

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**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
ПНЕВМОНИИ**

**Дипломная работа студентки**

**очно-заочной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051582  
Распоповой Елены Ивановны**

Научный руководитель:  
преподаватель  
Коровянская С.И.

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

БЕЛГОРОД 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОНИИ.....	6
1.1. Этиология и патогенез пневмонии.....	6
1. 2. Классификация и клиническая картина пневмонии.....	9
1.3. Диагностика, лечение и профилактика пневмонии.....	12
1.4. Сестринский уход за больным с пневмонией .....	17
1.5. Роль медицинской сестры профилактике пневмонии.....	25
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ.....	31
2.1. Методологическое обеспечение и организация исследования .....	31
2.2. Результаты собственного исследования.....	32
2.3. Рекомендации медицинским работникам, участвующим в профилактике пневмонии.....	44
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	48

## ВВЕДЕНИЕ

«Пневмония (воспаление лёгких) - воспаление лёгочной ткани, как правило, инфекционного происхождения с преимущественным поражением альвеол (развитием в них воспалительной экссудации) и интерстициальной ткани лёгкого.

Термин «пневмония» объединяет большую группу болезней, каждая из которых имеет свою этиологию, патогенез, клиническую картину, рентгенологические признаки, характерные данные лабораторных исследований и особенности терапии. Пневмония может протекать как самостоятельное заболевание или как осложнение других болезней» [7, с. 141].

Актуальность темы исследования, заключается в том, что заболеваемость пневмонией растет среди населения с каждым годом, об этом говорит статистика Роспотребнадзора. «В I квартале 2018 года заболеваемость пневмонией в стране выросла на 16% относительно уровня прошлого года, отмечают, что тенденция связана с увеличением количества осложнений от гриппа и ОРВИ. В I квартале нынешнего года воспаление легких перенесли 220,3 тыс. человек, год назад в тот же период — 189,7 тыс. Уровень заболеваемости поднялся до 150,2 случая на 100 тыс. населения» [8, с. 358].

**Объект исследования** – сестринский процесс при пневмонии.

**Предмет исследования** – профилактическая деятельность медицинской сестры при пневмонии.

**Цель исследования** – изучить значение деятельности медицинской сестры в профилактике пневмонии.

**Задачи исследования:**

1. Провести теоретический обзор медицинской и научной литературы по теме исследования: этиология и патогенез, классификация, клиническая картина и диагностика, лечение и профилактика пневмонии;

2. Рассмотреть принципы организации и осуществления сестринского ухода за больным с пневмонией;

3. Провести анонимное анкетирование посетителей ЛПУ, для выявления факторов риска развития пневмонии, организации работы по профилактике пневмонии;

4. По результатам проведенного исследования разработать рекомендации по профилактике пневмонии;

**Методы исследования:**

1. Научно-теоретический анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости;

2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод;

3. Социологический: анкетирование, интервьюирование;

4. Биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

5. Психодиагностический (беседа);

6. Эмпирический наблюдение, дополнительные методы исследования;

7. Статистический - обработка информационного материала.

**База исследования:** ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода», поликлиническое отделение №1.

**Время исследования:** 2018-2019 гг.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОНИИ

## 1.1. Этиология и патогенез пневмонии

Пневмония отличается своей полиэтиологичностью, т.е. причин, вызывающих болезнь множество. Воспалительный процесс бывает как неинфекционного, так и инфекционного характера. Пневмония развивается в виде осложнения основного заболевания либо протекает изолированно, как самостоятельная болезнь. Бактериальная инфекция стоит на первом месте среди факторов, провоцирующих поражение легочной ткани. Начало воспаления также может вызвать вирусная или смешанная (бактериально-вирусная) инфекция.

Все чаще из мокроты пациентов стала высеиваться микрофлора, не чувствительная ко всем известным группам антибиотиков. Все больше случаев нетипичного развития болезни, необычной клинической картины. Если раньше пневмонию связывали с холодным временем года, теперь и тепло — не гарантия уберечься от воспаления легких. За последние пять лет изменилась даже классификация пневмоний. Известное ранее деление на очаговую и крупозную, как считают специалисты, устарело. В международной научной литературе все чаще идет деление (впрочем, тоже достаточно условно) на внебольничную и госпитальную пневмонию.

С успешным развитием бактериологии, вирусологии появилась возможность выявлять большинство микроорганизмов, ставших возбудителями воспалительного процесса в легких. Так вот внебольничную пневмонию вызывают, как правило, пневмококки, хламидии, микоплазмы. А виновником госпитальной становится чаще всего «зловредный» стафилококк, штаммы которого нечувствительны к самым сильным антибиотикам. Госпитальная пневмония прописалась, как видно из названия, в больницах. Носителями стафилококка выступают порой сами медики. Имея постоянный контакт с

вирусами и бактериями, с антибиотиками, они передают больным болезнетворные микроорганизмы, уже невосприимчивые к лекарствам.

«Причины неинфекционной природы, способствующие развитию пневмонии:

Вдыхание отравляющих веществ удушающего типа (хлорофос, пары керосина, бензина, нефти).

Травмы грудной клетки (компрессионное сдавление, удары, ушибы).

Аллергены (пыльца растений, пыль, микрочастицы шерсти животных, некоторые лекарства и т. п.).

Ожоги дыхательных путей.

Лучевая терапия, применяющаяся в качестве метода лечения онкологии.

Острая пневмония может быть обусловлена возбудителем основной опасной болезни, на фоне которой она развивается, к примеру сибирской язвы, кори, скарлатины, лептоспироза и других инфекций.

Факторы, повышающие риск развития пневмонии

У подростков: раннее курение, хронические очаги инфекции в пазухах носа, носоглотке, кариес, муковисцидоз, приобретенный порок сердца, ослабление иммунитета вследствие часто повторяющихся вирусных и бактериальных инфекций» [14, с. 221].

У взрослых: хронические болезни респираторного тракта – бронхов, легких, курение, алкоголизм, 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.

Механизм развития пневмонии

«Пути проникновения возбудителей в паренхиму легких: бронхогенный, лимфогенный, гематогенный.

Бронхогенный путь считается самым распространенным. Микроорганизмы попадают в бронхиолы с вдыхаемым воздухом, особенно если присутствует какое-либо воспалительное поражение носовой полости: отекая слизистая с набухшими из-за воспаления ресничками эпителия не может удерживать микробы, и воздух полноценно не очищается. Возможно распространение инфекции из хронического очага, находящего в глотке, носу, пазухах, миндалинах, в нижние отделы путей дыхания. Развитию пневмонии также способствует аспирация, различные медицинские манипуляции, к примеру интубация трахеи либо бронхоскопия.

