развитию избыточной массы тела и ожирению

Переедание ведет к ожирению. По некоторым данным, избыточным весом страдают 50% женщин, 30% мужчин, до 12% детей.

Установлена достоверная и прямая связь между ожирением и такими серьезными заболеваниями, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь сердца, инфаркт миокарда и рак. Оно создает благоприятную почву для их возникновения и развития. Ожирение относится к числу хронических заболеваний.

Ожирение – заболевание, характеризующиеся избытком жиров ткани в организме, приводящее к увеличению массы тела.

Различают:

1. экзогенно-конституциональное ожирение, вследствие несоответствия между поступлением и расходом энергии при наличии конституциональной предрасположенности
2. церебральное ожирение, связанное с заболеванием головного мозга (травма, опухоли)
3. эндокринное ожирение, возникающее при патологии эндокринной системы (заболевание гипофиза, надпочечников, щитовидной железы)

Выделяют:

I ст. – 20-29%

II ст. – 30-49%

III ст. – 50-99%

IV ст. – 100% и более

Идеальная масса тела: $\text{рост} - \text{вес}$

у мужчин = $\text{рост} - \text{вес} - 10\%$

у женщин = $\text{рост} - \text{вес} - 15\%$

Степень ожирения оценивается по индексу массы тела, вычисленному по формуле $\text{масса тела (кг)} / \text{Рост (м)}^2$

за норму принимается индекс массы, составляющий 20-24,9, при I ст. индекс составляет 25-29,9; при II ст. – 30-40; при III ст. – более 40.

При определении ожирения учитывается:

окружность груди и окружность талии;

окружность талии и окружность бедер.

Употребление большого объема пищи, богатой жирами и углеводами, особенно легкоусвояемыми, приводит к различного рода функциональным, и органическим нарушениям в организме.

Осложнения ожирения:

1. сахарный инсулинозависимый диабет
2. атеросклероз
3. гипертоническая болезнь
4. нарушение холестерина обмена
5. рост онкологических заболеваний

Правила здорового питания:

1. пить пресную хорошего качества сырую воду до 2,5 – 3 литра ежедневно
2. есть в основном естественные продукты: фрукты, орехи, овощи, зелень, семечки
3. необходимо сочетать вареную пищу с сырыми овощами, которых должно быть в три раза больше
4. тщательно разжевывать пищу
5. есть лишь в том случае, если голодны, лучше пропустить прием пищи, заменив ее водой
6. еженедельно 24-36 часов давайте отдых своим системам, перед голоданием обязательно очистите кишечник
7. не есть до полудня и заканчивать прием пищи в 18 часов: пусть завтрак будет поздним, а ужин ранним

Этапы оздоровления, привычки питания

- хорошее начало дня – обильный завтрак
- в полдень сделать перерыв, чтобы насладиться полноценным обедом
- ужин должен быть легким

В первую очередь выбирать: овощи и фрукты, сократить употребление жирного мяса, сыров и т.д, очень умеренно употреблять растительные жиры, алкоголь и легкие напитки. Регулярно применять физические нагрузки. Для удаления голода в течение дня и вечером принимать фрукты, йогурт и т.д. В малых количествах принимать или сократить вообще, чай, кофе, шоколад, экстрактивные мясные бульоны – все эти продукты способствуют образованию повышенного количества мочевой кислоты в организме и нарушают кислотно-щелочное равновесие. Дать себе достаточно времени, не торопиться проглатывать пищу. После еды оставляйте кое-что на тарелке. В среднем при избыточном весе суточная калорийность пищи не должна превышать 1000-1200 ккал. Питание является важным мероприятием в программе лечения ожирения.

Основные принципы питания при ожирении:

- назначение диеты с низкой энергетической ценностью
- ограничение употребления углеводов, особенно легко усваивающихся, являющихся основными поставщиком энергии и легко превращающихся в организме в жир
- ограничение количества жиров, при этом нужно учесть, что 50% общего количества жира должны составлять растительные жиры

- создание чувства сытости путем назначения малокалорийной, но значительной по объему пищи (сырые овощи, фрукты)
- многократное питание (до 5-6 раз в сутки) малыми порциями, исключение продуктов, возбуждающих аппетит (острые закуски, пряности)
- ограничение соли
- обязательное ежедневное употребление грубо волокнистой клетчатки
- использование разгрузочных дней

Оптимальный подбор суточного рациона питания

1 завтрак: мясо отварное, салат овощной на растительном масле – 150гр, кофе с молоком без сахара – 200гр.

2 завтрак: яблоки – 100гр.

Обед: борщ вегетарианский (7/2 порции) - 250гр, рыба отварная – 100гр, капуста, тушенная на растительном масле – 150гр.

Полдник: молоко – 180гр (1 стакан)

Ужин: рулет мясной, фаршированный омлетом, запеченный – 90гр.

На ночь: кефир – 180гр (1 стакан).

Содержание в диете белков – 68,8гр, жиров – 64гр, углеводов – 86,4гр.

Больные с ожирением должны обязательно ежедневно употреблять с пищей грубоволокнистую клетчатку, т.к она снижает аппетит, потребность в пище, способствует похуданию. Кроме диеты, необходимо 1-2 раза в неделю проводить разгрузочные дни. Различают следующие:

а) углеводные

б) жировые

в) белковые

г) комбинированные

Углеводные разгрузочные дни – к ним относятся яблочные, огуречные, компотные. Эти диеты содержат углеводы преимущественно в виде растительной клетчатки, достаточное количество микроэлементов, витаминов, мало белков. В этих диетах практически отсутствуют жиры. Противопоказания к углеводным разгрузочным дням: обострение хронического гастрита, язвенной болезни, хронического колита.

