

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ**

Дипломная работа

**студентки очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051504
Рабазановой Разият Даитбековны**

Научный руководитель:
преподаватель
Коровянская С.И.

Рецензент: врач-терапевт участковый,
врач общей практики (семейный врач),
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода», поликлиническое отделение
№1 Титенко Т. И.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА	6
1. Хронический бронхит.....	6
1.2. Клиническая картина и классификация бронхитов.....	14
1.3. Диагностика хронического бронхита	16
1.4. Лечение и профилактика хронического бронхита	18
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА	21
2.1. Методы и методика исследования	21
2.2. Анализ результатов исследования	22
2.3. Рекомендации по профилактике хронического бронхита	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Хронический бронхит развивается в исходе острого бронхита и характеризуется склерозом стенок бронхов, избыточной продукцией слизи, дистрофией хрящей и атрофией мышечного слоя бронхов, что приводит к появлению продуктивного кашля длительностью не менее 3 месяцев ежегодно на протяжении 2 лет [2].

Актуальность данной темы заключается в том, что хронический бронхит широко распространенное заболевание оно является наиболее распространенным заболеванием бронхолегочной системы, среди лиц среднего и старшего возраста, а у курильщиков встречается гораздо чаще, чем у некурящих. Среди городских жителей это заболевание также наблюдается чаще, чем среди жителей сельской местности.

Для него характерны секреторный аппарат слизистой, воспалительные и склеротические изменения бронхиальных стенок, гиперсекреция слизи, нарушение процессов очищения бронхов.

Профилактика при хроническом бронхите предусматривает, в первую очередь, здоровый образ жизни, отказ от курения, закаливание, занятия физкультурой, устранение очагов хронических инфекций. При уже имеющемся хроническом бронхите необходимо избегать переохлаждений, своевременно лечить инфекции верхних дыхательных путей.

Цель исследования – замедление прогрессирования течения болезни, снижение частоты обострений, удлинение ремиссии, повышение толерантности к физической нагрузке, сохранение удовлетворительного качества жизни пациента.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу клинических проявлений и методов лечения хронического бронхита.

2. Провести анкетирование среди пациентов по вопросам клинических проявлений и методов лечения хронического бронхита.

3. Проанализировать полученные результаты исследования и сформулировать выводы.

Объект исследования – пациенты с хроническим бронхитом.

Предмет исследования – симптомы и назначаемое лечение при данной патологии.

Методы исследования: При проведении исследования был применен метод анкетирования, опрос 31 пациента, находящихся на лечении в больнице.

База исследования: ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода», расположенная по адресу г. Белгород, Белгородский пр-т, 99.

Время исследования: 8:00 – 15:30 2019 гг.

Структура работы соответствует поставленным задачам и состоит из:

- Во введении обосновывается актуальность данной темы, ставится цель и задачи работы.

- В первой главе рассматриваются этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение хронического бронхита.

- Во второй главе проводится анализ статистических данных и делается анализ результатов.

- В заключении приводятся основные выводы по работе.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

1. Хронический бронхит

Хронический бронхит - наличие кашля и продукции мокроты не менее 3 мес в течение каждого из двух последовательных лет. Термин применяется как для клинических, так и для эпидемиологических целей [13].

Хронический бронхит относится к самым распространенным заболеваниям бронхолегочной системы [16].

Этиология. У подавляющего большинство больных (80%) хронический бронхит развивается как первично – хроническое заболевание под воздействием целого ряда внешних и внутренних патогенных факторов. Только у 1/5 пациентов наблюдается вторично – хроническая форма, возникшая в результате неизлеченного острого затяжного или рецидивирующего бронхита (частота перехода острого бронхита в хронический составляет всего 0,1 %) [11].

По этиологии различают хронический бронхит [4]:

1. Вирусные (вирусы гриппа, парагриппа, респираторный вирус, риновирусы) [4];
2. Бактериальный (пневмококк, стафилококк, палочка легионеллы, хламидии) [4];
3. Воздействие неблагоприятных физических и химических факторов;
4. Сочетанной и неуточненной природы [4].

Предрасполагающие факторы подразделяются [4]:

- На экзогенные [4]:
 1. Курение табака [4];
 2. Загрязнение вдыхаемого воздуха летучими производственными и бытовыми поллютантами. Особенно опасна органическая пыль (хлопковая и мучная), из неорганической пыли – угольная, кварцевая и цементная.

Хронический бронхит может быть вызван различными токсическими парами и газами (аммиак, хлор, сернистый газ, фосген) [4];

3. Тепловая и холодовая нагрузка на органы дыхания, особенно в сочетании с хроническим перегреванием или переохлаждением организма и сухость воздуха [4];

4. Вдыхание инфицированного воздуха (вирусы гриппа, парагриппа, респираторный вирус, риновирус) бактерии (пневмококк, стафилококк, палочка легионеллы, хламидии) [4].

- Экзогенные [4]:

1. Принадлежность к мужскому полу (особенности профессии, привычек, и другие) [4];

2. Возраст более 40 лет [4];

3. Аллергизация организма [4];

4. Генетический или приобретенный дефицит альфа – 1 антитрипсина [4];

5. Заболевания носоглотки с нарушением дыхания через нос [4];

6. Повторные, более трех раз в год острые респираторные вирусные инфекции, острые бронхиты и пневмонии [4];

7. Семейная склонность к заболеваниям органов дыхания [4].

Патогенез [4].

1. Нарушение функциональной системы местной бронхопульмональной защиты (снижение функции материального эпителия, продукции сурфактанта и другие) [4];

2. Развитие классической патогенной триады гиперкриния (гиперпродукция слизи), дискриния (повышенная вязкость мокроты), мукостаз (застой в бронхах вязкой, густой мокроты) [4];

3. Внедрение в бронхи инфекционных агентов [4];

4. Развитие сенсibilизация к микробной флоре [4].

Хронический бронхит развивается при длительном раздражении слизистой оболочки бронхов различными химическими веществами (пыль, газ,

дым, пары кислот и щелочей) и патогенными бактериями, вирусами, микоплазмами, грибами. Причиной могут стать застойные явления в лёгких при сердечной или почечной недостаточности. Способствуют развитию заболевания нарушения носового дыхания (риниты, тонзиллиты, синуситы, фарингиты) и частые переохлаждения, алкоголизм, курение [3].

Продолжительное воздействие экзогенных и возможных эндогенных факторов на слизистую оболочку бронхов вызывает структурные изменения ее клеток (дегенерация, гиперплазия, метаплазия, атрофия) и нарушения секреторной, очистительной и защитной функций бронхов. В результате повышается продукция бокаловидными клетками бронхиальных желез бронхиального секрета (гиперкриния), который становится вязким и густым (дискриния), что сопровождается замедлением очищения бронхов вплоть до его прекращения. Возникшая мукоцилиарная недостаточность и скопление слизи в просвете бронхов являются прекрасной средой для колонизации условно-патогенной и патогенной микрофлоры и развития воспалительного процесса [10].

Воспаление слизистой оболочки бронхов усугубляет спазм бронхов, а распространение воспалительного процесса на дистальные отделы бронхиального дерева нарушает выработку сурфактанта (поверхностно-активного вещества, продуцируемого альвеолярными клетками и обеспечивающего регуляцию поверхностного натяжения в стенках альвеол), тем самым возможно развитие, особенно в период обострения, преходящей обструкции бронхов. Последняя обусловлена отеком слизистой оболочки дыхательных путей, скоплением в просвете бронхов 105 густого вязкого секрета, обладающего измененными реологическими свойствами, бронхоспазмом [10].

Классификация [1]:

1. Хронический необструктивный бронхит (с выделением гнойной мокроты без вентиляционных нарушений) [1];

2. хронический обструктивный бронхит (с выделением слизистой мокроты и стойкими обструктивными нарушениями вентиляции) [1];

3. Гнойный, обструктивный бронхит [1];

4. Особые формы: геморрагический, фибринозный [1].

Геморрагический бронхит – с выделением мокроты с примесью крови [1];

Фибринозный, с отделением вязкой мокроты, богатой фибрином, в виде слепков мелких бронхов [1].

Острый и хронический бронхит значительно отличаются друг от друга по этиологии, патогенезу и терапии [1].

Клиническая картина

Характерна триада симптомов-кашель, мокрота и одышка. Лихорадка не относится к характерным проявлениям неосложненного хронического бронхита.

Кашель имеет, как правило, влажный характер с отхождением гнойно-слизистой или гнойной мокроты, объем которой может достигать до 100 мл в сутки. На ранних стадиях заболевания мокрота выделяется преимущественно по утрам.