Гематогенный путь выявляется значительно реже. Проникновение микробов в ткань легких с током крови возможно при сепсисе, внутриутробном заражении или внутривенном введении наркотических средств.

Лимфогенный путь самый редко встречающийся. Сначала возбудители проникают в лимфатическую систему, затем с током лимфы разносятся по организму.

Патогенные агенты попадают одним из вышеперечисленных путей на слизистую респираторных бронхиол, где оседают и начинают размножаться, приводя к развитию острого бронхиолита или бронхита. Если процесс не купирован на этой стадии, то микробы через межальвеолярные перегородки распространяются за пределы конечных ветвей бронхиального дерева, провоцируя очаговое или диффузное воспаление интерстициальной ткани легкого. Кроме сегментов обоих легкого процесс затрагивает региональные лимфоузлы.

Нарушение бронхиальной проводимости заканчивается развитием эмфиземы, т.е. очагов патологического расширения воздушных полостей дистальных бронхиол, а также развитием ателектаза – спадением пораженного участка или доли легкого. В альвеолах образуется слизь, которая препятствует обмену кислорода между сосудами и тканью органа. В результате развивается дыхательная недостаточность с кислородным голоданием, а при тяжелом течении – сердечная недостаточность.

Воспаление вирусной природы нередко приводит к десквамации и некрозу эпителия, угнетая гуморальный и клеточный иммунитет. Формирование абсцесса типично для пневмонии, вызванной стафилококками. При этом гнойно-некротический очаг содержит большое количество микробов, по его периметру наблюдаются зоны серозного и фибринозного экссудата без стафилококков. Воспаление серозного характера с распространением возбудителей, размножающихся в зоне воспаления, характерно для пневмонии, вызванной пневмококками» [9, с. 85].

## **1. 2. Классификация и клиническая картина пневмонии**

Согласно используемой классификации пневмонии делятся на несколько видов, форм, стадий.

В зависимости от этиологии пневмония бывает: вирусная, грибковая, бактериальная, микоплазменная, смешанная.

Отталкиваясь от эпидемиологических данных:

1. внутрибольничная: цитостатическая, вентиляционная, аспирационная, у реципиента с пересаженным органом.

2. внебольничная: аспирационная, с иммунодефицитом, без нарушения иммунитета.

Относительно клинико-морфологических проявлений:

паренхиматозная: очаговая, крупозная, интерстициальная, смешанная.

В зависимости от характера течения болезни: острая, острая затяжная, хроническая, атипичная.

Основываясь на распространение процесса: сегментарная, очаговая, сливная, долевая, субдольковая, прикорневая, тотальная, односторонняя, двусторонняя.

Относительно механизма развития пневмония бывает: первичная, вторичная, аспирационная, инфаркт-пневмония, послеоперационная, посттравматическая.

С учетом наличия либо отсутствия осложнений: неосложненная, осложненная.

Степени тяжести течения воспалительного процесса: легкая, средней степени тяжести, тяжелая [4, с. 197].

Почти каждый вид пневмонии имеет характерные особенности течения, обусловленные свойствами микробного агента, тяжестью течения болезни и наличием осложнений.

Крупозная пневмония начинается внезапно и остро. Температура за короткое время достигает максимальных цифр и держится высокой до 10 дней, сопровождаясь ознобами и выраженными симптомами интоксикации – болями в голове, артралгией, миалгией, сильной слабостью. Лицо выглядит осунувшимся с цианозом губ и области вокруг них. На щеках появляется лихорадочный румянец. Возможна активация вируса герпеса, постоянно находящего в организме, которая проявляется герпетическими высыпаниями на крыльях носа или кромке губ. Больного беспокоит боль в груди на стороне воспаления, одышка. Кашель сначала сухой, «лающий» и непродуктивный. Со 2-го дня воспаления во время кашля начинает отходить стекловидная мокрота вязкой консистенции с прожилками крови, потом возможно равномерное окрашивание кровью, из-за чего она приобретает красно-коричневый цвет. Количество отделяемого увеличивается, мокрота становится более разжиженной.

В начале болезни дыхание может быть везикулярным, но ослабленным вследствие вынужденного ограничения человеком дыхательных движений и поражения плевры. Примерно на 2–3 день при аускультации выслушиваются разнокалиберные как сухие, так и влажные хрипы, возможна крепитация. В дальнейшем, по мере накопления фибрина в альвеолах, перкуторный звук притупляется, крепитация исчезает, усиливается бронхофония, появляется

бронхиальное дыхание. Разжижение экссудата приводит к уменьшению или исчезновению бронхиального дыхания, возвращению крепитации, которая становится более грубой. Рассасывание слизи в респираторных путях сопровождается жестким везикулярным дыханием с влажными хрипами.

При тяжелом течении при объективном обследовании выявляется учащенное поверхностное дыхание, глухие тоны сердца, частый аритмичный пульс, понижение артериального давления.

В среднем лихорадочный период продолжается не дольше 10–11 дней.

Для очаговой пневмонии характерна иная клиническая картина. Незаметное начало болезни с постепенным волнообразным течением обусловлено разной стадией развития воспалительного процесса в очагах пораженных сегментов легкого. При легкой степени температура не выше 38,0 0С с колебаниями в течение суток, сопровождается потливостью. Частота сердечных сокращений соответствует показателю температуры в градусах. При среднетяжелом течении пневмонии цифры фебрильной температуры выше – 38,7–39,0 0С. Больной жалуется на выраженную одышку, боли в груди при кашле, вдохе. Наблюдается цианоз и акроцианоз.

При аускультации дыхание жесткое, слышны звучные сухие или влажные мелко-, средне- или крупнопузырчатые хрипы. При центральном расположении очага воспаления или глубже 4 сантиметра от поверхности органа усиление голосового дрожания и тупость перкуторного звука могут не определяться.

Увеличилась чистота атипичных форм пневмонии со стертой клинической картиной и отсутствием некоторых характерных признаков.

Течение болезни и ее исход во многом зависят от развившихся осложнений, которые делятся на внелегочные и легочные [5, с. 94].

Внелегочные осложнения пневмонии: гепатит, менингоэнцефалит, энцефалит, менингит, эндокардит, отит, миокардит, анемия, мастоидит, гломерулонефрит, психозы, сепсис.

