

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 Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ**

Дипломная работа студента

очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051581
Чвертняк Алексея Иосифовича

Научный руководитель:
преподаватель Самсонова А.В.

Рецензент:
Врач - пульмонолог, ОГБУЗ
«Областная клиническая больница
Святителя Иоасафа»
Лагутина Т.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ..... | 5 |
| 1.2. Причины, симптомы, диагностика острых пневмоний..... | 5 |
| 1.2. Современные методы лечения, ухода и профилактики острых пневмоний..... | 10 |
| ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРАКТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ..... | 16 |
| 2.1. Анализ статистических данных по острой пневмонии..... | 16 |
| 2.2. Анализ результата исследования особенностей сестринского ухода при острой пневмонии..... | 20 |
| 2.3. Рекомендации для пациентов и медицинских сестер..... | 36 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 37 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..... | 38 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ..... | 40 |

ВВЕДЕНИЕ

Наличие у значительной части больных тяжелых сопутствующих заболеваний и некоторых факторов риска, в том числе первичного и вторичного иммунодефицита, оказывает существенное влияние на течение и прогноз пневмоний [9].

Наибольший всплеск заболеваемости возникает зимой, и чаще болеют курильщики.

Актуальность исследования заключается в том, что, несмотря на улучшение качества медицинского ухода, информировании о ЗОЖ, количество больных острыми пневмониями растёт.

Большой процент распространённости острой пневмонии, осложнений возникающих после неё, влияние на социально-экономическую жизнь пациента обуславливают необходимость своевременного выявления. Правильно подобранное лечение ведёт к сокращению сроков лечения. Профессиональная работа медицинской сестры сокращает количество летальных исходов. Правильная организация сестринского процесса- залог на скорейшее выздоровление больного.

Цель работы – определить роль медицинской сестры в работе с пациентами, с острыми пневмониями.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

провести теоретический анализ данных по проблеме острой пневмонии;

изучить учебно-методическую литературу по теме дипломной работы;

провести анкетирование среди пациентов и медицинских работников

ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», на основании которого

разработать рекомендации пациентам и медсестрам по организации грамотного и качественного ухода при острых пневмониях и профилактике.

Объект исследования: пациенты с острыми пневмониями, проходящими лечение в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Предмет исследования - профессиональная деятельность медицинской сестры при острых пневмониях

Методы исследования:

- теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный: сравнительный, комплексный метод;
- социологические: анкетирование, интервьюирование;
- статистические – статическая обработка информационного массива.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Время исследования: 2018-2019 гг.

Гипотеза. Предполагается, что лечение, санитарно-просветительские мероприятия, проводимые медицинскими работниками, сократят заболеваемость острой пневмонией среди населения и уменьшат количество осложнений, сократят сроки лечения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

1.2. Причины, симптомы, диагностика острых пневмоний

«Пневмония – острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких, наличием внутри альвеолярной экссудации (преимущественным поражением альвеол, а также бронхов мелкого калибра, бронхиол) и выраженными в различной степени в различной степени лихорадкой, интоксикацией и дыхательной недостаточностью» [17].

Этиологический диагноз, перспективное решение в лечении больных острой пневмонией. На практике же, способ испытывает трудности, не всегда выделенная из мокроты больного определенная бактерия является возбудителем. В большинстве случаев, при бактериологическом исследовании мокроты больных пневмонией выделяются сообщества (ассоциации) микроорганизмов.

Существует множество различных факторов риска, повышающих вероятность возникновения заболевания. Наиболее распространенными из них являются:

- «иммунодефицит наследственного характера;
- врожденные аномалии развития легких или сердца;
- раннее курение;
- хронические очаги инфекции в пазухах носа, носоглотке;
- кариес;
- приобретенный порок сердца;
- ослабление иммунитета вследствие часто повторяющихся вирусных и бактериальных инфекций.
- хронические болезни респираторного тракта – бронхов, легких;

пристрастие к алкоголю;
декомпенсированная стадия сердечной недостаточности;
патологии эндокринной системы;
наркомания, особенно вдыхание наркотического средства через нос;
иммунодефициты, в том числе при ВИЧ-инфекции и СПИДе;
длительное вынужденное нахождение в лежачем положении, например при инсульте;
как осложнение после хирургических операций на грудной клетке;
травмы груди, живота» [1].

«Наиболее частым путём проникновения микроорганизмов в лёгочную ткань является бронхогенный. Этому способствуют: аспирация, вдыхание микробов из окружающей среды, переселение патогенной флоры из верхних отделов дыхательной системы (нос, глотка) в нижние отделы.

Гематогенный путь распространения инфекции встречается реже — при внутриутробном заражении, общеинфекционных заболеваниях, септических процессах и наркомании с внутривенным введением наркотиков.

При пневмонии любой этиологии, происходит фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхиол — развивается острый бронхит или бронхиолит различного типа — от лёгкого катарального до некротического. Распространение микроорганизмов за пределы респираторных бронхиол вызывает воспаление лёгочной ткани — пневмонию. Рефлекторно, с помощью кашля и чихания, организм пытается восстановить проходимость бронхов, но в результате происходит распространение инфекции на здоровые ткани, и образуются новые очаги пневмонии. Развивается кислородная недостаточность, дыхательная недостаточность, а в тяжёлых случаях и сердечная недостаточность» [8].

Клиническая картина пневмонии во многом определяется возбудителем (причиной) заболевания, а также объемом поражения самого легкого. Для нее практически всегда характерны общие симптомы в виде слабости и повышенной утомляемости, головной и мышечной боли, снижения аппетита.

Все это сопровождается ознобом и резким подъёмом температуры тела до 38-40°C. Для пневмонии также присущ сухой кашель, который через некоторое время становится влажным с трудно отделяемой слизисто-гнойной мокротой. При этом больные могут жаловаться на боль в грудной клетке, усиливающуюся при дыхании и кашле, что в свою очередь свидетельствует о поражении плевры. Достаточно часто тяжелое течение пневмонии сопровождается одышкой, бледностью и синюшностью кожи лица в области носогубного треугольника. На основании клинико-рентгенологических данных в зависимости от объема поражения легкого выделяют очаговую, долевую (крупозную) и тотальную пневмонию.

По этиологии делят на:

1. Бактериальные;
2. Вирусные
3. Микроплазменные и риккетсиозные
4. Обусловленные химическими и физическими раздражениями
5. Аллергические
6. Смешанные
7. Неуточнённой этиологии

По клинико- морфологическим признакам

1. Крупозная
2. Очаговая
3. Интерстициальная
4. Смешанная

По патогенезу

1. Первичная
2. Вторичная

По течению

1. Остротекущая
2. Затяжная

Очаговой пневмонии часто предшествует вирусная инфекция верхних дыхательных путей. Само же заболевание нередко начинается постепенно (в виде второй «волны» инфекции) с повышения температуры и появления сухого кашля. При очаговой пневмонии поражаются преимущественно нижние отделы легких. Очаги воспаления представляют собой инфильтраты размером 0,5-1 см, которые располагаются в одном или нескольких сегментах одного или реже – обоих лёгких

Крупозная пневмония характеризуется поражением как минимум доли легкого с обязательным вовлечением в процесс плевры. Заболевание при этом наоборот начинается остро с потрясающего озноба и резкого повышения температуры тела до 39-40°C. Практически одновременно с этим из-за сопутствующего поражения плевры отмечается появление боли в грудной клетке. При крупозной пневмонии кашель присоединяется в течение дня и уже изначально может носить характер влажного. Иногда заболевание сопровождается одышкой в покое и лихорадочным румянцем щек, более выраженным на стороне поражения.

Сегментарные пневмонии характеризуются воспалением целого сегмента, воздушность которого снижена из-за спадения альвеол (ателектаз). Такие пневмонии имеют склонность к затяжному течению, приводящему к фиброзированию лёгочной ткани и деформации бронхов.

Стафилококковая пневмония характеризуется высокой склонностью к развитию обширных некрозов легочной ткани с последующим образованием в ней абсцессов. По некоторым данным летальность при пневмонии данной этиологии у взрослых достигает 30-40%. Заболевание характеризуется острым началом с высокой фебрильной лихорадкой (до 40-41°C) и обильными выделениями гнойной мокроты. Иногда оно сопровождается спутанностью сознания и наличием положительных менингеальных симптомов.

В настоящее время развитие легионеллезной пневмонии возникает преимущественно при контакте с загрязненной системой кондиционеров высотных зданий и офисных помещений. Заболевание начинается с потери

аппетита, головной боли, слабости, а иногда и диареи. Такие симптомы как кашель, боли в горле и груди появляются несколько позднее.