! Это важно знать

Появление экспираторной или смешанной одышки указывает на присоединение бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности. Нередко больные жалуются на повышенную потливость, особенно по ночам или при небольшой физической нагрузке. Аускультативно определяются жесткое дыхание, а при наличии сопутствующей эмфиземы - ослабленное везикулярное. Из побочных дыхательных шумов выслушиваются сухие рассеянные хрипы, а при скоплении в бронхах жидкой мокроты – разнокалиберные влажные незвучные. На ранних стадиях заболевания бронхофония не изменена; в случае же присоединения бронхиальной обструкции и эмфиземы - равномерно ослаблена.

Хронический необструктивный бронхит и хронический обструктивный бронхит - разные заболевания, характеризующиеся различным прогнозом и требующие различных подходов к лечению.

Цели лечения:

- Облегчение тяжести и снижение продолжительности кашля (управление кашлем);
- Восстановление трудоспособности.

Классификация:

По клинико-лабораторной характеристике выраженности воспаления:

- Катаральный;
- Слизисто-гнойный;
- Гнойный.

По фазе болезни, характеру течения:

- Обострение;
- Ремиссия;
- Непрерывно рецидивирующее течение.

Клинические проявления:

- Синдром поражения бронхов (кашель с мокротой, сухие хрипы).

Хронический обструктивный бронхит легких - самое распространенное среди хронических заболеваний легких. Примерно 20% мужского населения страдает этим заболеванием. Однако прогрессирующее пристрастие женщин к табакокурению отражается и на росте показателей заболеваемости хронического обструктивного болезни легких среди женщин.

В России отмечается рост смертности от хронического обструктивного болезни легких, которая сопоставима с показателями смертности от рака легкого [15].

Хронический обструктивный бронхит легких – это болезнь, при которой смертность продолжает увеличиваться во всех странах. При изучении смертности при хроническом обструктивном болезни легких необходимо учитывать степень внелегочных проявлений болезни и сопутствующую

патологию, что, безусловно, способствует нанесению большего ущерба от болезни и более раннему летальному исходу [7].

Патогенез хронического обструктивного бронхита легких основывается на нарушении дренажной функции прежде всего мелких бронхов в результате длительного воздействия различных этиологических факторов. По распространенности хронический бронхит может быть локальным и диффузным. Локальный хронический бронхит чаще развивается в бронхах 2-го, 4-го, 8-го, 9-го и 10-го сегментов, особенно правого легкого [15].

Независимо от степени тяжести хронического обструктивного бронхита легких патогенез проявляется хроническим воспалительным процессом с преимущественным поражением дистального отдела дыхательных путей. Бронхиальная обструкция формируется за счёт обратимого и необратимого компонентов [13].

—Обратимый компонент включает спазм гладкой мускулатуры, отёк слизистой оболочки бронхов и гиперсекрецию слизи. Этот компонент хорошо поддаётся фармакологической коррекции [13];

—Необратимый компонент возникает и неуклонно прогрессирует за счёт склероза стенок бронхиального дерева и перибронхиальной ткани, а также эмфиземы лёгких [13].

По мере прогрессирования болезни постепенно уменьшается обратимый компонент бронхиальная обструкция, одновременно нарастает необратимый компонент, который определяется развивающейся эмфиземой и перибронхиальным фиброзом [13].

Сосудистые изменения при хроническом обструктивном бронхите легких характеризуются утолщением сосудистой стенки, возникающим уже на ранних этапах заболевания [13].

Стенки бронхов становятся утолщенными, окружены прослойками соединительной ткани, иногда отмечается деформация бронхов. При длительном течении хронического обструктивного бронхита легких могут

возникать мешотчатые и цилиндрические бронхоэктазы - расширения просветов бронхов [15].

Обострение инфекционного процесса в бронхолёгочной системе усугубляет бронхиальная обструкция и ведёт к нарастанию всех признаков болезни [15].

Для больных хроническим обструктивным бронхитом характерно повышение бронхомоторного тонуса блуждающего нерва, что существенно усугубляет спазм гладкой мускулатуры и гиперсекрецию [13].

Таким образом, холинергическая иннервация ответственна за два основных патогенетических механизма хронического обструктивного бронхита - бронхоспазм и гиперсекрецию [13].

Для развития хронического обструктивного бронхита имеют значение и факторы риска, обусловленные реактивностью человеческого организма, - генетические факторы, группа крови, возраст, расовая принадлежность, а также социально-экономический статус человека [13].

Клиническая картина хронического обструктивного бронхита характеризуется кашлем и одышкой, степень выраженности которых зависит:

- от стадии заболевания [13];
- фазы болезни (обострение, ремиссия) [13];
- скорости прогрессирования болезни [13];
- уровня преимущественного поражения бронхиального дерева [13];
- степени дыхательной недостаточности (одышки) [13];
- осложнений [13].

Осложнениями хронических обструктивных бронхитов нередко бывают бронхопневмонии, формирование очагов ателектаза, обструктивной эмфиземы легких, пневмофиброза [15].

Известно, что у 40% больных хронический обструктивный бронхит нарушается структура сна с уменьшением его продолжительности, учащением просыпаний, появлениями дневной сонливости [13].

Скорость прогрессирования и выраженность симптомов хронического обструктивного бронхита зависят от количества этиологических факторов и факторов риска, а также интенсивности и продолжительности их воздействия [13].

Факторы риска [13].

—Курение [13].

—Загрязнение окружающего воздуха газами, пылью, дымом и различными поллютантами (диоксиды серы и азота, озон, чёрный дым и другие) [13].

—Частые простудные заболевания [13].

—Очаги хронической инфекции в носоглотке [13].

—Нарушение носового дыхания [13].

—Другие факторы, которые при длительном воздействии приводят к нарушению функций слизистой оболочки бронхов [13].

—Аллергические риниты, синуситы, наследственность, ожирение (ускоряют повреждение бронхиального дерева) [13].

Первыми признаками, с которыми пациенты обычно обращаются к врачу, являются [13]:

—кашель с выделением мокроты [13];

—одышка, иногда сопровождающаяся свистящим дыханием [13].

Эти симптомы более выражены по утрам [13].

Наиболее ранний симптом, появляющийся, как правило, к 40-50 годам жизни, - кашель. По мере прогрессирования болезни к кашлю присоединяется свистящее дыхание, наиболее ощутимое при ускоренном выдохе. Время выдоха удлиняется и составляет более 5 с, что свидетельствует о бронхиальных обструкциях. Нередко выявляют сухие разнокалиберные хрипы [13].

1.2. Клиническая картина и классификация бронхитов

Клиническая картина. Характерными симптомами хронического бронхита являются кашель с отделением мокроты (слизистой или слизисто-гнойной), одышка. Кашель усиливается по утрам (кашель курильщика), иногда это связано с воздействием производственной вредности. Мокрота больше отделяется по утрам «полным ртом» а количестве до 100 мл в сутки [15].

Объективно [12]:

Осмотр: видимых отклонений может не быть [12];

Пальпация: голосовые дрожание не изменено либо равномерно снижено;

Перкуссия: при хроническом бронхите перкуторный звук не изменен; при хроническом бронхите с обструкцией определяется легочный звук с коробочным оттоком [12];

Аускультация дыхания может быть, как усилено, так и ослаблено, характерны жесткие дыхание, рассеянные сухие хрипы и влажные переходящие (изменяющие локализацию или исчезающие при покашливании) хрипы. Тоны сердца при длительном течении болезни могут быть приглушены или глухие, может выявляться аритмия [12].

Хронический бронхит может осложняться очаговой пневмонией, бронхоэктазами, эмфиземой легких, бронхиальной астмой [15].

Классификация. Клинические формы [1]:

По уровню поражения [1]:

1. Бронхит с преимущественным поражением крупных бронхов (проксимальный) [1];

2. Бронхит с преимущественным поражением мелких бронхов (дистальный) [1].

По наличию бронхоспастического (астматического) синдрома [1].

По течению [1]:

1. Латентное [1];

2. С редкими обострениями [1];
3. С частичными обострениями [1];
4. Непрерывно рецидивирующее [1].

По фазе процесса [1]:

1. Обострение [1];
2. Ремиссия [1];

По осложнению [1]:

1. Эмфизема легких [1];
2. Кровохарканье [1];
3. Дыхательная недостаточность (с указанием степени) [1];
4. Хроническое легочное сердце (компенсированное, декомпенсированное) [1].

Клинические проявления [8]:

- Синдром поражения бронхов (кашель с мокротой, сухие хрипы) [5].
- Дополнительные исследования и их результаты [8].

Исследование крови [9]:

Лейкоцитоз со сдвигом влево при обострении, инфекционных осложнениях [9].

Исследование мокроты [9]:

- Высокая вязкость мокроты, при обострениях - часто примесь гноя [9];
- Обилие лейкоцитов и микробной флоры при микроскопии [9];
- При росте микробной флоры - оценка чувствительности к антибиотикам [9].

Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия - отсутствие нарушений бронхиальной проходимости: $\text{ОФВ}_1 / \text{ФЖЕЛ} > 0,70$; постбронходилатационный $\text{ОФВ}_1 > 80\%$ должного [8].

Рентгенография грудной клетки. Отсутствие значимых изменений, исключение других заболеваний; возможно выявление перибронхиального/постпневмонического пневмосклероза [9].

Компьютерная томография легких (проводят по показаниям, для дифференциальной диагностики): исключение других болезней, требующих дифференциальной диагностики с хроническим необструктивным бронхитом [9].

ЭКГ: в период обострения возможна синусовая тахикардия [9].

1.3. Диагностика хронического бронхита

Для постановки диагноза хронического бронхита по рекомендации всемирной организации здравоохранения проводят подсчет индекса курящего человека.

В пульмонологическом отделении нередко эту функцию выполняет опытная медицинская сестра, выясняя у пациента анамнез курения [14].

Расчет индекса курящего человека проводят следующим образом: количество выкуренных в день сигарет умножают на число месяцев в году, т.е. на 12 [14]:

—при индексе курящего человека >160 - курение у данного пациента представляет риск в отношении развития хронического бронхита [14];

—при индексе курящего человека >200 - больного относят к категории «злостных курильщиков» [14];

Анамнез курения оценивают в единицах «пачки/лет»: общее количество пачек/лет = количество выкуриваемых в день пачек \times число лет курения, при этом одна условная пачка содержит 20 сигарет [14].

—Если этот показатель достигает значения 10 пачек/лет, пациента считают «безусловным курильщиком» [14];

—Если этот показатель превышает 25 пачек/лет, больного относят к «злостным курильщикам» [14];

—«Бывшим курильщиком» пациента считают в случае прекращения курения на срок 6 месяцев и более, что необходимо учитывать при диагностике хронического бронхита [14].

Объективный метод [14]:

При осмотре оценивают [14]:

—состояние видимых слизистых оболочек и кожного покрова [14];

—локализацию и степень выраженности цианоза и отёков [14];

—форму грудной клетки [14].

Измеряют температуру тела пациента [14].

Данные осмотра пациента с хроническим бронхитом в фазе обострения [14]:

—Выраженный диффузный тёплый цианоз у больного хроническим обструктивным бронхитом, эмфиземой лёгких, тяжёлой формой дыхательной недостаточности [14];

—Бочкообразная грудная клетка, увеличение переднезаднего размера грудной клетки, высоко поднятые плечи [14];

—Симптом «барабанных палочек»: у заядлого курильщика пальцы напоминают «барабанные палочки», ногти похожи на «часовые стёкла» [14];

—Симптом «барабанных палочек» на ногах менее выражен (возможно, из-за ношения обуви) [14];

—Набухание шейных вен, усиливающееся на выдохе [14];

—Могут быть пастозность или отёки на ногах [14];

—Перкуссия - лёгочный звук с коробочным оттенком [14];

—Аускультация [14]:

■ дыхание ослаблено, рассеянные сухие и влажные преходящие хрипы [14];

■ тоны сердца приглушены, тахикардия [14].

1.4. Лечение и профилактика хронического бронхита

Лечение хронического бронхита - это целый комплекс мероприятий. В зависимости от того, в какой фазе развития болезни находится пациент – ремиссии или обострения, выбирают ту или иную тактику лечения. Целесообразно проводить его в стационаре [9].

Прежде всего, отметим, что астматический статус может возникать не только как обострение или осложнение бронхиальной астмы, но и у больных хроническим обструктивным бронхитом легких. Если обострение хронического обструктивного бронхита легких доходит до астматического статуса, то в неотложной терапии действуют все без исключения принципы и методы [12].

Цель лечения: замедление темпов прогрессирования течения болезни, снижение частоты обострений, удлинение ремиссии, повышение толерантности к физической нагрузке, сохранение удовлетворительного качества жизни пациента [6].

Обучение пациентов: активное участие пациентов в лечебном процессе – одно из главных условий эффективности лечения хронического бронхита, путем информирования пациентов о природе болезни, лечебных мероприятиях, принципах самоконтроля [8].

Необходимо исключить пагубное влияние этиологических факторов (курение, профессиональные вредности, климат). Прекращение курения – первый обязательный шаг [6].

Большое внимание должно уделяться рациональному питанию. Пациенту назначают диету, богатую белком и витаминами, сырыми овощами и фруктами, соками [6].

Обязательно проведение санации очагов хронической внелегочной инфекции, так как их воспаление провоцирует рецидивы хронического бронхита [6].

Медикаментозное терапия [6]:

При выраженном интоксикационном и бронхолегочном синдроме (в случае подтверждения бактериальной природы, обострения) антибиотикотерапия: амоксицилин 1 грамм 3 раза в сутки и/или азитромицин 0,5 грамм 1 раз в сутки [6];

При обструктивном синдроме – ипратропиум бромид (2 вдоха 3 -4 раза в сутки) и/или метилксантины (аминофиллин 0,15 грамм 3 раза в сутки) [6];

Муколитики: амброксол 30 мг. 3 раза в сутки внутрь [6];

Бронхосанационная терапия: по показаниям [6];

Вне периода обострения: интерферон (интраназально в каплях), интерлок (комбинация интерлока и интерлейкина), жидкие вакцины (содержащие лизаты бактерий пневмакокка, гемофильной палочки, клебсиеллы) – бронховакс, рибомунил (3 таблетки утром натощак каждые 4 дня в течение трех недель первого месяца) [6].

Лечебная дыхательная гимнастика [6].

Физиотерапевтические процедуры [6].

Профилактика. Первичная [6]:

1. Соблюдение здорового образа жизни: закаливание организма, рациональное питание, исключение вредных привычек (отказ от курения) [10];

2. Предупреждение вирусных инфекций: ежегодное противогриппозная профилактика у лиц старше 50 лет, пациентов с хроническими заболеваниями независимо от возраста, женщин во 2 3 триместрах беременности в период эпидемии гриппа [6]

3. Своевременное и правильное лечение острой респираторно – вирусной инфекции [6];

4. Санация очагов хронической инфекции в носоглотке: удаление полипов носа, коррекция искривлений носовой перегородки [6];

5. Снижение контакта с запыленностью, сквозняками, переохлаждением, рациональное трудоустройство [6];

Вторичная [6]:

1. Предупреждение обострений и осложнений хронического бронхита [6];
2. Два раза в год (весной и осенью) проводится обследование (физикальное, лабораторное, инструментальное); профилактическое лечение и санаторно – курортное лечение [1].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

2.1. Методы и методика исследования

Цель исследования – изучить и проанализировать частоту возникновения хронического бронхита, исследовать клинические проявления и методы лечения хронического бронхита.

Объект исследования – пациенты с диагнозом хронический бронхит.

Предмет исследования – симптомы и назначаемое лечение при данной патологии.

Методы исследования.

При проведении исследования был применен метод анкетирования, опрос 31 пациента, находящихся на лечении в больнице.

Опрос пациентов, с целью изучения случаев возникновения хронического бронхита, а также особенностей его течения и специфика назначаемого лечения.

Для проведения нашего исследования и изучения случаев возникновения хронического бронхита, а также особенностей его течения и специфика назначаемого лечения, нами была разработана анкета – опросник, содержащая 15 вопросов, которые направлены на выявления распространенности хронического бронхита.

База исследования - ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода», расположенная по адресу г. Белгород, Белгородский пр-т, 99.

2.2. Анализ результатов исследования

Анкетирование.

1. Ваш пол?