Жировые разгрузочные дни – чаще всего рекомендуют сметану или сливки, назначают на 5 приемов по 75-100 гр (сметану).

противопоказания: холецистит, гепатит, хронический колит, выраженный атеросклероз.

Белковые разгрузочные дни – используют кефир, творог, мясо, рыбу.

Комбинированные разгрузочные дни – предусматривает различные сочетания продуктов: рисово - яблочный день, творожено - простоквашные дни. Например: завтрак – 100гр сыра и 1 ст. кофе без сахара

обед – 2 яйца всмятку – 1ст. кофе без сахара

ужин – 200гр творога – 1 ст. чая без сахара

В настоящее время по-прежнему рекомендуется полное голодание, но отношение к нему более сдержанное. Полное голодание возможно лишь в специализированных стационарах в связи с развитием большого количества осложнений.

Рекомендуются короткие курсы голодания – 7 дневные и даже 2-3 дневные. Такой метод лечения является наиболее щадящим.

Занятие четвертое

Борьба с гиподинамией

В комплексной терапии больного бронхиальной астмой, направленной на урегулирование у него высшей нервной деятельности, - повышение нервно – психического тонуса, применение специфической терапии, воздействие на вегетативную нервную систему, большое место должно быть отведено применению лечебной физической культуры. Физические упражнения воздействуют через нервную систему больных, способствуют восстановлению нормальных регуляций дыхательного аппарата и снятию патологических кортико-висцеральных рефлексов, оказывают психотерапевтическое воздействие, способствуют поднятию нервного тонуса.

Как показывают спирографические и пневмотахометрические исследования, применение поначалу простых дыхательных упражнений и дыхательной гимнастики с произношением звуков рефлекторно уменьшает у больного спазм бронхов и бронхиол. Поступление в кровь во время выполнения физических упражнений большого количества адреналина и возникновение преобладания симпатической иннервации также будут способствовать уменьшению и ликвидации у больного склонности к спазму бронхов и бронхиол. При этом усиливается и трофическое влияние нервной системы, что продолжительно сказывается на восстановлении у больного нарушенного обмена веществ.

Все изложенное дает основание считать целесообразным применение при бронхиальной астме ЛФК как патогенетической терапии, которая в общем комплексе лечения, будет способствовать ослаблению, предупреждению и даже прекращению у отдельных больных приступов болезни.

Учитывая психотерапевтическое воздействие физических упражнений, необходимо обращать внимание на повышение эмоционального тонуса у больных (соответствующий подбор упражнений с элементами легких спортивных игр, обращать внимание больных на появившиеся положительные результаты в процессе занятий лечебной гимнастикой). К комплексу упражнений необходимо добавить ходьбу.

Тренировку в ходьбе следует начинать с одновременной выработкой у больного навыка управления своим дыханием. Такая тренировка должна проводиться ежедневно (если нет противопоказаний) и строится таким образом: с каждым днем должны проходить все более значительное расстояние с последовательным увеличением темпа движений и уменьшением числа остановок по мере адаптации организма больного к движению. Не следует допускать, чтобы больные производили форсированные вдох и выдох: необходимо приучить их делать вдох через нос, а выдох – более продолжительный через рот (использование носоглоточного рефлекса).

Рациональная дыхательная гимнастика

По К.П. Бутейко (волевая ликвидация глубокого дыхания)

Этот комплекс заключается в постепенном уменьшении глубины дыхания путем постоянного расслабления дыхательной мускулатуры, либо задержек дыхания до появления ощущения легкого недостатка воздуха. Тренировки производятся в условиях покоя и мышечной релаксации. Дышать следует только через нос.

Основные этапы методики:

- удобно сесть, расслабиться, сосредоточить внимание на дыхании;
- выполнить спокойный поверхностный вдох в течение 3 секунд (вдох от носа доходит только до ключиц);
- произвести спокойный сдержанный выдох в течение 3-4 секунд;
- задержать дыхание после выдоха (вначале на 3-4 сек, затем постепенно, по мере тренированности, длительность апное увеличивается). Задержка дыхания вызывает на короткое время гипоксемию и гиперкапию;
- выполнить спокойный неглубокий вдох и т.д.

Время максимальной задержки дыхания больной должен ежедневно записывать в дневнике, который врач контролирует при повторных приемах, вначале через неделю, после улучшения состояния – 1 раз в месяц и далее 1 раз в квартал. Длительность задержки дыхания больной определяет с помощью мысленного счета секунд. Тренировки дыхательных пауз проводятся следующим образом: в состоянии покоя с перерывами 5 минут нужно повторно задерживать дыхание после неглубокого вдоха, стремясь удлинить паузу. Число таких задержек в течение дня определяется по суммарному времени дыхательных пауз, которое должно за день составлять около 10 минут. При дыхательной паузе в 15 секунд число повторений должно быть около 40, а при задержке на выдохе в 20 сек – около 30.

При систематических тренировках и благоприятной динамике заболевания, паузы постепенно удлиняются; в течение 1-2 недель задержка дыхания на выдохе достигает 25-30сек, а через 1,5-2 месяца доходит до 45-60мин 4-5 раз в сутки. Терапевтический эффект наступает через 2-3 недели.

Противопоказания:

- астматический статус;
- НК, вызванная декомплексным хранением легочного сердца или другими причинами;
- психические заболевания или психопатия с негативным отношением к ВЛГД;
- инфаркт миокарда.