Легочные осложнения: бронхит, пневмосклероз, ателектаз легкого, парапневмонический экссудативный плеврит, абсцесс либо гангрена легкого, обструкция, плеврит.

При тяжелой форме острой пневмонии с обширным поражением и деструкцией ткани легких развиваются последствия воздействия токсинов: острая сердечная, дыхательная и/или печеночная недостаточность; выраженный сдвиг кислотно-щелочного равновесия; шок инфекционно-токсический; тромбогеморрагический синдром; недостаточность работы почек.

### **1.3. Диагностика, лечение и профилактика пневмонии**

Основанием для установки диагноза служат данные физикального обследования (сбор анамнеза, перкуссии и аускультации легких), клиническая картина, результаты лабораторных и инструментальных методов исследований.

Основная лабораторно-инструментальная диагностика:

Биохимический и клинический анализ крови. По определенным показателям (лейкоцитоз, увеличение СОЭ и числа палочкоядерных нейтрофилов) судят о наличии воспаления в организме.

Рентгенологическое исследование легких в двух проекциях – самый важный метод диагностики поражения элементов легкого. Рентгенограмма может выявить диффузные или очаговые затемнения разных размеров и локализации, интерстициальные изменения с усилением легочного рисунка из-за инфильтрации, другие рентгенологические признаки воспаления легких.

Рентгеновский снимок делается в начале болезни для уточнения диагноза, контрольный – на 10-й день лечения для определения эффективности проводимой терапии, на 21–30 день рентгенограмма делается последний раз с целью рентгенологического подтверждения рассасывания воспалительного процесса и исключения осложнений.

Бактериологическое исследование посева мокроты для идентификации микробного агента и определения его чувствительности и резистентности к антибиотикам, противогрибковым или другим препаратам [19, с. 256].

Газовый состав крови с определением парциального давления диоксида углерода и кислорода, содержания последнего в процентах, и других показателей.

Пульсоксиметрия – более доступный и чаще используемый неинвазивный метод подсчета степени насыщенности крови кислородом.

Микроскопия мокроты с окраской по Грамму. Помогает выявить грамположительные или грамотрицательные бактерии. При подозрении на туберкулез – назначают исследование с окраской по Цилю-Нильсену.

Дополнительные исследования:

Бронхоскопия с возможной биопсией.

Парацентез плевральной полости с биопсией плевры.

Биопсия легкого.

КТ либо ядерно-магнитный резонанс органов грудной клетки.

УЗИ плевральной полости.

Анализ крови на стерильность и гемокультуру.

ПЦР-диагностика.

Общий анализ мочи.

Вирусологическое или бактериологическое исследование мазка из носа и зева.

Исследование полимеразной цепной реакции (ДНК-полимеразный метод).

Иммунофлюоресцентный анализ крови [19, с. 258].

Самой важной в лечении является этиотропная терапия, направленная на уничтожение возбудителя болезни. Исходя из того, что чаще диагностируются пневмонии бактериального генеза, то этиотропное лечение болезни такой природы возникновения состоит из курса антибактериальной терапии. Подбор препарата или их комбинации осуществляется лечащим врачом исходя их

состояния и возраста больного, выраженности симптоматики, наличия или отсутствия осложнений и индивидуальных особенностей, например медикаментозной аллергии. Кратность и способ введения антибиотика выбирается, отталкиваясь от тяжести течения пневмонии, чаще это парентеральное (внутримышечное) введение.

Для лечения пневмонии применяются антибиотики следующих фармакологических групп:

- полусинтетические пенициллины – оксациллин, карбенициллин, амоксиклав, ампиокс, ампициллин;
- макролиды – сумамед, ровамицин, кларитромицин;
- линкозамиды – линкомицин, клиндамицин;
- цефалоспорины – цефтриаксон, цефазолин, цефотаксим и другие;
- фторхинолоны – авелокс, ципробай, моксифлоксацин;
- аминогликозиды – гентамицин, амикацин или канамицин;
- карбапенемы – меронем, меропенем, тиенам [20, с. 311].

Средняя продолжительность курса колеблется в пределах 7–14 дней, иногда бывает дольше. За этот период не исключена замена одних препаратов другими.

Основой этиотропного лечения пневмонии грибкового генеза являются противогрибковые препараты, вирусной – противовирусные.

Симптоматическое лечение:

- жаропонижающие средства для снижения температуры;
- муколитики и отхаркивающие препараты для разжижения и выведения мокроты;
- антигистаминные средства для блокады рецепторов гистамина и снятия проявлений аллергизации;
- бронхолитики для расширения бронхов, восстановления дренажа и устранения одышки;
- иммуномодулирующая терапия для противоинфекционной защиты и стимуляции иммуногенеза;

- дезинтоксикационная терапия, снимающая интоксикацию;
- витамины;
- кортикостероиды для снятия воспаления [22, с. 437];

Физиопроцедуры, назначаемые после нормализации температуры: ингаляции, УВЧ и СВЧ, электрофорез, УФО, пневмомассаж, озокерит, парафинотерапия, лечебная гимнастика.

Лечебные мероприятия проводятся до выздоровления пациента, которое подтверждается объективными методами – аускультацией, нормализацией показателей лабораторных и рентгенологических исследований.

Профилактика пневмоний. Для того чтобы профилактика пневмонии была успешной, необходимо учитывать, что этот процесс должен быть длительным – не менее 2-3 недель. Помимо витаминизации, иммунизации и вакцинации в этом перечне находятся пешие прогулки, ингаляции, массаж, применение горчичников, банок и лекарственных препаратов.

Мероприятием, позволяющим не заболеть, является также посещение санаториев и морских курортов. Это альтернатива закаливанию и другим аналогичным процедурам. Допустимо использование ингаляций с морской солью, которая не рекомендуется детям.

В рамках профилактики для людей среднего возраста допустимо использовать лекарственные препараты – муколитики, бронхолитики. Они способствуют выведению мокроты и других нежелательных последствий, против которых борются все остальные терапевтические средства, помогающие не заболеть. Не следует забывать и об укреплении иммунитета, что поможет намного легче переносить любые простудные заболевания вплоть до воспаления легких.

В пожилом возрасте так же, как и в любой другой возрастной категории, важным профилактическим этапом, позволяющим не заболеть, будет витаминизация организма. Однако необходимо помнить о том, что люди старше 50-60 лет уже не в состоянии усваивать минеральные и другие компоненты с той же скоростью, как это происходит у молодых.