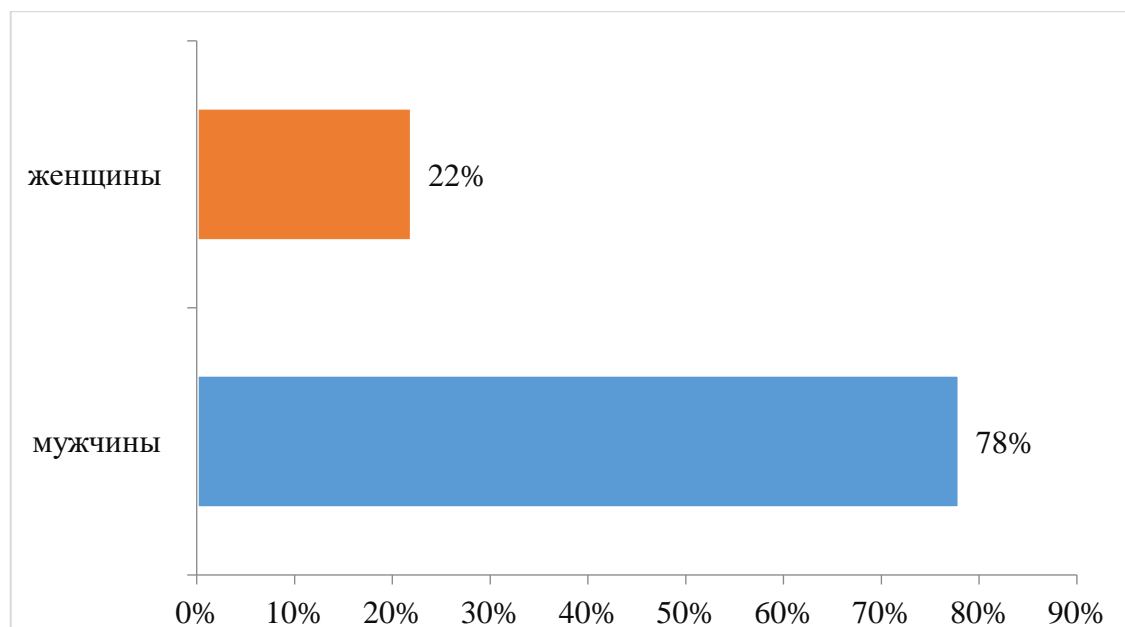


Рис. 1. Половая принадлежность

Вывод: по полученным данным (Рис. 1) необходимо отметить, что в опросе приняли участие больше мужчин (28), чем женщин (3), это объясняется тем, что мужчины больше подвержены данной патологии.

2. Ваш возраст?

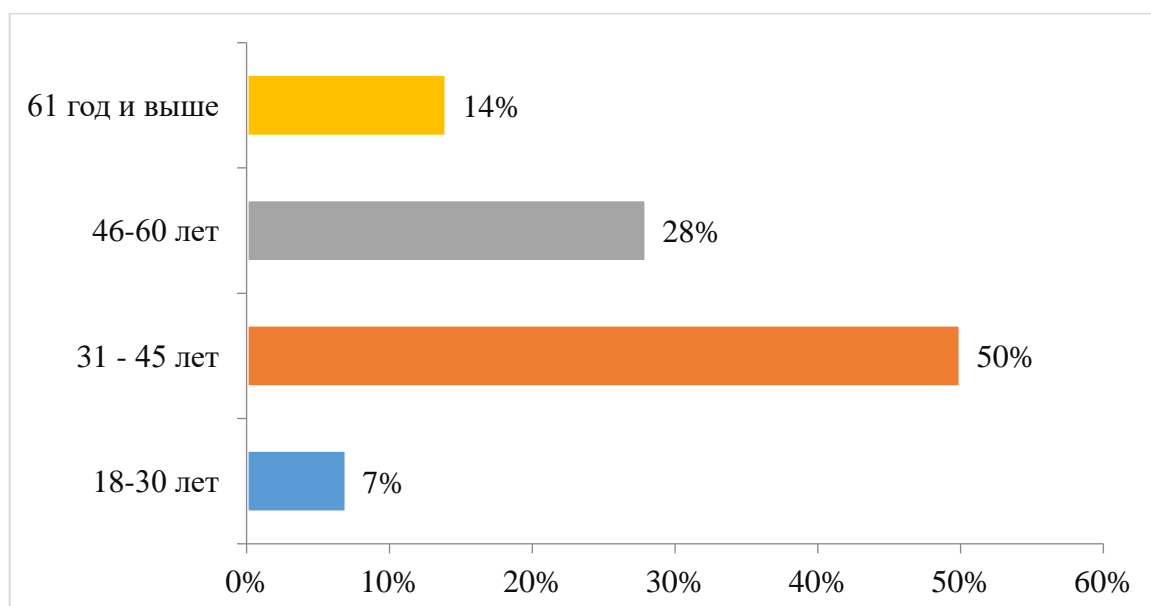


Рис. 2. Возрастная категория пациентов

Вывод: полученные данные (Рис. 2) свидетельствуют о том, что наибольший процент заболеваемости приходится на возраст 46-60 лет (11), также большое количество заболевших также приходится на возраст от 31 до 45 лет (9), что касается 18-30 лет, то на лечении находится 5 человек, свыше 61 года – 6 пациентов.

3. Какие симптомы Вы можете отметить?

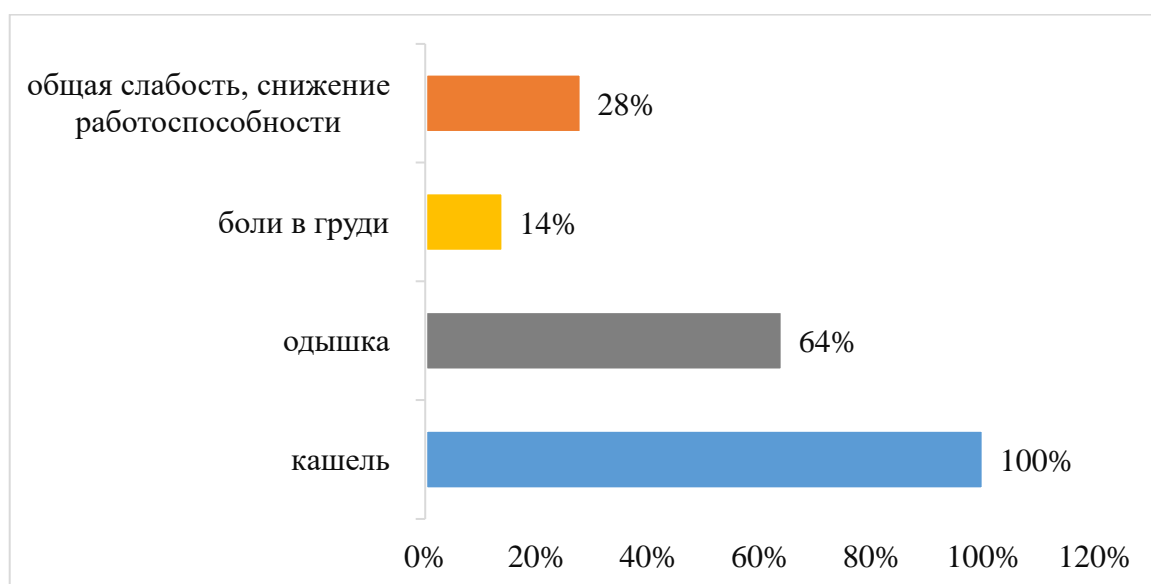


Рис. 3. Клинические проявления

Вывод: что касается (Рис. 1) симптомов хронического бронхита у пациентов, то необходимо отметить, что у всех наблюдается кашель, как первостепенный симптом патологии, также опрошенные отметили, наличие таких симптомов как: дыхательная недостаточность наблюдается у 28 пациентов, боли в груди отмечают 7 опрошенных, общая слабость, снижение работоспособности диагностируется у 11 пациентов.

4. Имеются ли у Вас вредные привычки?

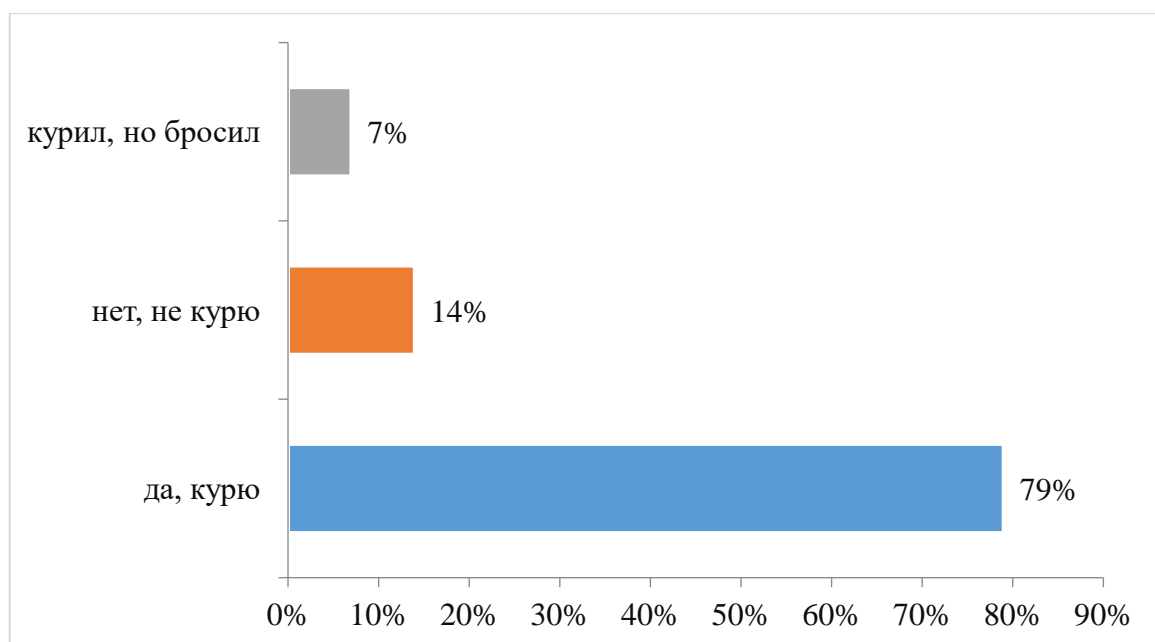


Рис. 4. Курение пациентов

Вывод: данные, отображенные на диаграмме (Рис. 4) свидетельствуют о том, что большая часть опрошенных имеет вредную привычку - 22 пациента отметили, что курят, не курят из всех опрошенных только 6 человек, 4 пациента отметили, что бросили.