Дыхательная гимнастика по Стрельниковой

Эта гимнастика была разработана педагогом – вокалистом Александрой Николаевной Стрельниковой несколько десятилетий назад (так называемая "актерская" дыхательная гимнастика). Эта гимнастика чрезвычайно благотворно воздействует на организм в целом:

- восстанавливает нарушенное носовое дыхание
- улучшает дренажную функцию бронхов
- устраняет некоторые морфологические изменения в бронхиальной астме
- способствует рассасыванию воспалительных образований, расправлению сморщенных участков ткани, восстановлению кровообращения и лимфообращения, устранению местных застойных явлений
- положительно влияет на обменные процессы
- налаживает нарушение функции ССС

- исправляет развивающиеся в процессе заболевания различные деформации грудной клетки и позвоночника
- способствует восстановлению нарушенных в ходе болезни нервных регуляций со стороны ЦНС
- повышает общую сопротивляемость организма, его тонус, улучшает нервно-психическое состояние

В стрельниковой дыхательной гимнастике динамические дыхательные упражнения сопровождаются движением рук, туловища и ног. Эти движения соответствуют определенным фазам дыхания (вдохи часто делаются при движениях, сжимающих грудную клетку).

Основной комплекс дыхательных упражнений:

- упражнение "ладошки" - разминочное
- "погончики"
- "насос" (накачивание шины)
- "кошка" (приседание с поворотом)
- "обними плечи" (вдох на сжатии грудной клетки)
- "большой маятник" ("насос"+"обними плечи")

Хороший копирующий приступ эффект можно получить выполняя упражнение "насос". Предварительно надеть на талию широкий ремень (одеть не свободно, но и не туго). Шумно шмыгать носом (сидя с опущенной головой), поясницей упираясь в пояс, ощущайте его, посылая вдох в спину на предельную глубину легких. Остановить приступ удушья можно с помощью упражнений "обними плечи" и "повороты головы" (оба упражнения выполнять сидя). Все упражнения делаются по 2-4 вдоха движения подряд, без остановки. Затем отдых до 10 сек и снова по 2 или 4 вдоха - движения.

Тренажер дыхательный индивидуальный

ТДИ – 01 (ингалятор Фролова).

Предназначен для дыхательных тренировок с целью профилактики и лечения различных заболеваний, повышенных иммунитетных и адаптационных возможностей организма, реабилитации и восстановления при неблагоприятных (включая радиацию) экологических и производственных факторах, стрессах.

С помощью ТДИ 01 можно проводить ингаляции паро-воздушных смесей и масляных аэрозолей.

Тренажер обеспечивает тренировку дыхательной мускулатуры с созданием сопротивления дыханию, как при вдохе, так и при выдохе. Кроме того, осуществляется дыхательная тренировка в режиме так называемого "адаптационного дыхания", обеспечившего физиологическую адаптацию организма в условиях повышенной концентрации углекислого газа и пониженного содержания O₂ во вдыхаемой газовой смеси. Лечебно-профилактический эффект при заболеваниях не только дыхательной, но и других систем организма обеспечивается созданием гипоксически - гиперкапния газовой смеси, стимулирующей иммуно-приспособительные механизмы.

Принцип работы

ТДИ – 01 представляет собой контейнер из нетоксичной пластмассы и состоит из трех цилиндрических камер и дыхательной трубки. Внутренняя камера, с которой соединяется

трубка, состоит из корпуса и съемной насадки с отверстием. Средняя камера представляет собой стакан с крышкой и имеет на внутренней поверхности выступ, соответствующий уровню наливаемой жидкости. Наружная камера состоит из данной части и трех колец, которые образуют емкость. Вместо колец, можно использовать стеклянные банки емкостью 0,5; 0,7; 1,0 л, которые закрываются наружной крышкой, перевернутой на 180°. При дыхании через нос используется насадка для носа, надеваемая на дыхательную трубку.

Порядок работы в качестве ингалятора.

В стакан налить 20 мл дистиллированной воды или настоя лекарственных трав. Внутренняя камера вставляется в стакан и соединяется с дыхательной трубкой, через которую дышит пациент. Для подогрева увлажняющей и ингалируемой жидкости стакан погружают в водяную баню или емкость с горячей водой. Пациент осуществляет вдох и выдох через трубку, и камеру с жидкостью.

Обязательным условием использования тренажера является предварительное обучение диафрагмальному типу дыхания. Ингаляции проводятся при вдыхании через рот (или нос – с использованием насадки). Дыхание через трубку должно быть свободным, комфортным, но не форсированным. Выдох должен превышать вдох по времени в два и даже в три раза. При этом, как правило, сопротивление на вдохе составляет 5-8 см. вод. ст. Сопротивление зависит от объема жидкости, налитой в увлажняющую камеру. Неоднократное и регулярное применение тренажера в этом режиме (4-5 раз в день по 10-15 мин) приводит к положительному эффекту: увлажнению дыхательных путей, разжижению и лучшему отхождению мокроты, уменьшению бронхиальной обструкции, смягчению кашля, уменьшению одышки.

Порядок работы в качестве дыхательного тренажера

Тренажер собирается также. Далее он устанавливается в наружную камеру и герметично закрывается крышкой. Для этого дыхательная трубка сначала вставляется в центральное отверстие крышки наружной камеры, а затем надевается на горловину внутренней камеры этой крышкой. Наружная камера состоит из основания и трех пластмассовых колец для создания ступенчатой регулировки ее объема.