Наиболее частыми осложнениями пневмонии являются острая дыхательная недостаточность и респираторный дистресс-синдром, плеврит, эмпиема плевры и абсцесс легкого, легочное сердце, эндокардит, миокардит и перикардит, инфекционно-токсический шок, менингит и гломерулонефрит, ДВС-синдром» [5].

По типу болезни пневмония может быть первичной. Возникает в замкнутых коллективах, чаще в период вирусных эпидемий. К основным возбудителям относятся : *Str. pneumonia* , *Mycoplasma*, *Legionella*, вирусы.

Вторичные пневмонии. Пневмонии у больных с тяжёлой фоновой соматической патологией (сердца, почек, печени, желудочно-кишечного тракта). Нарушается система местной защиты легких, микроциркуляция, развиваются гуморальный и клеточный иммунодефицит.

Основные возбудители: *Str. Pneumonia*, *Haemophilus influenzae* , другие грамотрицательные микробы, смешанная микрофлора» [5].

Диагностика. Диагностику проводят на основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования пациента. Для подтверждения диагноза проводятся дополнительные исследования:

- рентгенографическое исследование органов грудной клетки;
- микроскопия мокроты и посев биоматериала на питательные среды, и определение чувствительности к антибиотикам выделенного микроорганизма, является очень важным анализом, так как дает возможность выявить возбудителя пневмонии и назначить адекватное лечение;
- общий и биохимический анализ крови и мочи;
- исследование оксигенации крови;
- серологическое исследование (определение антител к грибкам , микоплазме , хламидии и легионелле, цитомегаловирусу);
- цито- и гистологическое исследование.

При необходимости врач может назначить провести дополнительные диагностические исследования:

- компьютерная томография;
- плевральная пункция;
- бронхоскопия

Осложнения

Чаще всего пневмония протекает без осложнений, но при несвоевременной и неадекватной антибиотикотерапии возможны тяжелые осложнения. Самые частые из них: абсцесс легкого; плеврит; обструктивный синдром; острая дыхательная недостаточность; сепсис; эндокардит и перикардит; отек легкого; острые психозы.

1.2. Современные методы лечения, ухода и профилактики острых пневмоний

Больные с острой пневмонией должны лечиться в стационаре. Допустим вариант лечения на дому, только при соблюдении правил стационарного режима и лечения.

Лечение пневмонии должно быть комплексным: антибактериальная терапия (подавление бронхолегочной инфекции); отхаркивающие и муколитические лекарственные средства; противовоспалительные и патогенетические лекарственные средства: сульфаниламиды, антигистаминные лекарственные средства; бронхолитики (при наличии бронхоспазма); дезинтоксикационные и иммунокорректирующие лекарственные средства; физиотерапия; лечебная гимнастика, массаж.

Медицинская сестра тщательно и точно выполняет назначения врача, ведет контроль приема медикаментов, переносимости лекарственных средств, своевременно выявляет симптомы побочных эффектов, следит за количеством и характером мокроты, осуществляет контроль АД, ЧДД, пульса; проводит кислородотерапию, в задачи ЛФК входит: укрепление общего состояния

больного; улучшение лимфо- и кровообращения; предупреждение формирования плевральных спаек; укрепление сердечной мышцы.

Также она проводит: обучение пациентов кашлевой культуре, дренажным положениям и упражнениям, правилам приема лекарств; беседы: о значении дыхательной гимнастики; о характере питания при пневмонии, о мерах по предупреждению осложнений пневмонии. Режим на время лихорадки назначается постельный, стандартная диета.

В I период лихорадки необходимо больного уложить, тепло укрыть, согреть грелками, дать обильное горячее питье, следить за частотой и ритмом пульса, дыхания, АД, физиологическими отправлениями. Во II периоде лихорадки необходимо установить индивидуальный пост, постоянно проводить наблюдение за больным. Следует положить холодный компресс на голову, пузырь со льдом на крупные сосуды, увеличить питьевой режим (клюквенный морс, соки, минеральная вода). Кормить в это время нужно полужидкой пищей 6-7 раз в день, иногда ночью, по 50-60 мл на прием. Усилить уход за полостью рта, так как у лихорадящих больных сохнет во рту, на губах появляются трещины. Физиологические отправления лихорадящий больной совершает в постели. Поэтому необходимо своевременно подать судно, мочеприемник. После акта дефекации нужно подмыть больного. Если больной в течение 6-8 ч не мочится, сообщить об этом врачу. Также нужно осуществлять контроль за сердечно-сосудистой деятельностью (измерять АД, подсчитывать частоту пульса, ритм, наполнение и напряжение) и вести наблюдение за частотой и ритмом дыхания. При их нарушении немедленно вызвать врача. Такой щадящий режим при проведении антибактериальной терапии пневмонии - важное условие успешного лечения и предупреждения осложнений.

Резкое падение температуры тела в III периоде лихорадки (критическое) при лечении антибиотиками происходит очень редко и тяжело переносится больными. Развивается обильное потоотделение, которое может сопровождаться развитием острой сердечнососудистой недостаточности. Конечности становятся холодными, кожа покрывается холодным потом,

появляется цианоз губ, одышка, пульс учащается, становится нитевидным. АД может снизиться до 80/50 мм рт.ст. В таком случае нужно: срочно вызвать врача, уложить больного горизонтально (убрать подушки), ножной конец кровати поднять на 30-40 см, обложить больного грелками, напоить горячим крепким чаем, сменить при необходимости белье. Медикаментозную терапию проводить по назначению врача. Чаще температура снижается в течение 1-2 суток (литически), что нужно учитывать при наблюдении за больными. Режим расширяют сразу после снижения температуры тела до субфебрильной. Рекомендуются обильное питье, до 2-х литров жидкости в день (при отсутствии недостаточности кровообращения). При отсутствии аппетита дают крепкие бульоны, фрукты, фруктовые соки, кисломолочные продукты.

Необходимо следить за полостью рта, который надо полоскать после каждого приема пищи. У тяжелых больных следует протирать десны, слизистые оболочки неба, щеки, язык (2% раствором гидрокарбоната натрия или слабым раствором перманганата калия). Герпетические высыпания в углах рта и на носу смазываются цинковой мазью.

Надо следить за физиологическими отправлениями пациента и проводить после них гигиенические мероприятия. Функция кишечника регулируется пищевым рационом. При задержке стула показаны: чернослив, отварная свекла, натощак, кефир, простокваша, черный хлеб. При отсутствии эффекта назначаются слабительные средства, очистительные и масляные клизмы. У тяжелых больных следует протирать полость рта, язык и зубы тампоном со слабым раствором перекиси водорода.

Пациента надо научить культуре кашля, обеспечить индивидуальной плевательницей, своевременно проводить ее дезинфекцию. Помещение, в котором находится больной, должно систематически (не реже 2 раз в день) проветриваться в течение не менее 30 мин, проводиться влажная уборка с дезинфицирующим раствором, ультрафиолетовое облучение кварцевой лампой.

Антимикробная терапия лежит в основе лечения пневмонии и проводится строго по назначению врача с учетом прогноза и места лечения. С этой целью

назначаются антибиотики (левофлоксацин, кларитромицин, эритромицин, цефуроксим), сульфаниламиды (сульфапиридазин, сульфален, сульфадиметоксин, хиноксидин), эубиотики (бисольвин, бисептол), нитрофурановые препараты (фуразолидон, фурадонин, фурагин) с адекватной состоянию пациентов кратностью и в соответствующих дозах. Если у больного ранее не было аллергических реакций на продукты и лекарства, то антибиотики ему вводятся условно, без проб. Если же в анамнезе имеется аллергия на продукты (но не на лекарства), то этим больным последовательно (при отрицательной реакции) проводят скарификационную кожную пробу (или сублингвальную), внутрикожную пробу и лечение антибиотиком. Если у пациента ранее отмечались слабые аллергические реакции на лекарства, то до лечения ему сначала проводят капельную пробу и при отрицательной реакции последовательно скарификационную и внутрикожную пробы.

Лицам с выраженными аллергическими реакциями в анамнезе в лабораторных условиях подбирают безопасное лекарство, а потом проводят тестирование по схеме для предыдущей группы. При проведении этих проб обязательно наличие противошоковых наборов и обученного медицинского персонала. Медицинская сестра рассказывает пациенту, что при назначенных антибиотиках нужно питаться витаминами. Следит за состоянием больного при введении антибиотика. Родственникам рассказывает, как правильно ухаживать за лихорадящим больным.

Реабилитация. Основной задачей реабилитации является, более раннее и полное восстановление функции органов дыхания, повышение адаптации к физическим нагрузкам.