5. Возникает ли у Вас одышка и приступы удушья?

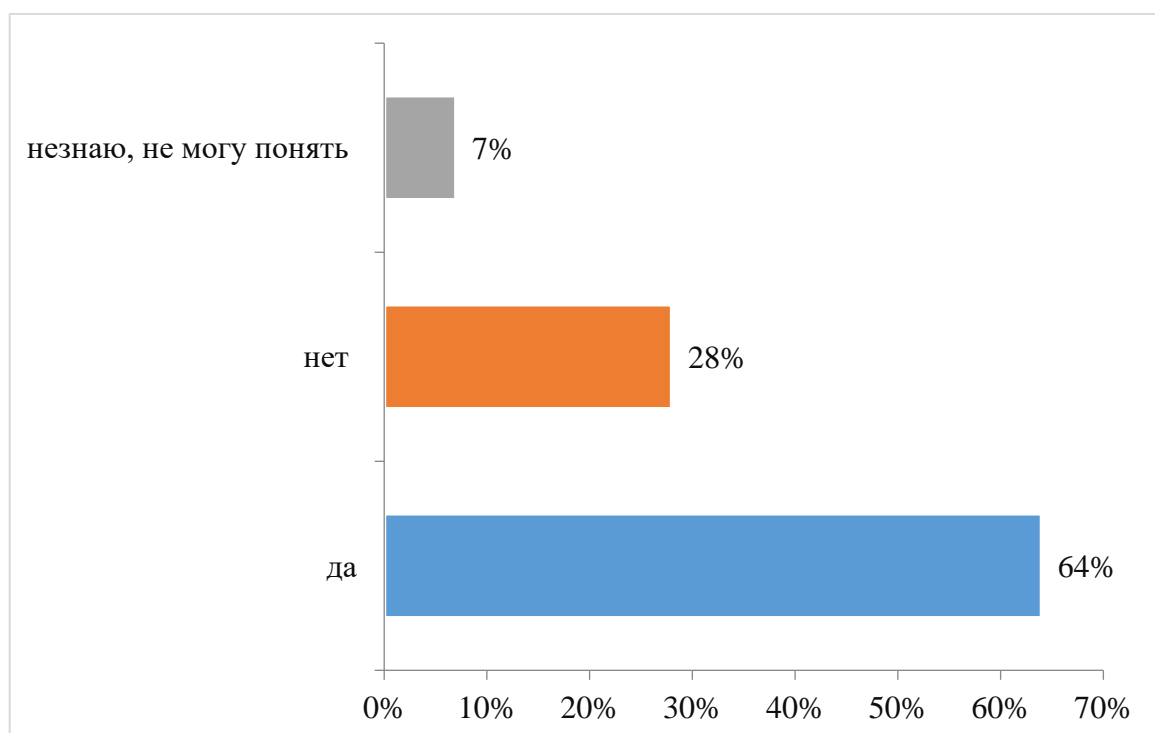


Рис. 5. Наличие одышки

Вывод: в диаграмме (Рис. 5) необходимо отметить, что у большей части пациентов – 19 человек присутствует одышка, у 7 пациентов одышки и приступов удушья не наблюдается, что касается 5 оставшихся пациентов, они затруднились ответить на этот вопрос.

6. Беспокоят, ли Вас приступы кашля?

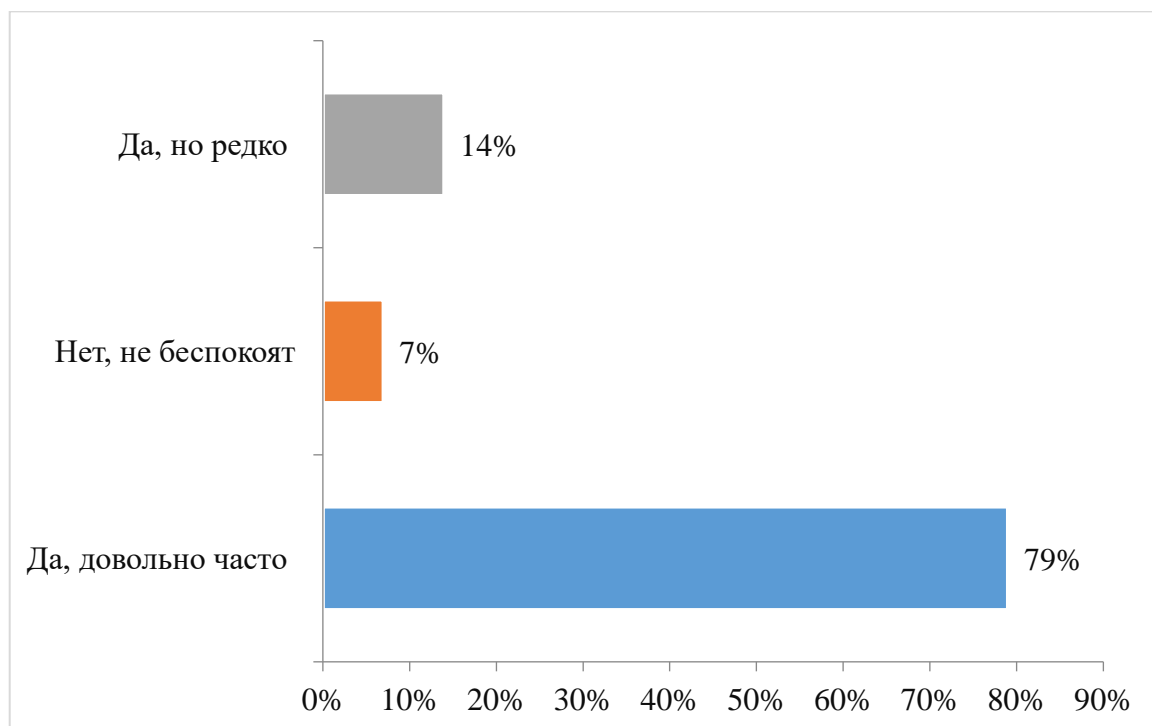


Рис. 6. Наличие приступов кашля

Вывод: что касается вопроса (Рис. 6) о наличии кашля, то у большей части пациентов – 26 человек кашель наблюдается довольно часто, редко беспокоит кашель 3 пациентов.

7. Имеется ли мокрота при кашле?

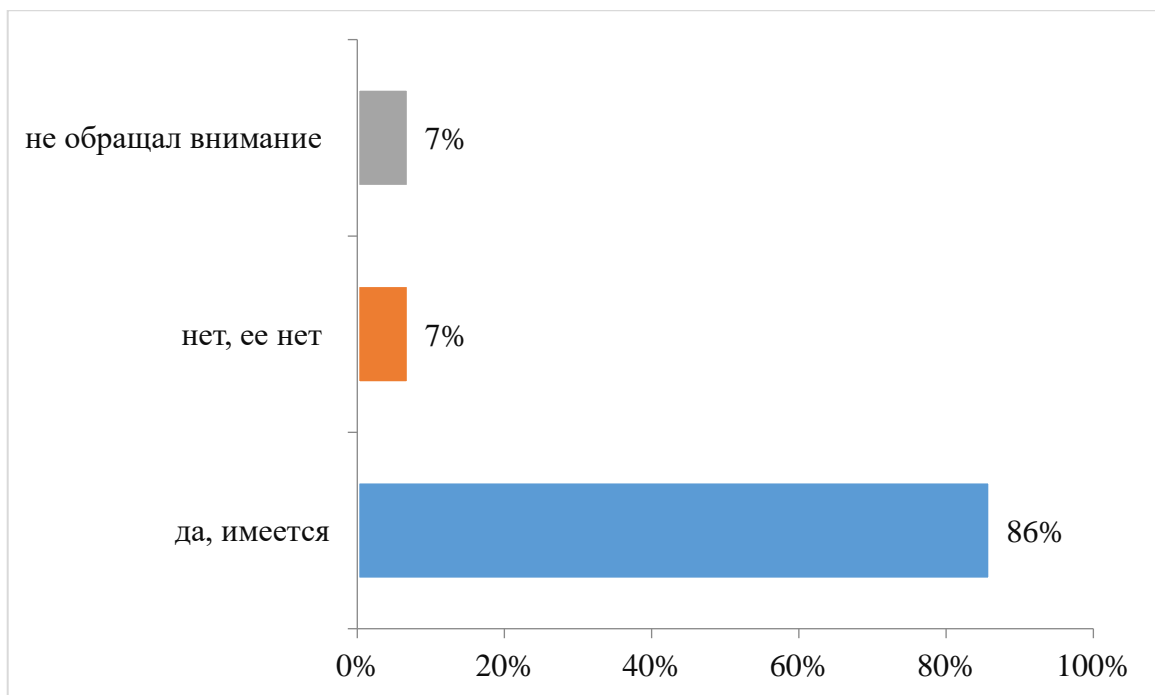


Рис. 7. Отхождение мокроты

Вывод: мокроты при кашле наблюдается (Рис. 7) у 29 человек, что касается остальных пациентов, то мокрота при кашле не отделяется, либо они не обращают внимания.