Поэтому на профилактику уйдет больше времени, и она не пройдет слишком быстро. Еще одна особенность заключается в том, что мероприятия в подавляющем большинстве случаев проводятся в домашних условиях. Стационарное лечение в этой ситуации не является желательным. Особенности профилактики у пожилых следующие: соблюдение норм личной гигиены; высокая степень физической активности: ежедневное закаливание, часовые прогулки; отказ от вредных привычек и избегание пассивного курения; проветривание жилого помещения, который вызывает максимально возможный приток свежего воздуха.

Поскольку для того чтобы не заболеть пожилые люди не могут применять многие лекарственные препараты, терапевты советуют круглогодично принимать витаминные комплексы. Большое значение уделяется их комбинированию, чтобы не заболеть и организм не привык к тем или иным витаминам. При соблюдении всех представленных норм, вероятность заболеть воспалением легких снизится в 2-3 раза.

Для того чтобы быстро провести профилактику пневмонии у лежачих больных, необходимо приложить большие усилия.

В подавляющем большинстве случаев воспаление легких формируется после перенесенных операций, а также вследствие заражения вирусом или инфекцией.

Применение антибиотиков и других лекарственных компонентов будет нежелательным, потому что организм больного и так ослаблен терапевтическими средствами. Использование других лекарств еще больше увеличит нагрузку на организм, что может усугубить общее состояние.

В связи с этим профилактическими мерами, позволяющими справиться с воспалением легких после операции, являются: осуществление щадящего массажа, который не вызывает болезненные ощущения и другие нежелательные последствия, помогающие не заболеть; применение ингаляторов на основе растительных компонентов и других физиологических процедур; гигиена, тщательное обеззараживание всех объектов, находящихся рядом.

Кроме того, рекомендуется следить за общим состоянием кожного покрова, с которым возникают проблемы у большинства лежачих больных. Это также позволит ускорить процесс излечения после операции и другого вмешательства.

Профилактические способы при представленной патологии не являются проблемными или трудноисполнимыми. Однако они должны осуществляться по определенному распорядку, к тому же, некоторые из них могут оказаться нежелательными для детей или, например, людей пожилого возраста. Все эти нюансы следует учитывать для на 100% успешного завершения профилактики.

#### **1.4. Сестринский уход за больным с пневмонией**

##### **I этап. Сестринское обследование**

Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом и выясняет жалобы: сухой кашель, боль в груди при дыхании, затруднение при дыхании, жар и озноб. Выясняются обстоятельства возникновения болезни (переохлаждение, перенесенный грипп), который день болезни, какой была температура тела, какими лекарствами пользовался. При осмотре медицинская сестра обращает внимание на внешний вид пациента (поверхностное дыхание, односторонний румянец, участие крыльев носа в дыхании). Измеряет температуру тела (повышена или лихорадка постоянного типа), определяет пальпаторно ЧДД (25—35 в одну минуту), пульс (тахикардия), измеряет АД [15, с. 63].

##### **II этап. Определение проблем пациента**

- дефицит информированности о заболевании;
- боли в груди при дыхании;
- непродуктивный (позже влажный) кашель;
- отсутствие аппетита, запор;
- боли в сердце (при крупозной пневмонии);

- нарушение сна;
- беспокойство из-за невозможности работать.

Возможные сестринские диагнозы:

- нарушение потребности дышать — инспираторная или смешанная одышка вследствие выключения из акта дыхания доли или участка легкого;
- боль в груди при дыхании и кашле — свидетельство вовлечения в воспалительный процесс плевры;
- лихорадка постоянного типа или атипичная;
- сухой кашель — результат раздражения плевры;
- влажный кашель — средство удаления мокроты из бронхов.

По мере реализации сестринских вмешательств медицинская сестра оценивает их эффективность. Если цель не достигнута в назначенный срок, составляется дальнейший план сестринских вмешательств. У пациента с астенизацией могут задерживаться процессы уменьшения одышки, прекращения кашля. В этом случае медсестра обучает пациента дыхательной гимнастике и добивается выполнения ее ежедневно 2 раза в день. Если пациент не может самостоятельно откашливать мокроту, медицинская сестра шпателем, обернутым в салфетку, смоченную дезсредством, протирает полость рта, удаляя мокроту или пользуется баллончиком для отсасывания мокроты. Если у пациента появляются признаки острой сердечно-сосудистой недостаточности (бледность кожи, холодный пот, нитевидный частый пульс), медсестра сообщает об этом врачу и готовит для парентерального введения кордиамин, строфантин, преднизолон. Если у пациента нет стула более 48 часов, медсестра планирует постановку очистительной клизмы. Новые проблемы требуют нового плана сестринских вмешательств. Для профилактики поражения полости рта обрабатывают слизистую оболочку 2% раствором соды или слабым раствором перманганата калия. Показано обильное питье: клюквенный морс, соки, минеральная вода, чай с лимоном. При появлении в углах рта, на краях носа герпетической сыпи производит обработку спиртовым раствором метиленовой сини или цинковой мазью. В любое время года

проводится тщательная вентиляция - проветривание помещений. Имеет значение уход за кожей, смена постельного и нательного белья. После снижения температуры тела контролируется проведение пациентом дыхательной гимнастики [15, с. 67].

### III этап. Планирование сестринских вмешательств.

Таблица 1

#### Цель и планирование сестринского процесса

Цель	План
В течение суток одышка значительно уменьшится	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Придать пациенту удобное возвышенное положение в сухой постели.</li> <li>2. Обеспечить приток свежего воздуха.</li> <li>3. Подавать увлажненный кислород (через 2% раствор настоя гидрокарбоната) по назначению врача каждый час по 5~10 минут.</li> <li>4. Наблюдать за общим состоянием пациента, цветом кожных покровов, характером дыхания</li> </ol>
Через 2—3 часа пациент не будет испытывать боль в груди при дыхании и кашле	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Удобно уложить пациента на больной бок в возвышенном положении (уменьшится ощущение боли).</li> <li>2. Обеспечить пациенту полный покой, научив его мышечной релаксации в первые дни болезни.</li> <li>3. При снижении температуры тела применить круговые горчичники.</li> <li>4. По назначению врача применить анальгетики внутрь или парентерально (анальгин, баралгин, трамал и др.) и в первые дни противокашлевые средства - кодтерпин, либексин)</li> </ol>
Температура тела будет постепенно снижаться, не вызывая осложнений	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На высоте лихорадки выполнить влажное обтирание</li> <li>2. кожи раствором воды с добавлением спирта,</li> <li>3. холодную примочку на лоб.</li> <li>4. Обеспечить проветривание помещения и обнажение</li> <li>5. пациента.</li> <li>6. Наложить пузыри со льдом на проекции крупных сосудов через тканевые прослойки.</li> <li>7. Приготовить для внутримышечного введения 2 мл 50% раствора анальгина и 1 мл 1% раствора димедрола (ввести по назначению врача).</li> </ol>