Проводится в зависимости от тяжести течения заболевания, распространенности воспалительного процесса, характера течения и сопутствующих заболеваний. Она начинается после купирования симптомов интоксикации. В это время ЛФК начинают с поиска оптимального положения больного для уменьшения боли и профилактики спаечного процесса. Необходимо рекомендовать пациенту лежать на здоровом боку с валиком под

грудной клеткой 3-4 часа в день, что улучшит вентиляцию в больном легком и предупредит образование плевральных спаек в реберно-диафрагмальном углу. Больные на постельном режиме выполняют упражнения лежа, преимущественно в медленном темпе.

Дозированные физические нагрузки при пневмонии являются активным биологическим средством мобилизации защитных реакций, направленных на компенсацию нарушенных функций бронхолегочной системы и дыхательной недостаточности.

Эти цели достигаются с помощью лечения положением, применения статических, динамических и специальных дыхательных упражнений (дыхание с преодолением сопротивления в конце выдоха, локализованное), общеукрепляющих физических упражнений, негимнастических форм ЛФК, спортивно-прикладных упражнений, расширяющих двигательную активность (ходьба, игры, занятия на тренажерах).

При улучшении общего состояния и снижения температуры до нормальной или субфебрильной, медицинская сестра по назначению врача проводит статические дыхательные упражнения для усиления вдоха и выдоха [1].

«При затяжном течении пневмонии появляется необходимость восстановить эффективный бронхиальный дренаж, который осуществляется при бронхоскопической санации. Для достижения положительного эффекта на воспалительный процесс и микрофлору применяют чрескожную катетеризацию трахеи и бронхов с многократным в течение суток введением лекарственных средств.

Профилактика. Первичная: закаливание организма, предупреждение простудных заболеваний, исключение вредных привычек, рациональное питание, общая двигательная активность, лечение хронических заболеваний, приём комплексов поливитаминов в зимнее и весеннее время для повышения иммунитета» [12].

«Профилактика гриппа и других ОРВИ, включает приём противовирусных, иммуномодулирующих препаратов, и вакцинацию.

Вторичная (диспансеризация): наблюдение за реконвалесцентами после пневмонии с острым течением проводится после выписки трехкратно в течение 6 месяцев.

Пациенты, перенесшие пневмонию с затяжным течением, с остаточными изменениями в легких, увеличенной СОЭ и изменениями биохимических тестов крови наблюдаются в течение года» [11].

Медицинская сестра даёт рекомендации пациенту: избегать переохлаждений, придерживаться правильного питания, соблюдать режим труда и отдыха, являться к врачу для обследования по диспансеризации, стараться избегать контактов с болеющими вирусными заболеваниями, не болеть самому.

Прогноз острой пневмонии, обычно, благоприятный. Исключением можно считать больных в возрасте, больных, имеющих хронические заболевания, злоупотребляющих алкогольными напитками. В таких случаях чаще всего возникают осложнения, они же и определяют исход заболевания.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ

2.1. Анализ статистических данных по острой пневмонии

В данной работе проведены исследования заболевания острой пневмонии среди населения. По данным Роспотребнадзора отображённым в таблице 1, видим, что количество больных данной патологией растёт и самый большой показатель за период январь-апрель 2018 года, меньше больных было в 2015 и 2017 года.

Таблица 1

Количество зарегистрированных больных острыми пневмониями в
России

| Наименование заболевания | Зарегистрировано заболевания за январь – апрель 2015 года | | Зарегистрировано заболевания за январь – апрель 2016 года | | Зарегистрировано заболевания за январь-апрель 2017 года | | Зарегистрировано заболевания за январь-апрель 2018 года | |
|--------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|
| | всего | показатель на 100 тыс. человек | всего | показатель на 100 тыс. человек | всего | показатель на 100 тыс. человек | всего | показатель на 100 тыс. человек |
| Пневмония | 205539 | 140,92 | 257312 | 176,13 | 235538 | 160,88 | 295281 | 201,32 |

Исходя из предоставленных данных, идёт тенденция к росту среди населения с заболеванием с острой пневмонией. Можно предположить, что такая ситуация складывается в связи с факторами риска.

Есть профессии, которые входят в группу риска. Это те люди, которые работают на улице, или же во влажном помещении, вообще во влажности. Или те, кто мало бывает на солнце. Помимо профессий, места жительства, вредных привычек и социального положения, к факторам риска заражения можно

относительно пола, мужчины болеют чаще и возраст, у людей старше 65 заболеть вероятнее выше. По этим данным выводим статистику (Рис.1).



Рис.1. Статистические данные заболеваемостью пневмонией 2015- 2018 г в РФ

На базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» проводили анализ статистики и анкетирование пациентов. За период 2015-2018 находилось больных с пневмонией в общей сложности 719 человек, с деструктивной пневмонией было 43 человека (Рис. 2).

Таблица 2.

Состав больных в стационаре

| годы | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------------------------|------|------|------|------|
| нозологическая | | | | |
| пневмония | 135 | 229 | 170 | 185 |
| Деструктивная пневмония | 9 | 9 | 15 | 10 |



Рис. 2. Состав больных в стационаре ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Самое большое количество больных было в 2016 году. Связано с сильными морозами и частыми простудами у населения. Среди больных с осложнениями самое большое количество было в 2017 году.

На период 2019 года: январь – апрель в городе Белгороде в ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа было зарегистрировано 67 человек (Рис.3).

Таблица 3

Состав больных в стационаре январь-апрель 2019

| месяц | Январь | Февраль | Март | Апрель |
|-----------------------|--------|---------|------|--------|
| нозологическая группа | | | | |
| пневмония | 19 | 13 | 12 | 23 |

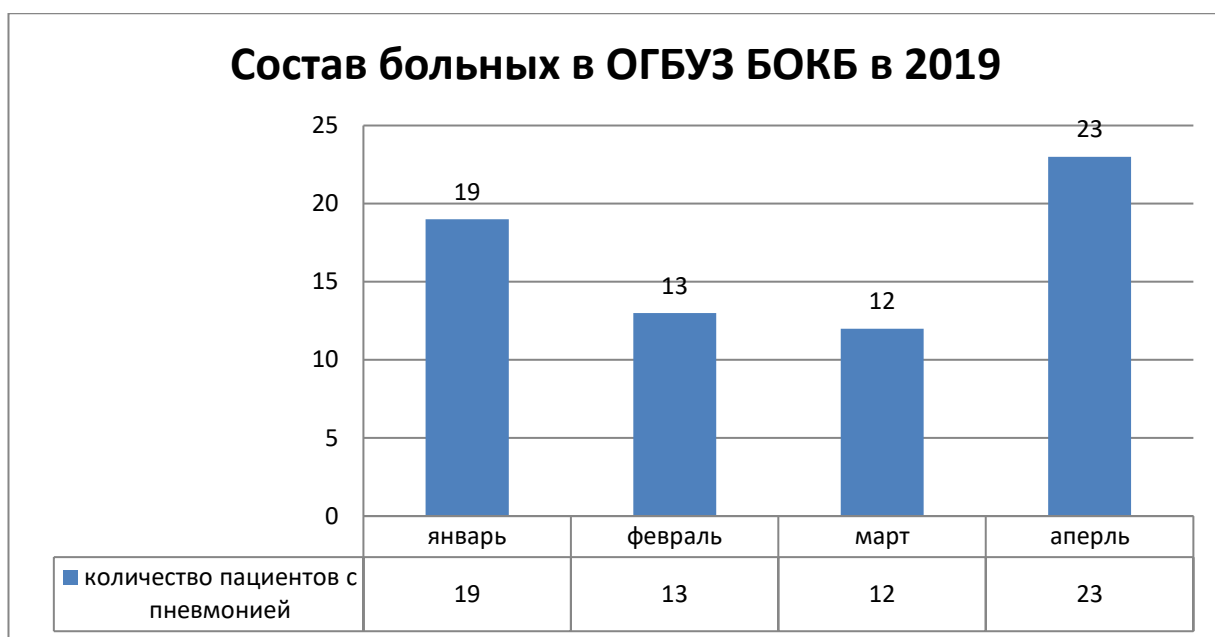


Рис. 3. Состав больных в ОГБУЗ БОКБ в 2019

Исходя из предоставленных данных видно, что наибольшее количество заболевших пневмонией приходится на апрель месяц. В этом месяце было самое наибольшее количество людей переболевшими простудными заболеваниями. Ссылаясь на Роспотребнадзор, в Белгородской области эпидемический порог не превышен.