8. Какой у Вас вид мокроты?

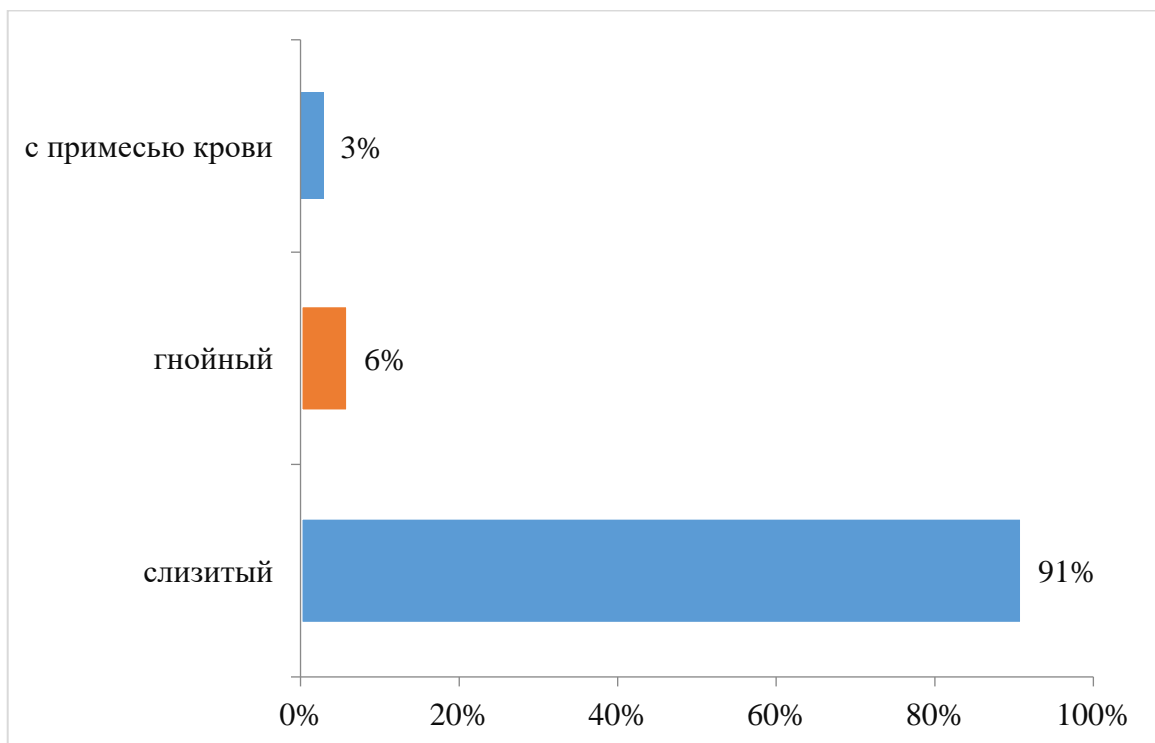


Рис. 8. Вид мокроты

Вывод: что касается данных отраженных на диаграмме (Рис. 8) можно отметить, что у большей части пациентов у 28 больных отделяемая мокрота при кашле имеет слизистую консистенцию, гнойный тип мокроты наблюдается у 2 человек, мокрота с примесью крови наблюдается у 1 больного.

9. Какой вид лечения Вам назначен?



Рис. 9. Назначенное лечение

Вывод: что касается назначенного лечения (Рис. 9), то антибиотики назначены 14 пациентам, отхаркивающие средства назначены 8 больным, лекарственные ингаляции используют для лечения 4 пациентов, дыхательная гимнастика как средство лечения назначено 3 пациентам, физиотерапия назначена 4 больным.

10. Какой вид лечения Вы предпочитаете?

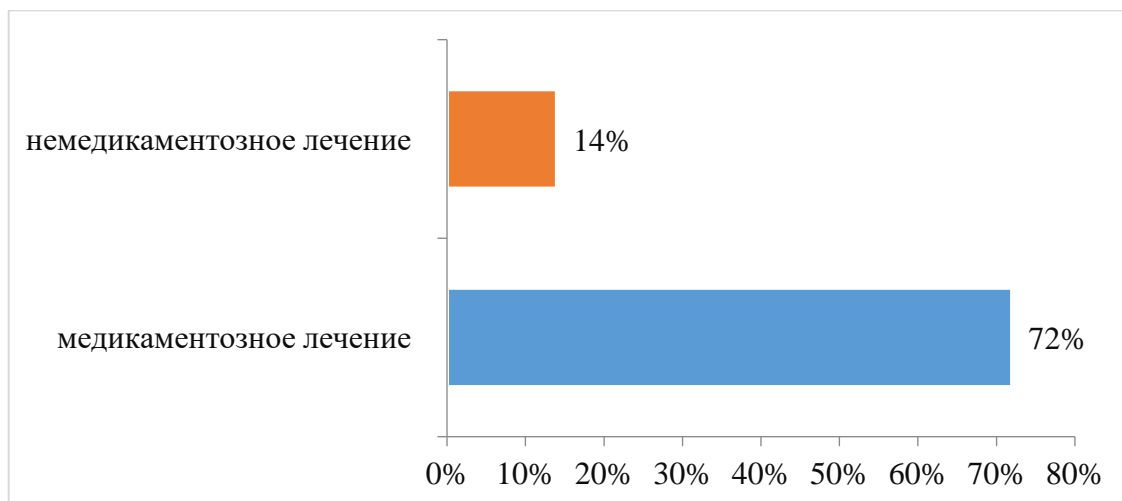


Рис. 10. Предпочитаемый вид лечения

Вывод: медикаментозное лечение (Рис. 10) назначено 26 пациентам, немедикаментозные методы лечения назначены 5 больным.

11. Соблюдаете, ли Вы назначения лечащего врача?

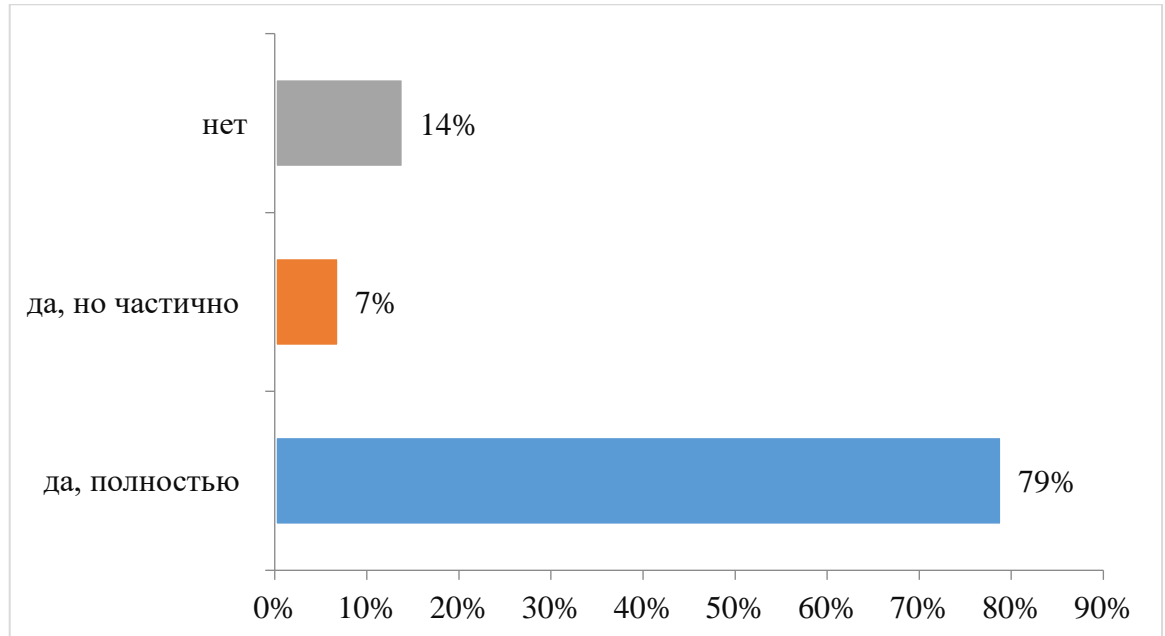


Рис. 11. Соблюдение врачебных назначений

Вывод: по приведенным данным на диаграмме (Рис. 11) можно отметить, что соблюдают врачебные назначения полностью 26 пациентов, частично соблюдают 3 пациента, вовсе не соблюдают.