	<p>8. Вводить антибактериальные препараты в строго назначенное врачом время.</p> <p>9. Регулярно измерять АД, следить за пульсом, дыханием пациента, за его внешним видом.</p> <p>10. Организовать дробное питание малыми порциями и обильное питье (если назначил врач).</p> <p>11. Постоянно следить за психическим состоянием пациента — индивидуальный пост (возможен психоз)</p>
<p>Сухой кашель в течение 3 дней перейдет во влажный со свободным откашливание мокроты</p>	<p>1. Давать пациенту теплое щелочное питье.</p> <p>2. По назначению врача осуществить постановку горчичников, подачу противокашлевых средств (бромгексин успокаивает кашель и способствует отхождению мокроты - по 4 таблетки (0,004 г) 34 раза в день).</p> <p>3. При появлении влажного кашля выполнять массаж грудной клетки.</p> <p>4. Обучить пациента дыхательной гимнастике.</p> <p>5. По назначению врача применить отхаркивающие, муколитики (мукалтин, амброксол, ацетилцистеин) и бронхолитические (эуфиллин) средства</p>

Таблица 2

### Алгоритм действий медсестры при уходе за больным при лихорадке

Жалобы пациента	Данные осмотра
<p>I период</p> <p>1. Озноб.</p> <p>2. Головная боль</p> <p>3. Недомогание</p>	<p>1. Быстрое повышение температуры. 2. Цианоз губ, конечностей.</p>
<p>II период</p> <p>1. Головная боль.</p> <p>2. Головокружение.</p> <p>3. Сухость во рту.</p> <p>4. Олигурия.</p> <p>5. Задержка стула.</p>	<p>1. Гиперемия кожных покровов.</p> <p>2. Возможны бред, галлюцинации.</p> <p>3. Обложенность языка.</p> <p>4. Сухие потрескавшиеся губы.</p>
<p>III период</p> <p>Лизис</p> <p>1. Умеренная слабость.</p> <p>Кризис</p> <p>1. Резкая слабость.</p> <p>2. Потливость.</p> <p>3. Возможны боли в сердце</p>	<p>Лизис.</p> <p>1. Небольшая испарина</p> <p>Кризис</p> <p>1. Быстрое снижение температуры (за несколько часов).</p> <p>2. Обильное потоотделение.</p> <p>3. Похолодание конечностей.</p> <p>4. Цианоз.</p> <p>5. Снижение АД.</p> <p>6. Тахикардия, малый пульс.</p>

I период.

1. Обеспечить теплым помещением и постелью.
2. Горячий чай.
3. При ознобе - укрыть одеялом, приложить грелки к конечностям и пояснице.

II период.

1. Проветривание помещения.
2. Обильное питье.
3. Над головой - пузырь со льдом (на 20 минут, через 15 минут можно повторить)
4. Наблюдение за пульсом, АД, физиологическими отправлениями.
5. Установить сестринский пост.

III период.

1. Проводить обтирание тела.
2. При опасении коллапса (80/50 мм. рт.ст.) приготовить кофеин, кордиамин.
3. Обеспечить обильным питьем.
4. Укрыть одеялом, к ногам приложить грелки [16, с. 71].
  - Мукалтин 0,05 № 20 - по 2 таблетки 3 раза в день
  - Сульфокамфокаин 10% - 2 ml - по 2 мл п/к 3 раза в день
  - Теофиллин 0,25 № 20 - по 1 таблетке 3 раза в день

Оценка состояния пациента: общее состояние пациентки – удовлетворительное.

Постановка диагноза основывается на результатах лабораторных и инструментальных исследованиях.

Основными методами диагностики являются:

- обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях;

- компьютерная томография легких выполняется при низкой интенсивности рентген снимка легких или необходимости дифференцировки

между различными формами патологии дыхательных путей. Такая диагностика рациональна при неэффективности консервативной терапии патологии.

Для выявления воспаления легких применяются следующие методы диагностики пневмонии:

- общий анализ крови с определением содержания лейкоцитов;
- биохимический анализ крови на выявление С — реактивного белка, уровня глюкозы и печеночных ферментов (АЛТ, АСТ);
- взятие и исследование мокроты по Грамму на определение чувствительности возбудителя к антибиотикам;
- микробиологическое исследование крови на выявление анаэробных и аэробных микроорганизмов;
- серологические тесты при подозрении на атипичные пневмонии: легионелла, хламидии, микоплазма;
- перкуссия — простукивание границ легочных полей, которые уплотняются при воспалительных процессах в легочной ткани;
- аускультация – выслушивание легких при помощи стетофонендоскопа, где мы можем слышать ослабление либо усиление легочного звука, наличие патологических хрипов (сухих, влажных);
- определение концентрации газов в артериальной крови у больных с признаками дыхательной недостаточности;
- бронхоскопия мокроты с использованием бронхоальвеолярного лаважа и защищенной «браш — биопсии». Применяется при неэффективности лечения у людей со сниженными функциями иммунной системы.

Методы лечения больных пневмонией:

1. Антибиотики (Цефтриаксон, Амоксициллин)
2. Противовоспалительные (индометацин, преднизолон)
3. Бронходилататоры (беродуал, эуфиллин)
4. Отхаркивающие и муколитические (лазолван, бромгексин)
5. Дезинтоксикационная терапия (0,9% натрия хлорид, 5% раствор глюкозы).

Режим на протяжении всего лихорадочного периода и интоксикации — постельный. Важны хорошие условия лечения: чистый воздух, тепло, удобная постель, разнообразное легкоусвояемое питание, обильное питье.

Основным методом лечения пневмонии остается фармакотерапия, важная роль в проведении которой, отводится медицинской сестре. Эффективность фармакотерапии во многом зависит от профессиональной деятельности медицинской сестры. Лечение пневмонии имеет свои особенности и требует не только безукоризненного выполнения назначений врача, но и пристального наблюдения за больным, т.к. фармакотерапия может осложняться побочными реакциями. Для того чтобы эффективно проводить фармакотерапию медицинская сестра должна знать основные группы лекарственных препаратов, применяемых при лечении пневмонии, знать возможные побочные эффекты, чтобы своевременно их заметить и сообщить врачу.