Начинать тренировку следует сначала с наружной камерой из одного кольца, что соответствует объему 0,9 л, затем постепенно в процессе тренировки можно увеличить объем еще на одно кольцо (объем 1,03 л.). Использование трех колец соответствует объему 1,7 л. Дыхание должно быть обязательно диафрагмальным с возрастающей по времени задержкой дыхания и фазы выдоха. Тренажер устанавливается так, чтобы дыхательная трубка была на уровне рта пациента. Следует спокойно и ровно дышать через прибор, закрыв нос пальцами. Вслед за спокойным вдохом 2 сек осуществляется задержка дыхания на 2-3 сек, затем продолжительный (до 4-5 сек) "ступенчатый" выдох. Постепенно удлиняется продолжительность дыхательного цикла за счет продолжительности паузы после вдоха и выдоха. Желательно контролировать время циклов секундомером.

Особое внимание обращается на выполнение "ступенчатого" выдоха. Каждая "ступень" состоит из короткого - 2-3 сек выдоха и паузы 2-3 сек. По мере изменения продолжительности выдоха этих "ступеней", т.е коротких выдохов и пауз, становится все больше. Необходимо стремиться к ритмичности их чередования. Возникновение после каждого короткого ("ступенчатого") выдоха рефлексы на вдох и ощущение нехватки воздуха подавляются за счет такого приема: в период каждой паузы следует на 1-1,5 сек напрячь мышцы глотки, шеи, а затем проконтролировать расслабленные мышцы живота.

При этом дыхание должно быть свободным и "комфортным" без излишних усилий и напряжения дыхательной мускулатуры. Систематическая тренировка дыхания с

постепенным увеличением сеансов от 5 до 20 мин приводит к улучшению отхождения мокроты и улучшению легочной вентиляции. Тренажер может применяться как взрослыми, так и детьми, но для детей с объемом наружной камеры от 0,5 до 0,9л.

Продолжительность тренировки подбирается индивидуально и может варьировать с 5 до 20 мин на протяжении 5-14 дней, а при необходимости и дольше

Занятие пятое

Наряду с медикаментозными методами профилактики и лечения бронхиальной астмы большое значение имеют не медикаментозные методы.

Психотерапия. Эмоциональные конфликты часто служат причиной очередного обострения заболевания. В клинической практике встречаются больные, у которых первый приступ возник в результате стресса. Известно наблюдение С.П. Боткина, который описал больную, страдавшую бронхиальной астмой. Первый приступ удушья возник у нее в этот момент, когда ребенок, с которым она находилась в лодке, упал в воду и чуть не утонул в озере. В дальнейшем у больной отмечалось тяжелейшее течение бронхиальной астмы. В процессе профилактики и лечения бронхиальной астмы возникает необходимость в проведении индивидуальной и на этапе реабилитации групповой психотерапии для создания у больного адекватного отношения к болезни и ее лечению, развития устойчивости к стрессам, формированию мотивации к оздоровлению.

В процессе профилактики эффективным приемом является метод группового психотерапевтического воздействия. Больные бронхиальной астмой склонны поддерживать контакт друг с другом. Часто они получают информацию о болезни от своих знакомых и делают неправильные выводы, тем самым усугубляют свое состояние. При проведении группового психотерапевтического воздействия удается преодолеть негативное влияние, возникающее при общении самих больных. Некоторые известные спортсмены, чемпионы мира и Олимпиад болели бронхиальной астмой. Регулярные занятия, возрастающий объем нагрузок, позволили преодолеть свой недуг. Подобные наблюдения могут разбираться на занятиях по групповой психотерапии, оказывая положительное влияние. С помощью групповых занятий легче всего удастся привить потребность заниматься физкультурой, как одним из наиболее эффективных методов профилактики бронхиальной астмы, нормализовать режим дня, рационально использовать свободное время. Большое психотерапевтическое влияние оказывают групповые занятия дыхательной гимнастикой, неплохие результаты отмечаются при использовании гипноза.

Фототерапию при бронхиальной астме назначают с целью купирования приступов, проведении поддерживающей терапии и профилактики приступов.

Улучшают бронхиальную проводимость сборы, содержащие корень солодки, корень фиалки трехцветной, трава тимьяна, лист мать-и-мачехи, корень девясила, плоды аниса. Весьма показательно использование фитопрепаратов в санации верхних дыхательных путей, так как заболевания верхних дыхательных путей могут рефлекторно вызывать приступы бронхиальной астмы и сенсibilизировать организм. Необходимо восстанавливать свободное носовое дыхание. В этих случаях для полосканий верхних дыхательных путей используются настои сборов, в которые входят плоды фенхеля, корневище лапчатки прямостоячей, корень алтея, кора дуба, цвет ромашки, лист шалфея, лист малины. При проведении рациональной поддерживающей терапии с успехом используется грудной сбор, в который входят трава донника, трава тимьяна, плоды фенхеля, листья мяты перечной, листья подорожника, корень алтея, корень солодки, листья мать – и – мачехи.

Дыхательная гимнастика – один из необходимых методов лечебной физкультуры – преследует цель повысить функциональные возможности дыхательного аппарата, сделать

дыхание более свободным экологическим. При выполнении дыхательных упражнений облегчается отхождение мокроты, в чем и заключается положительное влияние на дренажную функцию бронхиального дерева.

Отдельные с успехом применяют методы дыхательной гимнастики по Стрельниковой, Бутейко, с аппаратом Фролова, йогов. Дыхательной гимнастикой можно заниматься в бассейнах, так как водные процедуры положительно влияют на дыхательную мускулатуру.

Лечебный массаж позволяет снять ощущение усталости мышц. При большой энергетической работе дыхательной мускулатуры этот факт имеет очень большое значение. Массаж и самомассаж позволяет повысить работоспособность, добиться более свободного отхождения мокроты. Массаж применяют как в самые тяжелые минуты обострения бронхиальной астмы, так и при проведении противорецидивных, профилактических курсов терапии.