12. Знаете ли, Вы какие нужно проводить профилактические меры по предотвращению таких заболеваний как ОРВИ, ОРЗ, грипп, бронхит?

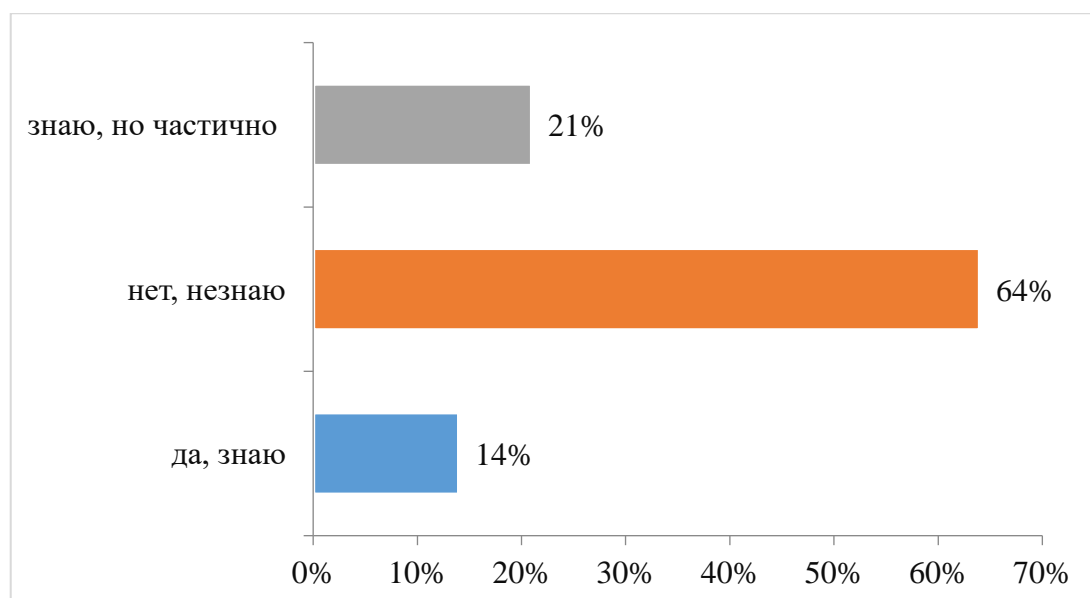


Рис. 12. Информированность о мерах профилактики

Вывод: информированы о мерах профилактики хронического бронхита (Рис. 12) всего лишь 8 пациентов, не имеют представлений о мерах профилактики 19 человек, частично информированы только 4 пациента.

13. Посещаете ли Вы санатории, вне обострения заболевания?

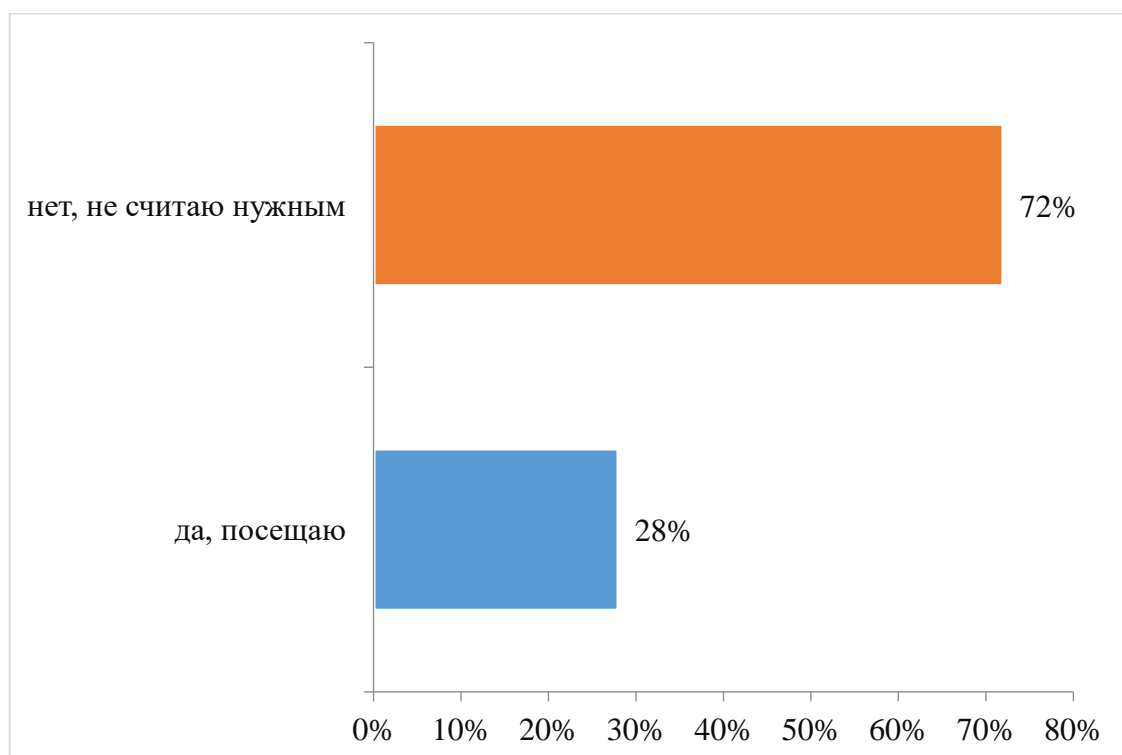


Рис. 13. Посещение санатория

Вывод: посещают санатории (Рис. 13) всего лишь 8 пациентов из 31 опрошенного, что касается 23 пациента, то они не считают нужным посещать санаторий.

Итак, в ходе проведенного исследования необходимо отметить, что на сегодняшний день хронический бронхит наблюдается довольно часто, имеет разные формы течения и разные клинические проявления, что касается мер профилактики, то необходимо также подчеркнуть, что из всех опрошенных, лишь малая часть имеют представление о мерах профилактики, это подчеркивает необходимость проведения санитарно – просветительной работы.

2.3. Рекомендации по профилактике хронического бронхита

Профилактика хронического бронхита, как и острого, складывается из мероприятий:

- индивидуальных
- общих оздоровительных
- гигиенических.

Индивидуальные меры:

- предупреждение охлаждения,
- регулярное закаливание организма,
- физкультура и спорт,
- прекращение курения,
- санация верхних дыхательных путей.

Для предупреждения повторных обострений заболевания необходимо, чтобы больной прекратил курение.

При наличии профессиональных вредностей следует принять меры к их устранению, провести трудоустройство больного, предварительно отстранив его от работы, связанной с переохлаждением, воздействием пыли, загазованностью.

В периоде ремиссии заболевания периодически назначают курсовое лечение общеукрепляющими и тонизирующими средствами, препаратами, которые повышают неспецифический иммунитет (витамины группы В, А, К, настойка женьшеня, пантокрин, ФиБС, метилурачил, пирогенал, продигозан, физиотерапевтические процедуры и др.).

Большое значение имеют своевременное выявление и санация хронических заболеваний ЛОР органов (тонзиллит, синуситы, ринит, гайморит, полипы, аденоиды), которые могут служить очагами инфекции и сенсбилизации организма.

Важное место в профилактике обострений заболевания принадлежит санаторно-курортному лечению. Предпочтение отдается приморским курортам с теплым морским климатом, а также степным, горным и местным курортам. При выборе курорта следует помнить, что резкая смена климата может вызвать обострение заболевания.

Существенное значение имеют постоянное проведение постурального дренажа, занятия дыхательной гимнастикой, лечебной физкультурой, закаливание, при котором большое значение отводится водным процедурам (обтирания, прохладные души).

Больные хроническим бронхитом должны находиться под диспансерным наблюдением.

Профилактика развития хронического бронхита заключается в предупреждении, своевременном и правильном лечении острых катаров верхних дыхательных путей и гриппа, а также острых инфекционных заболеваний у детей (корь, коклюш).

Важное значение придается своевременной санации носоглотки. Большая роль принадлежит рациональному физическому воспитанию, занятиям физкультурой и спортом.