Для того чтобы фармакотерапия была эффективной и безопасной необходимо [25, с. 379]:

1. Медицинская сестра должна строго выполнять назначения врача при проведении фармакотерапии пневмонии. Фармакотерапия пневмонии имеет свои особенности, именно при лечении пневмонии очень важно провести правильный выбор antimicrobного препарата, соблюдение режима дозирования и проведение полного курса антибиотикотерапии

2. Лечение пневмонии следует начинать с выявления и идентификации возбудителя и определения чувствительности выявленной патогенной микрофлоры к противомикробному лекарственному средству т.е. до начала antimicrobной терапии необходимо правильно собрать инфекционный материал — мокроту и отправить на бактериологическое исследование, где определяют возбудителя и его чувствительность к антибиотикам. Только на этой основе врач может сделать оптимальный выбор препарата. А это работа медсестры. Важно собрать мокроту до начала антибактериальной терапии

3. При назначении антибактериальной терапии необходимо сделать аллергологическую пробу по назначению врача. Перед проведением пробы

медицинская сестра должна тщательно собрать алергоanamnez и следить за возможными проявлениями аллергии, т.к. антибиотики, наиболее часто дают аллергические реакции.

4. В течение всего курса лечения контролировать возможное появление нежелательных эффектов, и при первых же их появлениях сообщить врачу. При применении антибактериальных препаратов, могут быть не только аллергические реакции, но и токсические, о которых должна знать медицинская сестра и вовремя их заметить. Так многие антибиотики вызывают гепатотоксическое и нефротоксическое побочное действие.

5. При применении бронходилататоров медицинская сестра должна научить пациента пользоваться ими, объяснить опасность бесконтрольного приема этих препаратов. Если больному назначен эуфиллин в таблетках необходимо объяснить, что его надо принимать после еды и запивать достаточным количеством воды, т.к. он оказывает раздражающее действие на слизистую ЖКТ.

6. При применении противовоспалительных препаратов, необходимо объяснить пациенту, что их следует принимать после еды и запивать достаточным количеством воды, т.к. они оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку ЖКТ.

7. Своевременно и правильно проводить исследования, назначенные врачом, это позволит врачу эффективно проводить коррекцию фармакотерапии.

8. Постоянно контролировать эффективность и безопасность фармакотерапии, ЧДД, ЧСС, АД, состояние кожи и слизистых оболочек, своевременно направлять на контрольные исследования, назначенные врачом.

8. Медицинская сестра должна проводить обучающую работу с пациентом направленную на ведение ЗОЖ, отказа от вредных привычек, обязательно убедить больного продолжить лечение в амбулаторных условиях после выписки из стационара. Это позволит исключить возможность осложнений, и добиться наиболее хорошего восстановления.

Роль медицинской сестры заключается в своевременном и адекватном оказании качественной медицинской помощи пациенту. Пристальное наблюдение медицинской сестры и хороший уход поможет быстрому выздоровлению пациента.

### **1.5. Роль медицинской сестры профилактике пневмонии**

Профилактика болезней дыхательной системы заключается в предупреждении развития данных патологий. Однако на этом задачи профилактики не заканчиваются, ведь даже в том случае, когда заболевание органов дыхания уже возникло, необходимо сделать все, чтобы оно протекало как можно легче, избежать развития осложнений.

В связи с таким множеством задач выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику заболеваний органов дыхания.

Первичная профилактика болезней органов дыхания – синоним здорового образа жизни. Отказ от вредных привычек, таких как курение или злоупотребление спиртными напитками, регулярная физическая активность, закаливание, избегание стрессов, профессиональных вредностей, связанных с вдыханием различных вредных веществ, проживание в экологически чистых районах – все это способствует предупреждению развития болезней органов дыхания.

Если говорить о первичной профилактике болезней органов дыхания, нельзя не упомянуть о полноценном сбалансированном питании. Доказана роль микроорганизмов в развитии многих заболеваний органов дыхательной системы. Если человек употребляет достаточное количества белка, витаминов и микроэлементов, тогда его иммунная система будет в норме и сможет противостоять болезнетворным микроорганизмам.

Вторичная профилактика заключается в раннем выявлении болезней и их лечении.

Многие заболевания развиваются на фоне других патологий. Так, почвой для развития бронхиальной астмы может стать аллергия. И если у вас уже имеется повышенная чувствительность к каким-либо веществам, например, к шерсти животных, пыльце растений, бытовой химии, тогда необходимо максимально уменьшить, а по возможности и совсем прекратить контакт с веществами, провоцирующими появление аллергических реакций.

Проявления аллергии не нужно терпеть или надеяться, что они пройдут сами по себе, так не будет. Наоборот, если не лечить аллергию, то она может осложниться бронхиальной астмой.

Задача третичной профилактики болезней органов дыхания – не допустить ухудшения заболевания, возникновения осложнений. И основной помощник такой профилактики – правильно подобранное лечение, которому больной будет неукоснительно следовать.

Иногда третичная профилактика болезней органов дыхания может растягиваться на многие годы.

Даже во время эпидемий при определенных усилиях и соблюдении рекомендаций можно предотвратить заражение пневмонией. С этой целью установлены определенные правила первичной профилактики:

Проходить вакцинацию. Самой эффективной является вакцинация от воспаления легких детей 3 – 6 лет, а также людей после 65 лет. Иммуитет людей этих возрастных групп больше других подвержен ослаблению. Вакцинация предполагает введение небольшого количества вируса, чтобы организм смог выработать антитела к нему, получив иммунитет. Когда патогенные бактерии на самом деле попадут в организм, то заболевание будет протекать очень легко или заражения не произойдет совсем. Оптимальные сроки вакцинации – это март и сентябрь.

Стараться избегать прямых контактов с пациентами. 90% случаев заражения воспалением легких происходит именно воздушно-капельным путем. Нельзя забывать об этом, поэтому при присутствии в закрытом помещении болеющего человека, когда не получится ограничить контакт с ним,

рекомендуется пользоваться медицинской повязкой и проводить проветривание.

Своевременно лечить простудные заболевания. Если самолечение простуды не дало положительной динамики через 3 – 5 дней следует вызвать врача, сдать анализы. Чем раньше и точнее поставлен диагноз, тем меньше риски осложнений.