Таблица 4

Средняя длительность койко-дней в пульмонологическом отделении
ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа

| годы нозология | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------------------------|------|------|------|------|
| пневмония | 15.7 | 15.2 | 14.3 | 15 |
| Деструктивная пневмония | 17.7 | 22.3 | 29.8 | 16.3 |

Мы приходим к выводу о том, что больные пневмонией большее количество дней находились на лечение в стационаре в 2015 году, до 2017 года отмечается уменьшение проводимых дней на лечении.

В 2018 году, по данным регионального Роспотребнадзора, показатели превышают не только 2017 год, но и выше многолетних общих показателей. Как отметила, Елена Оглезнёва, начальник регионального Роспотребнадзора, в регионе проводят мало исследований на обнаружение устойчивых к антибиотикам микроорганизмов [13].

В отношении деструктивной пневмонии на период 2015-2018 гг. показатели иного характера. Самый долгий период нахождения пациентов на лечении в стационаре приходится на 2017 год, самый короткий период отмечается в 2018 год.

Делая вывод по полученным статистическим данным, можно сказать, что прошедший 2018 год был не очень благоприятным для здравоохранения в целом по России, так как количество больных пневмонией порядком увеличилось. Опираясь на данные за 2019 год взятые в ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа, делаем вывод о том, что сезонные осложнения гриппа и ОРВИ и другие факторы риска этому могли поспособствовать.

2.2. Результаты собственного исследования особенностей сестринского ухода при острой пневмонии

Нами было проведено исследование, которое проводилось методом опроса, была составлена анкета для пациентов, состоящая из 21 вопроса. Пациентам предлагалось, заполнить анкету (анонимно), подчеркнуть вариант ответа, наиболее подходящий их состоянию. Данные анкетирования были использованы только в обобщённом виде. Отмечалось, что мнение пациентов очень важно, так как полученная информация позволит выявить наиболее распространенные факторы риска при острой пневмонии.

Целью данного исследования являлось выявление особенностей сестринского ухода при острой пневмонии, изучении факторов риска и клинических проявлений и мер профилактики при острой пневмонии.

В исследовании принимали участие 30 человек, 10 женщин и 20 мужчин (Рис. 4) пациентов пульмонологического отделения ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа г. Белгорода.

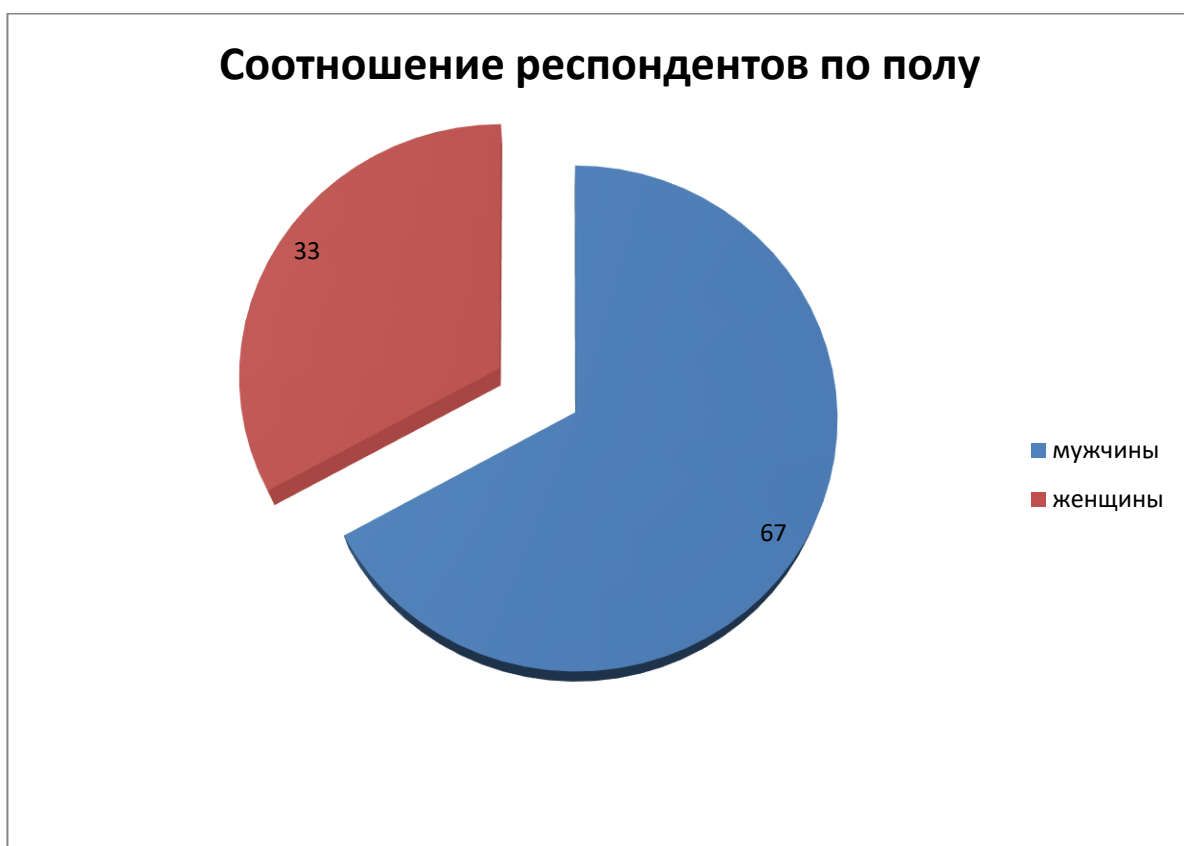


Рис. 4. Соотношение респондентов по полу

Из опрошенных респондентов мужчин получилось-67%, а женщин-33%.

У мужчин заболеть острой пневмонией вероятность больше, нежели у женщин.

Возраст респондентов варьировался от 20 до 65 лет (Рис.5).

В возрасте 20-35 лет было-8 %, возраст 35-45 лет –20 %;возраст 45-60 лет – 32 %; старше 60 -40%. Большая вероятность заражения пневмонией у группы 45-60 лет и у лиц, кто старше 60.

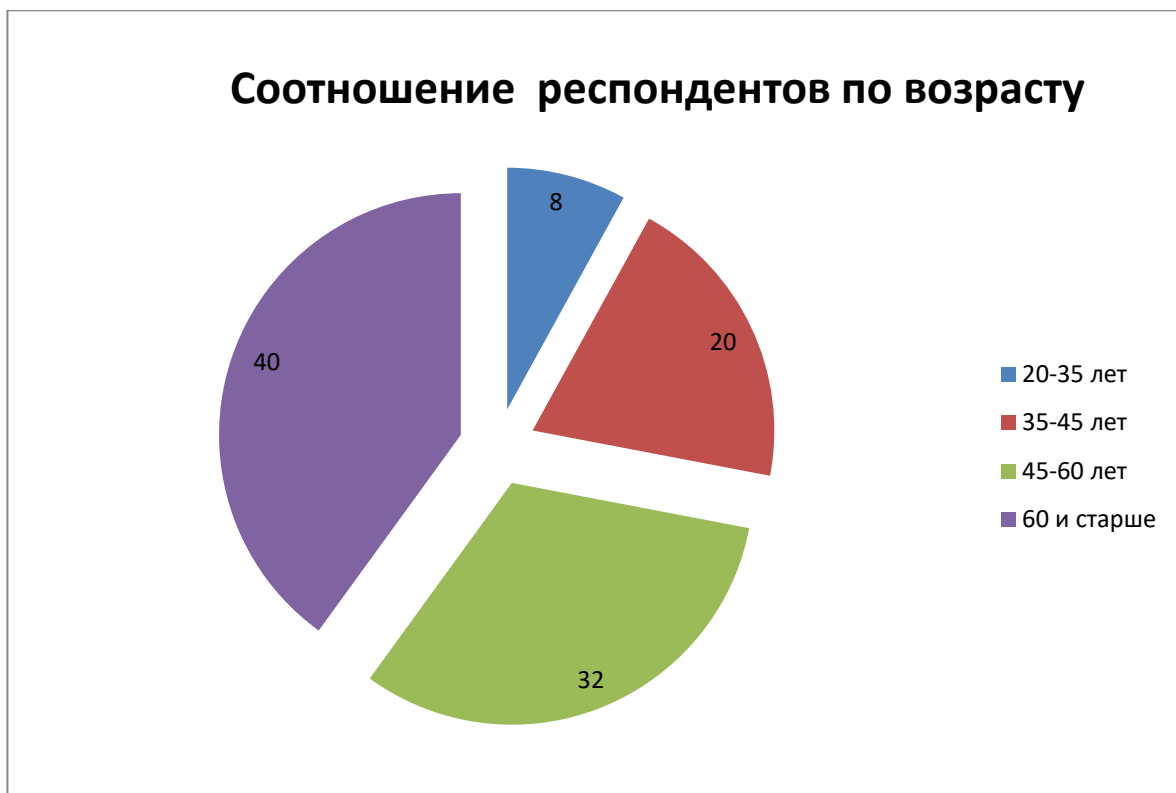


Рис.5 Соотношение респондентов по возрасту

Риск заболеть пневмонией велик у старшего поколения (60 и старше), ввиду ослабленности организма и других хронических заболеваний.