Климатотерапия. Вопрос о воздействии климата всегда возникает при лечении больных бронхиальной астмой. Его решение относится к одному из наиболее сложных. В случае переезда в другую климатическую зону больной проходит период адаптации, а вернувшись домой, реадаптации, в течение которых существует повышенный риск обострения болезни. В рекомендации климатотерапии всегда затруднен прогноз переносимости места, куда больной может выехать. Наиболее хорошие результаты дают курорты Северного Кавказа и Южного берега Крыма. Большое значение отводится местным курортам.

Иглорефлексотерапия обычно при проведении ее заметно уменьшается общая тревога, потливость, выраженная лабильность, особенно важно, что эти эффекты достигаются без применения лекарственных препаратов. У большинства людей улучшается отхождение мокроты, кашель становится не таким напряженным и не сопровождается ощущением удушья.

Занятие шестое

Распространенность курения в России

В России с начала XX века увеличивается распространение курения, повышение числа курящих с более раннего возраста, чаще стали курить женщины, особенно молодого возраста. По данным Европейского регионального бюро ВОЗ, в середине 90-х годов свыше 30 % взрослого населения региона продолжали курить табак ежедневно. Курение табака в Европейском регионе среди взрослых колеблется от 47 % в России до 25 % и менее в Бельгии, Финляндии и Швеции. Распространенность курения табака в России по результатам опроса национальной представительной выборки всего населения страны в возрасте 15 лет и старше по данным конца 90-х годов составляет 63 % среди мужчин и 10 % среди женщин.

Мужчины начинают курить на 5 лет раньше, чем женщины. Распространенность курения табака увеличивается с возрастом, достигая максимальных значений к 35 годам (74 % среди мужчин и 14 % среди женщин), в среднем и пожилом возрасте распространенность курения уменьшается. Женщины после 55 лет курят очень редко.

Влияние курения на прогноз жизни

Эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение табака относится к основным и независимым факторам риска заболеваемости и смертности населения от хронических, неинфекционных заболеваний. Доказано, что среди населения России среднего возраста 36 % общей смертности у мужчин и около 8 % общей смертности у

женщин обусловлено курением табака. Среди умерших от ишемической болезни сердца 41 % смертей у мужчин и 7 % смертей у женщин связано с курением.

Основными законами являются:

Основы законодательства Российской Федерации "Об охране здоровья граждан"(1993 г.) где прописан приоритет профилактических мер в области сохранения здоровья.

· Основы законодательства Российской Федерации "О физической культуре и спорте" (1993 г.) – запрет рекламы табака и табачных изделий во время трансляции спортивных программ по радио и телевидению.

· Федеральный Закон "О рекламе" (1995 г.) – со статьями об ограничении рекламы табака и табачных изделий и о запрещении ее в телевизионных программах.

· Федеральный Закон "О защите прав потребителей" (1995 г.), где определены некоторые механизмы предупреждения опасных воздействий на здоровье человека.

Эти законы были важны для формирования политики, но не отражали все необходимые меры по защите населения от вредного воздействия курения. По заключению экспертов ВОЗ из всех поведенческих факторов риска только курение относится к преотвратительным причинам заболеваемости и смертности. Последствия табакокурения отрицательно сказываются не только на здоровье самого курящего, но и на окружающих. Пассивное курение также вредно для здоровья, как и курение.

Парадоксально, что большинство курящих, считают курение вредным для здоровья, но продолжает курить. Во много это обусловлено тем, что знание курящих о конкретном для них вреде табака носит поверхностный характер и недостаточно. Политика противотрусовой деятельности в России (законодательство, финансирование, программное обеспечение). При формировании политики по преодолению табакокурения необходимо учитывать политику Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по отношению к этой привычке. Среди важных факторов подтвержденных многочисленными международными научными исследованиями. Всемирная Организация Здравоохранения приводит такие, которые важно помнить и специалистам и всем курящим:

- Курение станет причиной смерти примерно половины тех, кто начинает курить в подростковом возрасте и продолжает курить в течении жизни.

- В результате потребления табака в мире каждые 10 секунд умирает один человек.

- Не существует безопасных сигарет и безопасного уровня курения.

- Табачный дым, выпускаемый прямо в атмосферу, содержит немного больше токсических веществ, чем дым, вдыхаемый и выдыхаемый курильщиком.

- Окружающий табачный дым вреден для некурящих, потому что он вызывает рак легких и другие заболевания, а также усиливает проявления легочных заболеваний (аллергии, астмы и др.).

- Курение во время беременности связано с повышенным риском выкидыша, низкого веса новорожденных и отставание в развитии ребенка.

- Прекращение курения имеет существенные преимущества для здоровья и существенно снижает риск большинства связанных с курением болезней.

- Испытываемое лицами, бросившими курить, увеличение веса, как правило, приводит к среднему весу лиц того же возраста и пола никогда некурящих. Нежелательное увеличение веса может контролироваться питанием и режимом.

- Повышение налогов на табачные изделия увеличит государственные доходы и в то же время сокращает потребление табака

- Табак представляет собой значительное экономическое бремя для общества, вызываемое медицинскими затратами, обусловленными заболеваемостью, снижением производительности труда, потерями от пожаров и порчи имущества, а также упущенного дохода по причине ранней смертности.

Таким образом, табакокурение является не только медицинской задачей. Решение сложной проблемы табакокурения – это государственная задача с привлечением к ее решению практически всех ведомств и учреждений, в той или иной степени заинтересованных в ее решении.