Воспаление легких чревато большим количеством опасных последствий и даже может завершиться летальным исходом. Об этом необходимо всегда помнить, когда нет желания обращаться к специалисту, и проводится только самолечение.

Чтобы успешно организовать профилактику и предотвратить воспаление легких, требуется учесть, что данный процесс не быстрый и может занять не меньше 2 – 3 недель. Также нужно соблюдать правила в соответствии с возрастом пациентов. В профилактике пневмонии для детей следует подбирать более щадящие мероприятия.

Важно постараться не допустить переохлаждения, вести активный образ жизни, при необходимости включить в свой режим средства ЛФК, пересмотреть рацион. В нем должна быть часть углеводов и жиров, 3 части белков. Необходимо отказаться от курения и распития спиртного.

Памятки по профилактике для каждого пациента из групп риска могут немного отличаться. Но, независимо от этого, человек должен заботиться о своем иммунитете. Стресс, частые перенапряжения, непроходящая усталость, отсутствие полноценного отдыха негативно влияют на здоровье и работу защитных сил организма.

Во время эпидемий следует постараться не посещать многолюдные места и ограничить свой круг общения, чтобы не заразиться вторичной инфекцией.

У взрослых профилактика пневмонии предполагает реализацию мер по укреплению организма и поддержания его тонуса. Также используются витаминные препараты и народные средства. Список методов профилактики воспаления у взрослого человека выглядит так:

Прием витаминных комплексов. Особенно этот пункт важен в зимнее время, когда не хватает естественных источников витаминов и микроэлементов. В сезон нужно кушать много овощей и фруктов.

Вакцинация. Универсальной вакцины нет, но лучше перестраховаться и провести вакцинацию от наиболее распространенных возбудителей.

Применение банок, горчичников и других народных методов, таких как лимон, мед неплохо укрепляет организм. Но нужно помнить о риске аллергической реакции.

Массаж. Этот способ не только расслабляет, но и нормализует кровоток, тем самым улучшая иммунитет. Делать манипуляции должен только специалист, самостоятельно можно сильно навредить.

Лечение в специализированных санаториях. Свежий воздух в совокупности с лечебно-профилактическими мероприятиями отлично влияет на состояние здоровья легких.

При реализации профилактики следует помнить о поддержании тонуса организма, также важно беречь состояние нервной системы и помнить о необходимости здорового сна.

В преклонном возрасте важным этапом профилактики является прием комплексов витаминов и минералов. Но после 50 лет они усваиваются в несколько раз медленнее, поэтому врачи рекомендуют принимать витамины круглогодично. Из-за этого профилактика займет больше времени. Также к особенностям ее проведения относятся: помощь пожилым; соблюдение правил гигиены; умеренная физическая активность, закаливание, длительные пешие прогулки; отказ от курения, алкоголя, по возможности избегать даже пассивного курения; регулярное проветривание жилого помещения.

При следовании рекомендациям риски заболеть снижаются в 2 – 3 раза.

Если человек вынужден долго находиться в лежачем положении из-за болезни или травмы, то требуется обязательная профилактика воспаления легких. При невозможности полноценно передвигаться пациент нуждается в посторонней помощи. Родственники тяжелобольного должны понимать, что его

организм сильнее подвержен заражению патогенными микроорганизмами. Для профилактики пневмонии назначается курсовой прием антибиотиков, чтобы предупредить возможное инфицирование. Также к мерам профилактики относятся: проведение ингаляций, соблюдение правил личной гигиены, профилактика пролежней, частые проветривания, массаж [25, с. 284].

Процесс воспаления в легких часто начинает развиваться и активно прогрессировать именно после операции на сердце, грудной клетке или пищеводе. После операции организм и так нуждается в особом внимании и заботе, а развитие пневмонии значительно усугубит всю реабилитацию. Для профилактики пневмонии в послеоперационном периоде необходимо соблюдать такие правила:

- Проведение постоперационной терапии антибиотиками, которая поможет бороться с инфекционными агентами.

- Прием препаратов для уменьшения проявления интоксикации, противовоспалительных лекарств.

- После вмешательства на сердце и грудной клетке проводится курс антисекреторными препаратами. Они помогают выводить слизь из бронхов и легких, очищая их.

- На этапе окончательной реабилитации назначаются физиотерапевтические процедуры, нормализующие двигательную активность пациента.

- При долгосрочном восстановлении врач обязательно назначает лечебный массаж. Самыми легкими и в то же время результативными упражнениями считаются: надувание шаров и вдувание воздуха через трубочку в стеклянную емкость с водой. Упражнения можно делать 3 – 4 раза в день.

Профилактика вторичная применяется у лиц, имеющих факторы риска в развитии определенных болезней. С этой целью врач формирует диспансерные группы наблюдения по конкретным нозологиям для предотвращения заболевания или обострения.

У таких пациентов повышается вероятность ухудшения состояния под действием следующих факторов: физической нагрузки, стресса, снижения иммунитета, частых ОРВИ, нарушения диеты.

Благодаря динамическому врачебному контролю, своевременному обследованию, профилактическому приему лекарств, в большинстве случаев удается снизить количество обострений или предотвратить само заболевание.

Третичная профилактика применяется у лиц, которые уже столкнулись с заболеванием и имеют стойкие расстройства функции органов и систем. Многие из них являются инвалидами первой, второй или третьей группы. В этом ее отличие от первичной и вторичной профилактики.

Третичная направлена на достижение профессиональной и социальной реализации. Она подразумевает комплекс мер медицинской реабилитации: санаторно-курортное лечение, протезирование, трудоустройство инвалидов, получение новой специальности, изменение квалификации, психологическую помощь.

Профилактическая работа в медицине достаточно сложная, так как далеко не все согласны менять свой образ жизни или принимать лекарства, пока ничего не беспокоит. Однако именно первичная, вторичная и третичная профилактика позволяет улучшить состояние здоровья населения в целом и снизить заболеваемость наиболее опасными патологиями либо успешно после них реабилитироваться.

Своевременно начатые реабилитационные мероприятия позволяют снизить риск развития поздних осложнений, а также способствуют быстрому восстановлению и возврату к привычному образу жизни. И роль младшего медицинского персонала по уходу за больным с пневмонией не стоит недооценивать. Помимо выполнения назначений, она создает более комфортные условия для пациента, что также способствует скорейшему выздоровлению.

## **ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ**

### **2.1. Методологическое обеспечение и организация исследования**

Практическое исследование о профилактической деятельности медицинской сестры при пневмонии выполнялось на базе ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода», поликлиническое отделение №1 в период с октября 2018 по февраль 2019 гг.