Среди респондентов были пенсионеры -7%; не работающие -15%; работающие во вредных условиях труда -55% и студенты – 5% (Рис.6).

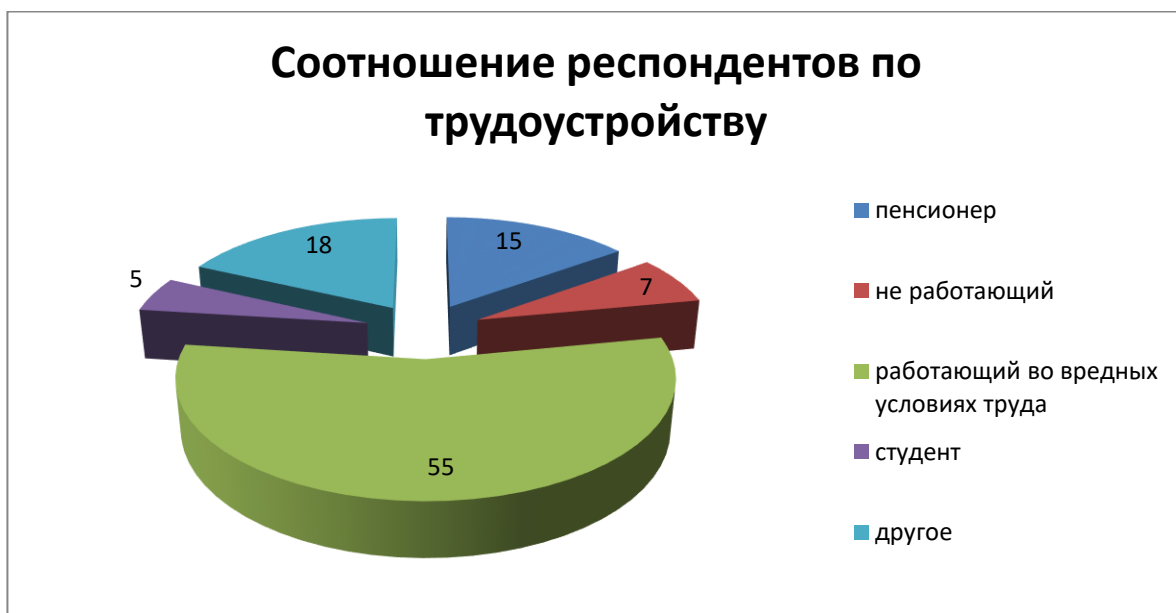


Рис. 6. Соотношение респондентов по трудоустройству

Наибольший риск заболеть острой пневмонией у работающих во вредных условиях труда.

Среди респондентов городских жителей- 35 %; жителей деревень –65% (Рис.7). Проживающие в деревнях и сельской местности могут чаще болеть, чем городские жители.



Рис. 7. Соотношение респондентов по месту жительства

По употреблению алкоголя (Рис. 8) количество респондентов разделилось следующим образом: часто пьющих - 35%; не пьющих – 10%, редко выпивающих – 25%;бросивших – 15%.



Рис.8 Соотношение респондентов по употреблению алкоголя

В группе риска те, кто злоупотребляет алкоголем(35%). Причиной тому, своеобразие поражения легких, 5% алкоголя выделяется через легкие. Туда же поступают и продукты метаболизма алкоголя, что, по-видимому, приводит к повреждению клеток. Главным механизмом, приводящим к поражению легких при алкоголизме, является обострение бронхолегочной инфекции в результате угнетения защитных свойств организма. У алкоголиков по сравнению с непьющими обнаружена более высокая чувствительность к некоторым видам бактериальной флоры.

Среди респондентов отношение к курению (Рис. 9) разделилось следующим образом: курят 55%; редко курят -25%; бросили курить -15%; не курят 5%.



Рис.9 Соотношение респондентов по пристрастию к курению

Курение поддерживает воспалительный процесс в бронхах, поэтому инфекция присоединяется гораздо чаще [9].

Курение ухудшает функцию легких. Вдыхание никотина способствует повышенной продукции слизи в дыхательном дереве, что может способствовать внедрению инфекции. Эти эффекты могут быть увеличены из-за снижения иммунитета, связанного с курением [15].

Состояние больного может быть отягощено, если помимо основного заболевания у него есть хронические заболевания (Рис.11). Изначально нужно лечить основное заболевание, а уж потом вторичную пневмонию. Несмотря на тяжесть её протекания, чтобы избежать затяжного состояния первичного заболевания. У респондентов были хронические заболевания, а именно ССС - 60%; с ЖКТ-10%; с хроническими заболеваниями дыхательной системы 25% и с другими хроническими заболеваниями 5%.

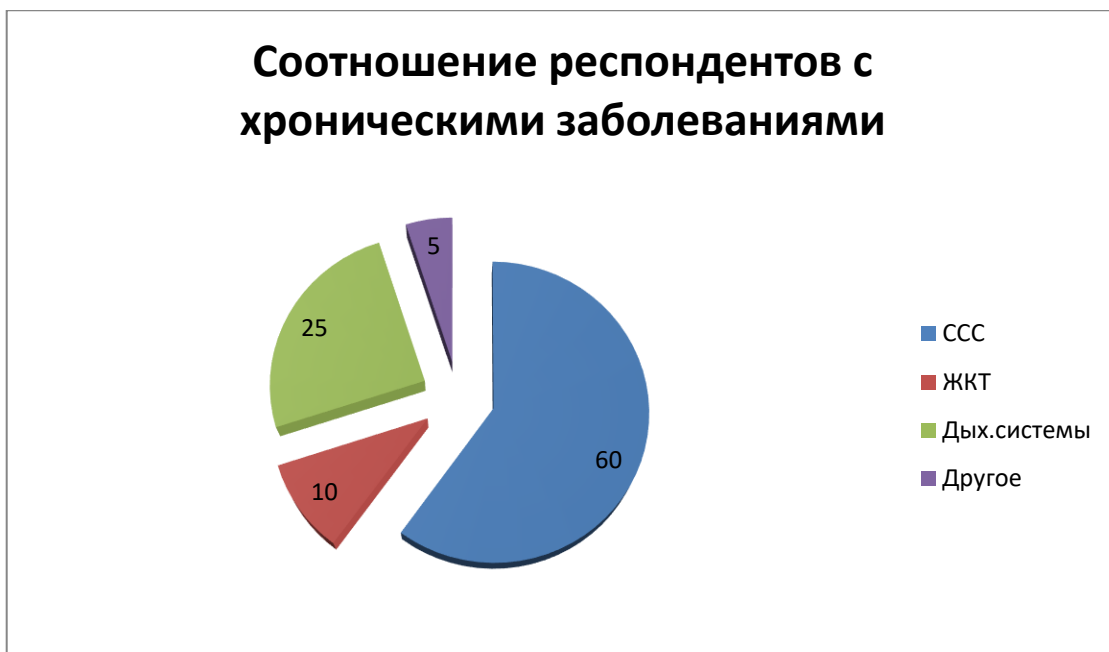


Рис.10. Соотношение респондентов с хроническими заболеваниями

Наличие стресса (Рис.11) будь то дома или на работе пагубно влияет на психоэмоциональное состояние человека. Длительный стресс является фактором риска при развитии острой пневмонии, так как заметно ухудшает иммунитет. Из опрошенных респондентов 33% попадают в стрессовые ситуации, 17% сталкиваются с ними редко и 50% не попадают в стрессовые ситуации.



Рис.11. Соотношение респондентов по испытыванию стресса

Вакцинация (Рис.12) один из методов профилактики любого заболевания, в том числе и пневмонии. При ежегодной вакцинации шанс заболеть минимален. Из респондентов регулярно прививаются 17%; иногда прививаются 36%; не прививаются 47%.



Рис.12. Соотношение респондентов по отношению к вакцинации

Чем чаще в год болеем простудными заболеваниями (Рис.13), тем больше ослабевает иммунитет. Вероятность заболеть пневмонией увеличивается многократно. Среди респондентов такое соотношение: 1 раз в год болеют 7%; 2 раза в год 33%; 3 раза и больше 60%.