Компоненты табачного дыма обладают различными механизмами токсического и канцерогенного действия на организм. При курении образуются 2 потока дыма: основной и побочный:

· Основной поток образуется в горящем конусе сигареты и в горячих зонах во время глубокого вдоха (затяжки), он проходит через весь стержень и попадает в дыхательные пути курильщика.

· Побочный поток образуется между затяжками и выделяется из обугленного конца в окружающий воздух.

Табачный дым состоит из двух фракций газообразной и твердой. Основные биологически активные влияния табачного дыма обусловлены в большей степени взвешенными частицами, распределенными между газообразной и твердой фазами. В виде взвешенных частиц в парообразной фазе табачного дыма содержатся токсические вещества (окись углерода, ацетальдегид, окись азота, цианистый водород, аммиак и др.), канцерогенные вещества (формальдегид, 2-нитропропан, гидразин, уретан, бензол, хлористый венил и др.), в том числе с доказанным канцерогенным влиянием на здоровье человека (бензол и хлористый венил). Основным опухолеобразующим действием на организм обладают вещества, содержащиеся в твердой фазе табачного дыма, "смолы" вызывая развитие как доброкачественных, так и злокачественных новообразований. В табачном дыме содержится кроме контактных канцерогенов, канцерогенные различные органоспецифические вещества, вызывающие как рак пищевода, поджелудочной железы, почечных лоханок, мочевого пузыря. Это в первую очередь, многочисленные N-нитрозамины, никель, кармид полоний – 210.

Никотин относится к тромбообразующим факторам, вызывая повреждения эндотелиальных клеток, мелких и крупных сосудов. Он способствует развитию атеросклероза, усугубляя повышение уровня холестерина в крови. Все это приводит к поражению сосудов сердца, головного мозга, периферических артерий, аорты, и в конечном итоге, развитию ишемической болезни сердца, гипертонии, нарушению мозгового кровообращения.

Смолы – содержат большинство известных опухолеобразных веществ твердой фазы табачного дыма.

Кадмий – тяжелый металл обладает выраженным токсическим действием на все клетки органов дыхания. Радиоактивный полоний – 210 адсорбируется в табачный дым из атмосферы, период его полураспада превышает 138 суток, поэтому он очень долго остается в организме, что обуславливает его длительную экспозицию, как выраженного канцерогена.

Окись углерода (СО) – в организме курящего человека СО связывается с гемоглобином, образуя комплекс СО гемоглобин – карбоксигемоглобин. Он гораздо устойчивее

оксигемоглобина, циркулирует в крови намного дольше, нарушая тем самым насыщение гемоглобина кислородом и его отдача в тканях. Характерный для курящего человека серый оттенок кожных покровов – проявление нарушения транспорта кислорода в тканях.

Влияние курения на здоровье

Простые расчеты количества химических элементов, попадающих в дыхательные пути человека вместе с табачным дымом за сутки, неделю, месяц, год в течение всего периода курения составляют поистине астрономические цифры, свидетельствующие о длительном токсическом воздействии табачного дыма на организм человека в целом и отдельные его системы.

Сердце и сосуды

Известно, что всасываемость большинства веществ слизистой полости рта может быть по своей скорости попадания в кровь сопоставима с внутривенным введением. Табачный дым содержит компоненты, которые всасываясь уже со слизистой полости рта, значительно уменьшают насыщение крови кислородом. Так окись углерода соединяясь с гемоглобином крови, превращает его значительную часть в карбоксигемоглобин, который блокирует перенос кислорода к тканям и организмом. Это приводит к хроническому кислородному голоданию, увеличению нагрузки на сердце, которому приходится больше прокачивать такой малонасыщенный крови кислородом по сосудам. Это опасно тяжелыми осложнениями, особенно уже при имеющихся в организме заболеваниях сердца и сосудов. Это опасно тяжелыми осложнениями, особенно уже при имеющихся в организме заболеваниях сердца и сосудов.

Никотин оказывает множественное повреждающее влияние и принимает патогенетическое участие практически во всех звеньях, ответственных за развитие атеросклероза: нарушение сосудистого тонуса, повреждение сосудистой стенки, нарушениях свертывающей системы крови и транспорта липидов крови. В сочетании с хронической кислородной недостаточностью тканей и на фоне возрастающей в этих условиях нагрузки на сердце, риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний значительно возрастает.

Установить, что у курящих чаще развивается артериальная гипертония, стенокардия напряжения, развитие острого инфаркта миокарда. Эти заболевания у курящих труднее поддаются лечению и чаще протекает с осложнениями, которые могут стать причиной смерти. При преобладании поражений периферических сосудов (чаще бедренных артерий и их ветвей) развивается сосудистая недостаточность кровоснабжения сосудов ног, что на фоне постоянной потребности в выполнении нагрузок (ходьба, бег) приводит к возникновению перемещающей хромоты – заболевания, значительно ограничивающего трудоспособность человека, и очень часто приводит к гангрене конечностей, что ведет к ампутации конечности для спасения жизни человека.

Мозг, нервная система.

В первую очередь мозговая и вся нервная система страдает от хронического кислородного голодания:

- головные боли
- головокружение
- снижение работоспособности
- утомляемость
- ухудшение усвояемости нового, что особенно свойственно подрастающему организму.