Велика роль оздоровительных и гигиенических мероприятий в быту и на производстве, и прежде всего борьба с пылью и загрязнением атмосферного воздуха газами и другими вредными веществами.

При закаливании необходимо соблюдать систематичность и регулярность проведения мероприятий. Начинают закаливание с приёма воздушных ванн и сухих растираний тела, мытья ног перед сном водой t 32-34°C с последующим снижением температуры через 2-3 дня на 1°C до температуры водопроводной воды.

После привыкания к воздушным ваннам переходят к обтиранию: вначале влажным отжатым полотенцем, далее влажным не отжатым полотенцем.

Затем приступают к обливанию водой индифферентной температуры (30-32°C) с последующим снижением её на 1°C каждые 2-3 дня до температуры водопроводной воды. Срок перехода от процедуры одной интенсивности охлаждения к другой занимает 7-14 дней.

Закаливание неотделимо от соблюдения правил личной гигиены. Необходимо следить, чтобы была всегда сухая, соответствующая сезону одежда.

Большое значение имеют:

- проветривание помещений,
- борьба с пылью,
- проведение профилактических мероприятий против инфекций, наиболее часто обуславливающих развитие бронхита, в особенности против гриппа.

Эффективна специфическая профилактика вирусного гриппа активной иммунизацией населения живой противогриппозной вакциной и закапыванием в нос интерферона.

В первичной профилактике бронхитов существенное значение имеет раннее выявление и тщательное лечение ринитов, тонзиллитов, воспалений придаточных пазух носа.

В каждом случае хронического бронхита необходима консультация оториноларинголога для определения эффективности носового дыхания, выявления возможных инфекционных очагов и их лечения.

Ввиду большой роли аллергии при хроническом бронхите необходимо использовать все средства аллергологической диагностики с целью отстранения больных от дальнейшего контакта с аллергенами и проведения десенсибилизации.

Среди мероприятий вторичной профилактики при хроническом бронхите большое значение имеет постоянное проведение дыхательной лечебной гимнастики, процедур позиционного дренажа бронхов. Профилактическими мероприятиями для хронического бронхита является также борьба с производственной пылью, загазованностью воздуха.

Предупреждение прогрессирования дыхательной и сердечной недостаточности при хроническом бронхите во многом определяется своевременным и правильным трудоустройством больных.

Противопоказанными являются значительная физическая нагрузка, неблагоприятные метеорологические условия, влияние пыли и раздражающих дыхательные пути газон, влияние бронхотропных и пульмотропных ядов, при наличии аллергии к экзогенным аллергенам – контакт с аллергенами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический бронхит - воспалительный процесс в слизистой оболочке бронхов и перибронхиальной ткани, проявляющийся постоянным или периодически возникающим кашлем с мокротой на протяжении не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет и более.

При хроническом бронхите происходит гиперплазия бокаловидных клеток бронхиальных желез, гиперсекреция слизи в бронхах и изменение ее свойств, воспалительный отек и инфильтрация слизистой бронха, нарушение бронхиальной проходимости и дренажной функции бронхов, нарушение баланса между ингибиторами протеиназ (α -1-антитрипсин) и протеиназами (нейтрофильная эластаза).

1. Хронический бронхит представляет собой весьма острую проблему не только в России, но и во всем мире. Проблема тесно переплетается с социально-экономическими проблемами в обществе, включая загрязнения окружающей среды и курение [3].

2. Затруднена диагностика хронического бронхита, так как не проводится комплексное пульмонологическое обследование с включением современных лабораторных и инструментальных исследований, позволяющее выявить четкие диагностические признаки для установления истинной причины и механизма формирования хронической бронхита [3].

3. Прогноз хронического бронхита всегда серьезный, поскольку со временем заболевание прогрессирует и может приводить к необратимым изменениям в легких [3].

Осложнениями хронического бронхита является очаговая пневмония, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце, вторичный эритроцитоз, бронхоэктазы.

Профилактика: своевременное лечение острых бронхитов и респираторных заболеваний, раннее выявление и лечение начальных стадий хронического бронхита, закаливание организма.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] / Э. В. Смолева - Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 103 с.
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263396.html>
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Н. И. Федюкович - Ростов н/Д: Феникс, (Среднее медицинское образование). 2018. – 109 с. – Режим доступа:
<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785222301227.htm>
3. Касымова Е. Б., Башкина О. А., Иманвердиева Н. А., Арсанова Х. И., Попова Е. В. (Астраханский государственный медицинский университет) [Текст] Особенности формирования и течения хронического 25 мая 2018г.
4. Основы патологии [Электронный ресурс]: учебник / Митрофаненко В. П., Алабин И. В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Режим доступа:
<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970437704.html>
5. Патологическая анатомия: [Текст] учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Паукова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1. Общая патология. - 720 с.
6. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник/ М. В. Зюзенков, И. Л. Месникова, Р. В. Хурса, Е. В. Яковлева - Минск: Высшая школа, 2017. – 94 с. – Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789850627490.html>
7. Практическая пульмонология: руководство для врачей [Электронный ресурс] / под ред. В. В. Салухова, М. А. Харитоновна - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442357.html>
8. Пропедевтика внутренних болезней в рисунках, таблицах и схемах [Электронный ресурс]: учеб. пособие / под ред. А. Н. Куликова, С. Н.

Шуленина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439227.html>

9. Профессиональные болезни [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов 4 курса лечебного факультета / В. А. Луняков, О. М. Урясьев, Ю.А. Панфилов - Рязань: ООП УИТТиОП, 2017. 103 с. – Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ryazgmu_020.html

10. Пульмонология в 3-х частях [Текст] 1-ая часть, учебное пособие/ под ред. О. В. Маршалко, А. И. Карпович, 2016. – 71-72 с. с.

11. Пульмонология в 3-х частях [Текст] 1-ая часть, учебное пособие/ под ред. О. В. Маршалко, А. И. Карпович, 2016. – 69 с.

12. Пульмонология в 3-х частях [Текст] 1-ая часть, учебное пособие/ под ред. О. В. Маршалко, А. И. Карпович, 2016. – 66 с. - 67 с.

13. Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания [Электронный ресурс] / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4220-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442203.html>

14. Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания [Электронный ресурс] / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://client.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970442203.html>

15. Смолева Э.В., Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Электронный ресурс] / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д: Феникс, 2017. - 83 с. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222285671>

16. Хронический бронхит- [Электронный ресурс].<https://akulova27.ru/wp-content/uploads/2017/01/Hronicheskiy-bronhit.pdf>

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

Уважаемые респонденты! С целью изучения участия медицинских сестёр в работе школ здоровья «Бронхиальной астма» и оценки качества оказания медицинских услуг просим Вас ответить на следующие вопросы (*нужное подчеркнуть*).

Анкетирование проводится анонимно.

1. **Ваш пол?** жен.; муж. (*нужное подчеркнуть*)
2. **Ваш возраст?** 18 – 30 лет; 31 – 45лет; 46 – 60 лет; 61 год и выше. (*нужное подчеркнуть*)
3. **Какие симптомы Вы можете отметить?** боли в груди; одышка; кашель. (*нужное подчеркнуть*)
4. **Имеются ли вредные привычки?** курил, но бросил; нет, не курю; да, курю. (*нужное подчеркнуть*)
5. **Возникает, ли у Вас одышка и приступы удушья?** Да; нет; не знаю, не могу понять. (*нужное подчеркнуть*)
6. **Беспокоят, ли Вас приступы удушья?** да, но редко; нет, не беспокоят; да довольно часто. (*нужное подчеркнуть*)
7. **Имеет ли мокрота при кашле?** да, имеется; нет, её не; не обращал внимание. (*нужное подчеркнуть*)
8. **Какой у вас вид мокроты?** с примесью крови; гнойный; слизистый. (*нужное подчеркнуть*)
9. **Какой вид лечения Вам назначен?** физиотерапия; дыхательная гимнастика; лекарственные ингаляции; отхаркивающие средства; антибиотики. (*нужное подчеркнуть*)
10. **Какой вид лечения Вы предпочитаете?** немедикаментозное лечение; медикаментозное лечение. (*нужное подчеркнуть*)
11. **Соблюдаете, ли Вы назначения лечащего врача?** да, но частично; нет; да, полностью. (*нужное подчеркнуть*)
12. **Знаете ли, Вы какие нужно проводить профилактические меры по предотвращению таких заболеваний как ОРВИ, ОРЗ, грипп, бронхит?** знаю, но частично; нет, не знаю; да, знаю. (*нужное подчеркнуть*)
13. **Посещаете ли Вы санатории, вне обострения заболевания?** нет, не считаю нужным; да посещаю. (*нужное подчеркнуть*)
14. **Ваши предложения** _____

Благодарим Вас за участие! Будьте здоровы!