Рис. 13. Соотношение респондентов по частоте простудных заболеваний

Как известно, есть легионеллезная пневмония. Вызывают её кондиционеры (Рис.14). Обычно ОРВИ возникает из-за резкого перепада температуры. вред от кондиционера заключается в накапливании на его влажном и нагретом теплообменнике различных бактерий и грибков (нередко вредоносных), частичек пыли и жира, нагара.

У опрошенных респондентов получилось соотношение: есть кондиционер у 30%, нет кондиционера у 70%.

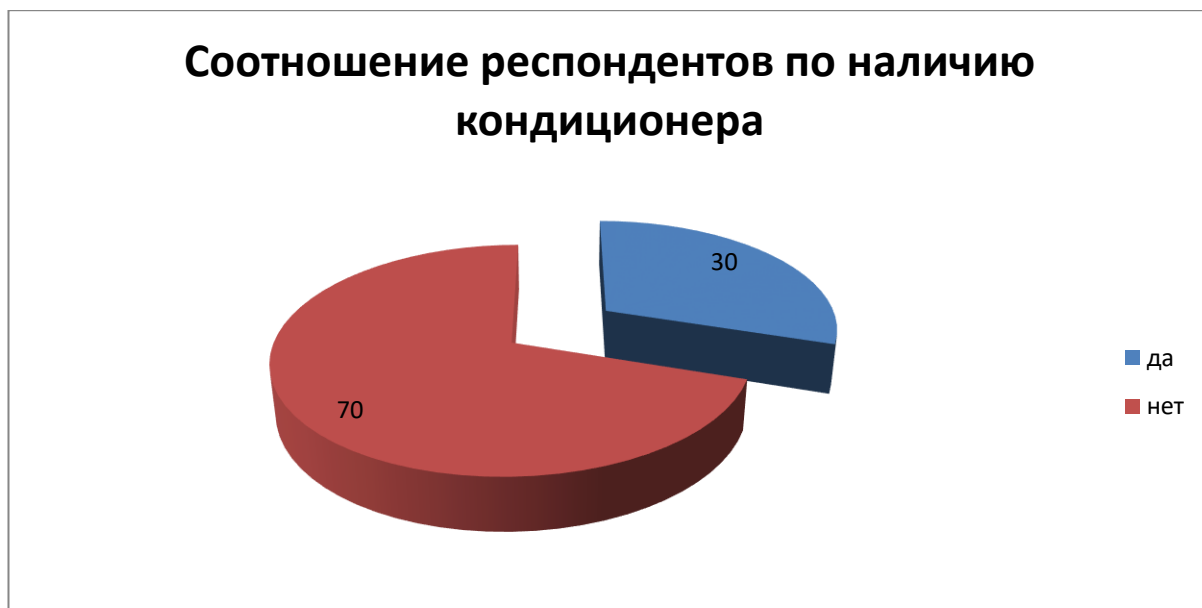


Рис.14 Соотношение респондентов по наличию кондиционера

Рекомендации врача (Рис.15) стоит соблюдать. Они даются для скорейшего выздоровления. Не все опрошенные с этим согласны. Не всегда выполняют рекомендации 7%; не все рекомендации выполняют 3% и 90% выполняют все рекомендации врача.

Соотношение респондентов по соблюдению рекомендаций врача

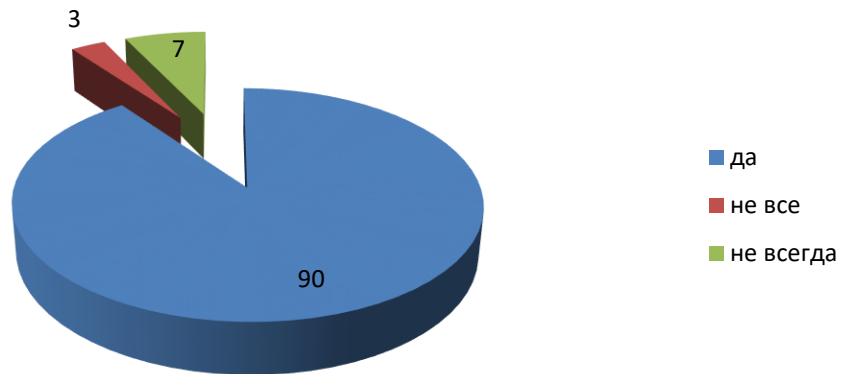


Рис. 15 Соотношение респондентов по соблюдению рекомендаций врача

Медицинские сестры проводят беседы (Рис.16) о заболевании, как делать профилактику, как избегать факторов риска и не заболеть повторно. Из опрошенных респондентов считают что медицинская сестра проводила беседы доступно и понятно-53%; не всегда были понятны объяснения для 27%, 20 % считают, что беседы не проводились.

Соотношение респондентов по качеству проводимых бесед медицинской сестрой

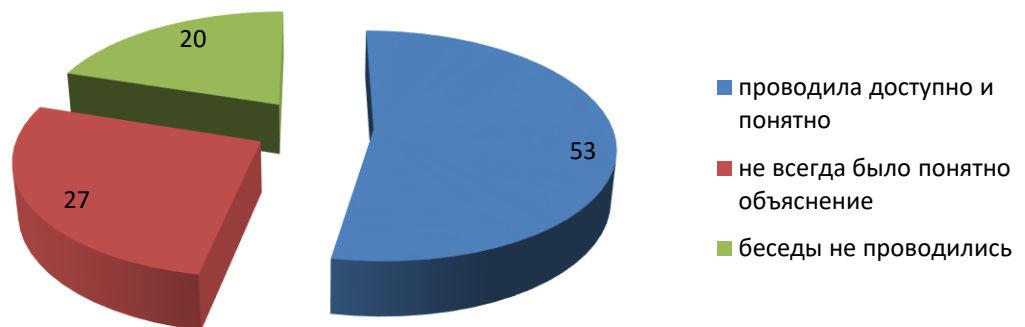


Рис. 16. О предоставлении информации

Удовлетворённость работой медицинской сестры (Рис.17) это 50% лечения. 67% удовлетворены работой медицинской сестры, 13 % не удовлетворены, 20% частично удовлетворено.



Рис.17. Удовлетворённость работой медицинской сестры

Подготавливать пациента к диагностическим исследованиям (Рис. 18) входит в обязанности медицинской сестры. Она рассказывает, что это за исследование, для чего оно нужно и какой алгоритм действий при этом выполнять пациенту. От респондентов получили следующие данные: 80% ответили, что медицинская сестра подготавливала их к диагностическим исследованиям, 15% , что подготавливали их иногда, 5% ответили, что их не подготавливали.



Рис.18. Соотношение респондентов к вопросу о подготовке к диагностическим исследованиям

Сон (Рис.19), важное время, когда организм человека полноценно отдыхает. У страдающих бессонницей или не высыпающихся защитные силы организма слабеют, что способствует присоединению инфекций. Респонденты ответили, что нарушен сон у 78%; не нарушен у 22%.



Рис.19. Соотношение респондентов по нарушению сна

Санация очагов хронической инфекции (Рис.20) один из способов предотвратить инфекционные заболевания.

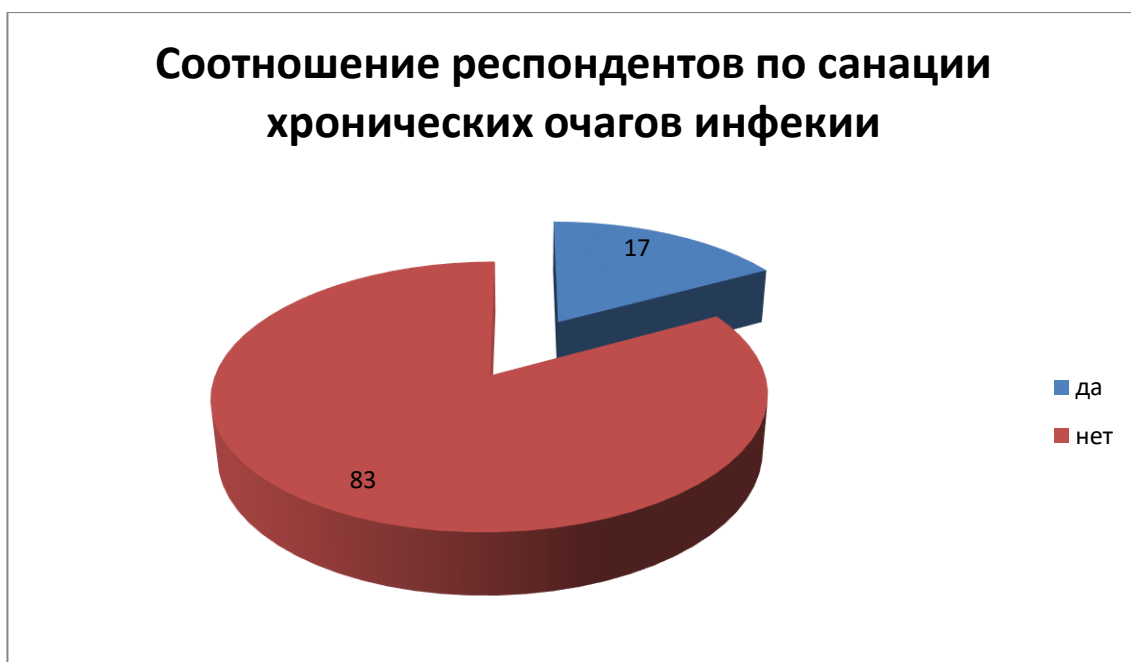


Рис. 20. Соотношение респондентов по санации хронических очагов инфекции.