Конечно, не все курильщики испытывают эти ощущения или осознают их связь с курением. Со временем сосуды мозга, наравне со всей сосудистой системой, подвергаются токсическому влиянию табакокурения и как следствие – осложнения, в виде переходящих или стойких нарушений мозгового кровообращения (мозговой инсульт) и др. Страдает и вся нервная система – проявляющая неустойчивостью настроения, раздражительностью, повышенной утомляемостью, свойственная почти всем курильщикам. Страдает и периферическая нервная система: развиваются местные или распространенные невриты, что очень неблагоприятно для прогноза при сочетании с поражением сосудов.

Дыхательная система.

Поражение верхних дыхательных путей, трахеи, гортани, бронхов, легких связано со всем многообразием негативного влияния табакокурения: прямое и канцерогенное, канцерогенное контактное и канцерогенное органоспецифическое действие. Немаловажное значение имеет иммунодепрессивное влияние табака и компонентов его метаболизма на сопротивляемость другим патогенным факторам (инфекциям, неблагоприятным экологическим воздействиям производственным вредностям).

Воспалительные изменения со стороны всего тракта дыхательной системы, выраженные в различной степени, приобретают все курильщики. Раковые заболевания губ, ротовой полости, языка, глотки, гортани, трахеи, бронхов, легких, считаются причинно связанными с курением.

Пищевод, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь.

Попадание метаболитов табачного дыма (никотин, смолы) со слюной в пищевод, а затем в желудок приводит к хроническому, нередко эрозивного воспаления, которое может перейти в язвенную болезнь и в злокачественное новообразование. Вовлечение метаболитов табака во многие звенья обмена нарушает экскрецию желез внутренней секреции, отягощает и провоцирует скрытые или начальные изменения, может способствовать провокации манифестации сахара диабета, дискинезии желчного пузыря. Следствием длительного и интенсивного курения нередко является также рак поджелудочной железы, желчного пузыря.

Мочеполовая система

Курение женщин часто приводит к нарушениям детородной функции, которые проявляются в бесплодии, привычных выкидышах, патологии течения беременности и родов. Особенно это грозит женщинам, которые продолжают курить во время беременности. К сожалению, обследование беременных показывает, что только немногие из них решают стать матерью, бросают курить. Продолжение курения во время беременности очень негативно отражается на здоровье новорожденного, увеличивается риск мертворождения. Дети курящих матерей часто рождаются недоношенными, отстают в развитии, имеют низкую сопротивляемость инфекционным и др. заболеваний.

С возрастом у курящих мужчин и женщин повышается риск злокачественных новообразований мочеполовой системы – рака мочевого пузыря и т.д.

Кожа, зубы, внешний вид

Курящего человека можно узнать из толпы. Цвет, тургор кожи, преждевременные морщины, склонность к сухости кожных покровов, желтые зубы, подверженные в большей степени, чем у некурящего, заболеванию кариесом, желтые пальцы рук, свидетельствуют о хроническом отравлении организма продуктами табачного дыма. Голос нередко становится хриплым. Особенно это становится быстро заметным у девушек. В последнее время даже появился термин "лицо курильщика".

Костная система

У курящих часто развивается остеопороз (потеря костной ткани, ломкость костей), особенно он опасен женщинам в постменопаузе. Распространенность этого заболевания увеличилась по ряду причин: вследствие значительной распространенности сидячих профессий и снижения общего уровня физической активности населения, а также в связи с неблагоприятными факторами, исходящими из неправильного питания и поведенческих привычек.

Курение является одной из причин остеопороза, который значительно увеличивает риск переломов, особенно переломов шейки бедра. Причина развития остеопороза у курящих также связана с многогранным неблагоприятным влиянием компонентов табачного дыма: токсическое действие на остеокласты (клетки регенерации костной ткани); хроническая витаминная недостаточность, в первую очередь, недостаточность витамина Д, необходимого для всасывания солей кальция в кишечнике и др. Нарушение питания, его несбалансированность по основным питательным веществам, нередко имеющаяся у курящих, способствуют прогрессированию патологии со стороны костной системы.

Курение табака относится к поведенческим характеристикам человека, имеющим самую тесную связь с психосоматическими особенностями, что обуславливает сложность механизмов контроля и коррекции такого поведения. С одной стороны курение принимается как норма (а иногда мода) поведения, механизмы его искоренения должны лежать в гигиеническом и этическом воспитании, прививающем социальную неприемлемость курения коллективом, семьей и воспитании отношения к самой привычке выпускать дым ртом или носом, как к противоестественной для живого существа. Вместе с тем, с другой стороны, при курении развиваются сложные психосоматические связи и нарушения, требующие уже медицинского вмешательства, и в этих случаях уже следует говорить о лечении табакокурения. Безусловно, полного успеха в контроле за этой вредной для здоровья привычкой в обществе можно достичь только при включении всех механизмов контроля за табакокурением.

Врач – специалист может оказать помощь в сложных случаях табачной зависимости, поддержит в случае "срывов" (возврате к курению), но никогда не сможет снизить эпидемию курения, если каждый медицинский работник в своей повседневной работе не будет личным примером и профессиональными знаниями способствовать искоренению этой неестественной природе человека вредной привычки. Для профилактики курения среди некурящих, предупреждения закуривания, что, как известно, наиболее часто происходит в детском подростковом возрасте, очень важно знать причины становления этой привычки.

Первоочередные меры по профилактике закуривания и прекращения курения среди подрастающего поколения должны заключаться в мерах общественного характера – не запрещение, а создание условий адекватной замены атмосферы неприятия привычки как асоциальной, немодной, "некрасивой" привычки. Курение табака – сложная психосоциальная привычка, нередко перерастающая в зависимость физиологического характера, близкой к наркотической зависимости. Многим курильщикам при появлении желания отказаться от курения требуется специализированная помощь. Примерно половина желающих бросить курить считает, что им для этого нужна помощь и поддержка, в первую очередь, со стороны медицинских работников.