Лихорадка (Рис.21) один из факторов проявления пневмонии. Температура больного может варьироваться 38-40 С. Среди респондентов лихорадка была у 70%, не было у 30%.

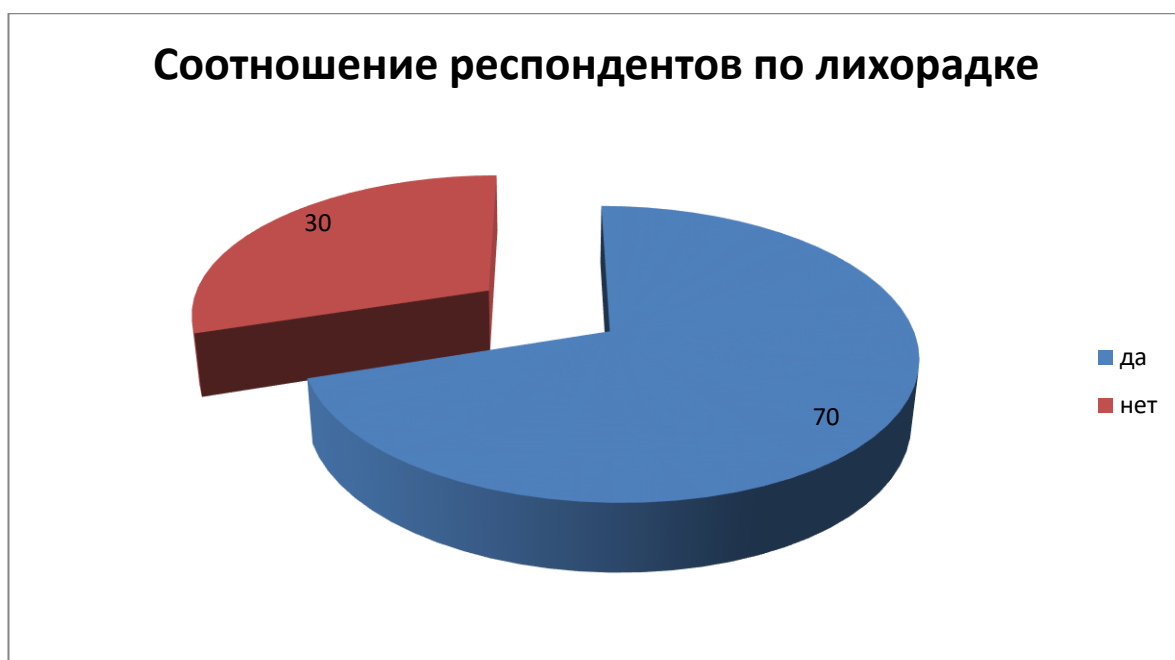


Рис. 21. Соотношение респондентов по лихорадке

Среди респондентов сухой кашель у 35% , с выделением мокроты у 65% (Рис.22).



Рис. 22. Соотношение респондентов с кашлем

Среди респондентов одышка была отмечена у 65% , отрицают 35% (Рис. 23).



Рис. 23. Соотношение респондентов по наличию одышки

45% респондентов отметили наличие боли при дыхании, 55% отрицают боль в груди (Рис. 24)

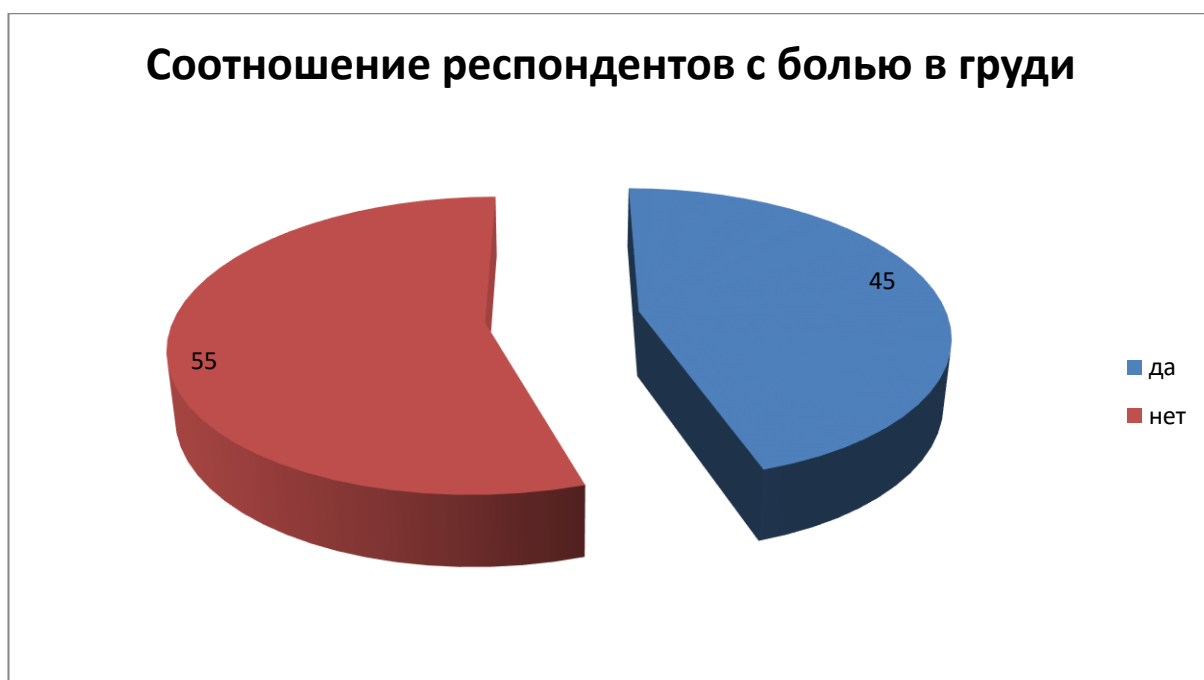


Рис. 24. Соотношение респондентов с болью в груди

Таким образом, из нашего исследования делаем следующие выводы:

1. Мужчины болеют чаще, чем женщины;
2. Риск заболеть пневмонией велик у старшего поколения (60 и старше), ввиду ослабленности организма и других хронических заболеваний.
3. Наибольший риск заболеть острой пневмонией у работающих во вредных условиях труда
4. Проживающие в деревнях и сельской местности могут чаще болеть, чем городские жители;
5. В группе риска те, кто злоупотребляет алкоголем. Причиной тому, своеобразие поражения легких, 5% алкоголя выделяется через легкие. Туда же поступают и продукты метаболизма алкоголя, что, по-видимому, приводит к повреждению клеток. Главным механизмом, приводящим к поражению легких при алкоголизме, является обострение бронхолегочной инфекции в результате угнетения защитных свойств организма. У алкоголиков по сравнению с непьющими обнаружена более высокая чувствительность к некоторым видам бактериальной флоры.
6. Курение поддерживает воспалительный процесс в бронхах, поэтому инфекция присоединяется гораздо чаще. Курение ухудшает функцию легких.

Вдыхание никотина способствует повышенной продукции слизи в дыхательном дереве, что может способствовать внедрению инфекции. Эти эффекты могут быть увеличены из-за снижения иммунитета, связанного с курением

7. Состояние больного может быть отягощено, если помимо основного заболевания у него есть хронические заболевания. Изначально нужно лечить основное заболевание, а уж потом вторичную пневмонию. Несмотря на тяжесть её протекания, чтобы избежать затяжного состояния первичного заболевания.

8. Наличие стресса будь то дома или на работе пагубно влияет на психоэмоциональное состояние человека. Длительный стресс является фактором риска при развитии острой пневмонии, так как заметно ухудшает иммунитет.

9. Вакцинация один из методов профилактики любого заболевания, в том числе и пневмонии. При ежегодной вакцинации шанс заболеть минимален.