Наркологи о пристрастии к алкоголю

Проблемы: Проблема хронического алкоголизма остается на сегодняшний день, наверное, одной из самых актуальных медико-социальных проблем в России. На счету этого страшного заболевания тысячи распавшихся семей и искалеченных судеб. Причины

пьянства разнообразны: трудности приспособления к условиям среды, конфликт с окружением, неудовлетворенность, одиночество, непонятность, утомление, робость, осознание своей неполноценности и другие обстоятельства, вызывающие чувства психологического дискомфорта, временно облегчаемое действием спиртного.

Анализ данных за последние 10 лет, представленных наркологическими учреждениями России, свидетельствует, о стабильно высоком уровне обращаемости за лечением по поводу алкоголизма среди различных дифференцированных диспансерах было зарегистрировано 2 300 000 больных алкоголизмом, что составляет 1, 7 % от всего населения страны.

Статистика свидетельствует об увеличении числа женщин, страдающих алкоголизмом, было 10:1, в 1999 г. оно изменилось до 6:1. На начало 2002 г. в России насчитывалось 400 тыс. женщин, состоящих на учете в наркологических диспансерах. Число впервые диагностированных подростков, больных алкоголизмом, выросло с 7, 6 до 11, 4 на 100 тыс. подростков.

Смертность: Достоверно известно, что хроническая алкоголизация существенно повышает смертность в связи с другими причинами, в частности, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, печени, желудочно-кишечного тракта, бытовым и производственным травматизмом. Общая смертность больных алкоголизмом в 2 раза выше, чем в аналогичной ситуации, а среди общего числа внезапных смертей 18 % сопряжено с пьянством. В последние годы появляются сообщения о патогенной роли этанола в развитии онкологических заболеваний. В опытах на животных было доказано, что этанол препятствует естественному разрушению попадающих в организм канцерогенных веществ.

Замедляя распад некоторых канцерогенных веществ, содержащихся в табачном дыме, алкоголик значительно усугубляет онкологическую опасность табакокурения. Злокачественные новообразования полости рта и верхних дыхательных путей у курильщиков, злоупотребляющих алкоголем, встречаются, по нашим данным, в 6 раз чаще, чем среди населения в целом; чаще наблюдается у них рак пищевода, желудка, поджелудочной железы.

Особую роль играет хроническая алкогольная интоксикация, опосредованная нервно-психическими расстройствами, в качестве причины самоубийства. Развитие суицидальных тенденций и риск самоубийства у больных алкоголизмом в 200 раз выше, чем среди населения в целом.

Принципы лечения: Эффект значительно выше у тех, кто активно хочет излечиться и имеет глубокую мотивацию. Именно поэтому принудительное лечение алкогольной зависимости было признано не целесообразным и в настоящее время не практикуется. Главное – устранение психической и физической зависимостей от алкоголя. Дезинтоксикация (уменьшение явлений отравления) и терапия при соматических осложнениях являются хотя и важным, но дополнительными мерами и сами по себе алкоголизма не излечивают. Устранение физической зависимости осуществляется довольно эффективно в процессе купирования абстинентного синдрома. Подавление патологического влечения к алкоголю, лежащего в основе психической зависимости, представляет гораздо более трудную задачу. При существующих методах лечения рецидивы алкоголизма в течение первого года бывают приблизительно в половине случаев.

Суггестивные приемы (внушение в гипнозе или бодрствующем состоянии, накрогипноз, эмоционально-стрессовая терапия) основываются главным образом на выработке отвращения к алкоголю. Этим методам более поддаются люди с истерическими или

эмоционально – лабильными чертами характера. По мере развития алкоголизма внушаемость нередко возрастает.

Рациональная психотерапия (разъяснение, убеждение) может проводиться как индивидуально с каждым пациентом, так и в группе. Групповая психотерапия подразумевает активное участие членов группы в дискуссиях, эмоциональную взаимную поддержку друг друга, выработку установки на трезвость. Чаще групповая психотерапия используется в процессе поддерживающего (противорецидивного) лечения. Наилучший эффект дает комплексное лечение, сочетающее в себе и биохимические механизмы, и психологические, и рефлекторные.

Профилактика. Профилактика алкоголизма может быть разделена на государственно-общественную и медицинскую (гигиеническую). Необходимы рациональные административные и юридические меры, регулирующие потребление спиртных напитков. Должно строго преследоваться появление в нетрезвом виде в общественных местах, на работе, прогулы в связи с пьянством, сурово наказываться зачинщики пьяных скандалов и драк. Особенно строго должно наказываться вождение транспорта или выполнение любой работы в нетрезвом состоянии, создающее опасность для жизни и здоровья людей. При совершении правонарушений алкогольное опьянение рассматривается судом как отягчающее обстоятельство. Официально существующий до сих пор у нас запрет на продажу всех спиртных напитков лицам в возрасте до 21 года практически трудно выполним, и лишь вызывает у молодежи протест.

Медицинская профилактика главным образом основывается на санитарном просвещении – разъяснение вреда и опасности злоупотребления алкоголем для здоровья и благополучия людей. Алкоголь ослабляет и деформирует волю человека, лишая его способности длительное время сохранять волевые усилия, проводить решения в действия. Против воли выступает влечение – болезненное стремление сохранить систему употребления алкоголя.

Важно помнить, что не существует способа отдать кому-то больного человека, а получить здорового. Весь путь предстоит пройти вместе, шаг за шагом, как можно дальше от алкоголя.