10. Пневмония легионеллезная, одна из причин заражения-кондиционеры. Обычно ОРВИ возникает из-за резкого перепада температуры. вред от кондиционера заключается в накапливании на его влажном и нагретом теплообменнике различных бактерий и грибков (нередко вредоносных), частичек пыли и жира, нагара.

11. Рекомендации врача стоит соблюдать. Они даются для скорейшего выздоровления.

12. Медицинские сестры проводят беседы о заболевании, как делать профилактику, как избегать факторов риска и не заболеть повторно

13. Подготавливать пациента к диагностическим исследованиям входит в обязанности медицинской сестры. Она рассказывает, что это за исследование, для чего оно нужно и какой алгоритм действий при этом выполнять пациенту

14. Сон, важное время когда организм человека полноценно отдыхает. У страдающих бессонницей или не высыпающихся защитные силы организма слабеют, что способствует присоединению инфекций.

15. Санация хронических очагов инфекции убирает вредную микрофлору. Помогает организму в дальнейшем самостоятельно бороться с инфекцией.

16. Лихорадка один из факторов проявления пневмонии. Температура больного может варьироваться 38-40 С. Среди респондентов лихорадка была у 70% , не было у 30%(Оставить или процентное соотношение не нужно?)

17. В начальном периоде болезни кашель может быть сухим, мучительным. Через несколько дней появляется мокрота.

18. Выраженная одышка и частота дыхания более 30 в минуту является одним из критериев тяжёлого состояния больного. Среди респондентов одышка была отмечена у 65% , отрицают 35%

19. Боли при дыхании могут быть связаны с поражением плевры при пневмонии с развитием сухого плеврита. Поражение диафрагмальной плевры может вызвать боль в брюшной полости.

2.3. Рекомендации для пациентов и медицинских сестер

Придерживаться здорового образа жизни, стараться меньше пить и курить; делать санацию хронических очагов инфекции; стараться высыпаться; избегать стрессов; стараться избегать вредности на работе; проходить полное обследование на диспансеризациях и поддерживать себя в здоровом состоянии.

Рекомендации для медицинских сестёр: Проводить беседы о пользе здорового образа жизни, о вреде курения и алкоголя; подготавливать пациентов к диагностическим исследованиям; объяснять о различных манипуляциях, поясняя для чего она нужна и алгоритм её выполнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острая пневмония представляет собой воспалительное заболевание легких, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и физикальным данным при наличии очаговых или инфильтративных изменений на рентгенограмме, с вовлечением всех структурных элементов легочной ткани с обязательным поражением альвеол и развитием в них воспалительной экссудации [20].

В настоящее время идёт рост заболеваемости острой пневмонией. Проведя статистический анализ, выяснили, что 2018 год по показателям заболеваемости значительно превосходит 2017 год. Открывают новые антибиотики, в частности Дорипенем, который считается перспективным в борьбе с пневмонией.

Для лечения больных, помимо перспективных антибиотиков, нужна профессиональная деятельность медицинской сестры. В нашем исследовании выяснили, что заразиться пневмонией можно любым способом, больше всего ей подвержены люди находящиеся в старшей возрастной группе. Дома или на работе при наличии кондиционера. Работая во вредных условиях труда.

Лечение острой пневмонии должно проходить в стационаре, где больные будут под чутким контролем профессиональных медицинских работников. Медицинские сёстры подробно разъяснят ход манипуляций, для чего они нужны и алгоритм их выполнения. Подготовят к дополнительным исследованиям. Проведут санитарно-просветительские работы, на которых расскажут о вреде курения и алкоголя. Расскажут о пользе вакцинации, о необходимости придерживаться рекомендаций врача и ни в коем случае не заниматься самолечением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лычев, В.Г. , Карманов, В.К. Основы сестринского дела в терапии [Текст] / Москва-Инфра-М 2016 , 65-70 с.
2. Сединкина, Р.Г., Демидова,Е.Р. Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания /[Текст] Учебник для медицинских училищ и колледжей ГЭОТАР-Медиа 2018 ,127-152 с.
3. Бараховская, Т.В. Пневмонии: учебное пособие для студентов – [Текст] / Иркутск: 2017. – 70 с. Учебное пособие для студентов посвящено вопросам этиологии, клинической картины, диагностики, лечения пневмоний. Освещены критерии и лечение тяжелой внебольничной, нозокомиальной пневмоний. Учебное пособие предназначено для студентов медицинских ВУЗов
4. Клиника респираторной медицины [Электронный ресурс] <http://integrated.info/pulmonology/diseases/7>
5. Лёгочный альянс [Электронный ресурс] <http://www.lung-all.ru/phytotherapy#5>
6. Лечение пневмонии.6 важных правил [Электронный ресурс] Журнал АИФ. <http://www.aif.ru/health/life/1445754>
7. Медицинский портал [Электронный ресурс] <http://bezboleznej.ru/pnevmoniya>
8. Медицинский портал [Электронный ресурс] <https://medmir.net/catalog/601-pnevmoniya>
9. Швайко, С.Н.: Длительный стресс может довести до пневмонии [Электронный ресурс] <https://botkinmoscow.ru/news/s-n-shvajko-dlitelnyj-stress-mozhet-dovesti-do-pnevmonii/>
10. Статистика инфекционной заболеваемости в РФ [Электронный ресурс] <https://forum.179c6web.com/viewtopic.php?p=354055>

11. Симптомы и лечение [Электронный ресурс] <http://simptomy-i-lechenie.net/pnevmoniya/>
12. Уральский Государственный Медицинский Институт [Электронный ресурс] <https://studfiles.net/preview/4381568/>
13. Энциклопедия вирусных инфекций [Электронный ресурс] <https://ns-club.ru/inflammation-of-the-lungs-after-orgi-how-does-pneumonia-occur.html>
14. Тинюков, А.Н., Кудряшов, Д.А., Никитин, Л.Н. Влияние табакокурения на развитие послеоперационных осложнений / [Текст] // Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 2.; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?Id=16827>
15. Косыбаева, А.Е., Мараткызы, М.М., Итаева, Э.В., Халмуминов, А.Д., Кожамбердиева, Д.А. Современное представление о механизмах образования нейтрофильных внеклеточных ловушек / [Текст] // Международный студенческий научный вестник. – 2019. – № 1.; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=19510>
16. Фатуллаева, Г.А., Богданова, Т.М. Пневмония — актуальная проблема медицины / [Текст] // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 5.; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=19158>

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

Данное анкетирование проводится с целью выявления факторов риска при острой пневмонии. Ваше мнение особенно ценно, так как полученная информация позволит выявить наиболее распространенные факторы риска острой пневмонии (заполняется анонимно).

1. Пол : муж. ; жен (нужное подчеркнуть);
2. Возраст: до 20; 20-35; 35-45; 45-60; 60 и старше (нужное подчеркнуть);
3. На какой день обратился за медицинской помощью? _____
4. Место работы: пенсионер ; неработающий ; работа во вредных условиях труда; студент; другое (нужное подчеркнуть);
5. Место жительства: город; сельская местность (нужное подчеркнуть);
6. Алкоголь(пью часто, не пью, редко, бросил); (нужное подчеркнуть);
7. Курение (курю, не курю, редко , бросил) (нужное подчеркнуть);
8. Наличие хронических заболеваний: сердечно-сосудистые; желудочно-кишечные, дыхательной системы, другие(нужное подчеркнуть);
9. Испытываете стресс: да; нет; редко (нужное подчеркнуть);
- 10.Как относитесь к вакцинации от гриппа: иногда прививаюсь; регулярно прививаюсь; не прививаюсь (нужное подчеркнуть);
11. Как часто болеете простудными заболеваниями: 1 в год; 2 в год; 3 и более (нужное подчеркнуть);
- 12.Наличие кондиционера дома или на работе: да , нет , (нужное подчеркнуть);
- 13.Все врачебные рекомендации выполняете: да; нет; не всегда (нужное подчеркнуть);
- 14.Достаточно осведомлены о болезни: да; нет; хотелось бы ещё получить информацию (нужное подчеркнуть);
- 15.Работой медицинской сестры: удовлетворён ;не удовлетворён; частично удовлетворен(нужное подчеркнуть)
- 16.Всегда ли медсестра вас готовила к диагностическим исследованиям: да , нет, иногда (нужное подчеркнуть)
- 17.Ваш сон нарушен: да; нет (нужное подчеркнуть)
- 18.Санитаровали очаги хронической инфекции: да; нет (нужное подчеркнуть)
- 19.Была ли лихорадка :да, нет (нужное подчеркнуть);
- 20.Кашель: сухой, с выделением мокроты(нужное подчеркнуть)
- 21.Одышка да, нет, редко (нужное подчеркнуть)
- 22.Боли в груди да, нет (нужное подчеркнуть)