#### **Методики исследования:**

В исследовании была использована анкета респондента (Приложение 1), позволяющая получить информацию об удовлетворенности респондентов деятельностью медицинской сестры и ее профилактической деятельностью при пневмонии.

#### **Процедура проведения исследования:**

Респондентам была предложена анкета, состоящая из 24 вопросов, преимущественно закрытой формы, направленных на выявление профилактической деятельности деятельностью медицинской сестры при пневмонии. Пациенты должны были внимательно ознакомиться с формулировкой вопросов, обвести или подчеркнуть вариант ответа, наиболее полно отражающий их точку зрения, самостоятельно отвечать на вопросы (анонимно), выбирая один из предложенных вариантов, ориентируясь на собственные ощущения и субъективную оценку профилактической деятельности медицинских сестер. Данные анкетирования были использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашалось.

**Обработка результатов:** проводилась по каждому вопросу анкеты, для вычисления которого применялся пакет программ Microsoft Word 2010. Полученные ответы оценивались в процентном соотношении.

## 2.2. Результаты собственного исследования

По результатам проведенного собственного исследования были получены следующие данные: распределение по полу - 62% пациентов составляют женщины, 38% составляют мужчины (Рис.1).

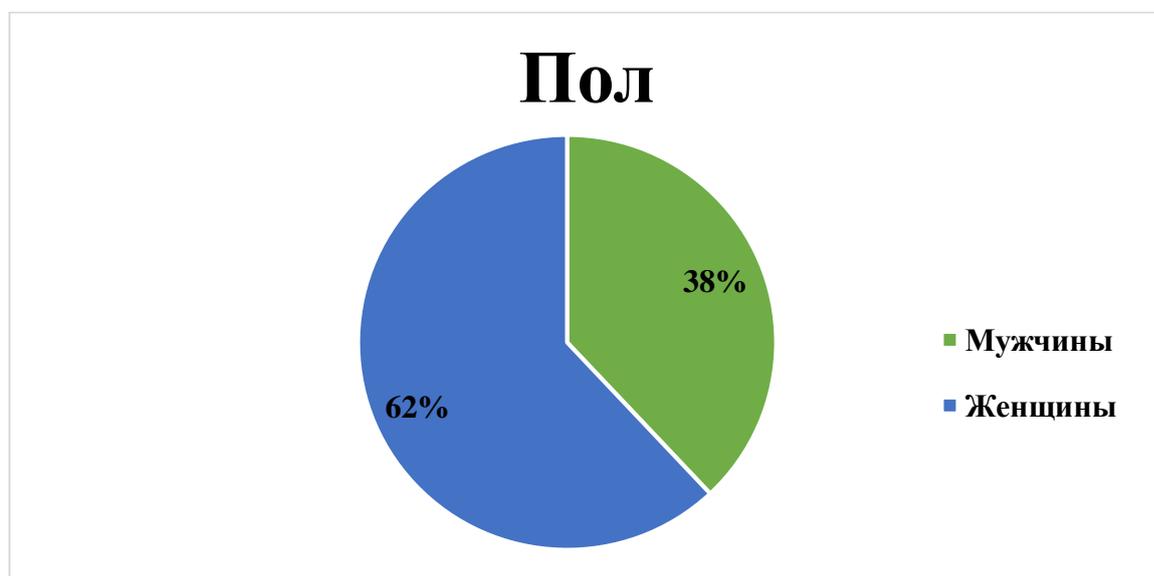


Рис. 1. Распределение по полу

Распределение по возрасту среди респондентов: от 18 – 25 лет – 15%, от 26 – 35 лет – 17%, от 36 – 45 лет - 27%, от 46 – 55 лет – 29%, старше 55 лет – 12% (Рис. 2).

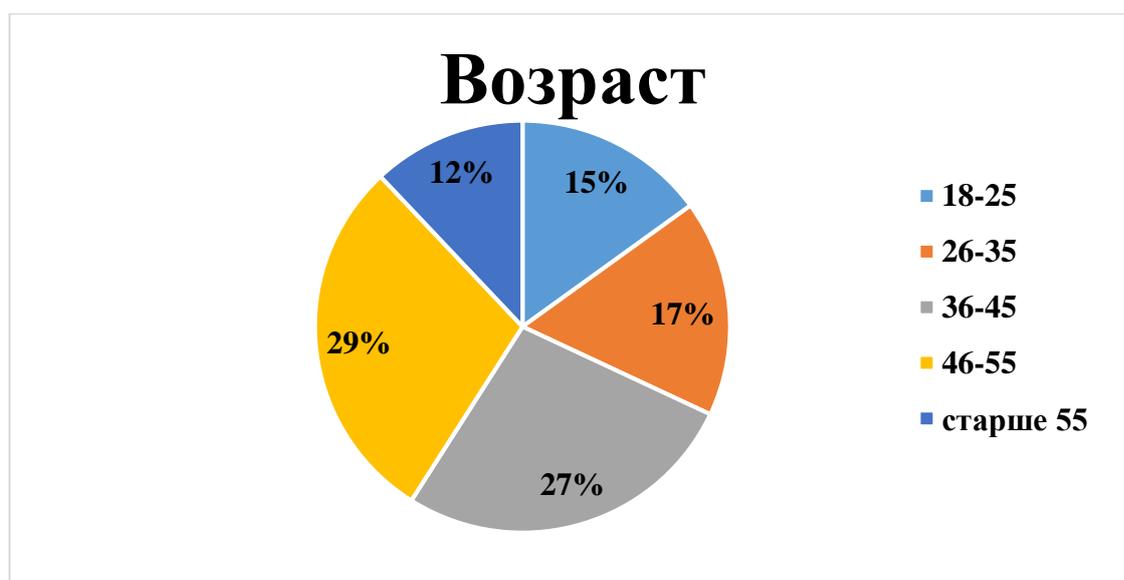


Рис. 2. Распределение респондентов по возрасту.

По месту жительства опрошиваемые распределились следующим образом: город - 66%, а в сельской местности проживает – 34% (Рис. 3).



Рис. 3. Место жительства

Выявлено, что по сфере занятости респонденты распределились следующим образом: учащийся - 14%, работающий – 65%, пенсионер – 21% (Рис. 4).



Рис. 4. Сфера занятости

На вопрос о наличии такой вредной привычки, как курение «да» ответили 35 %, не курят - 17% , делают это «иногда» - 48% опрошенных (Рис. 5).

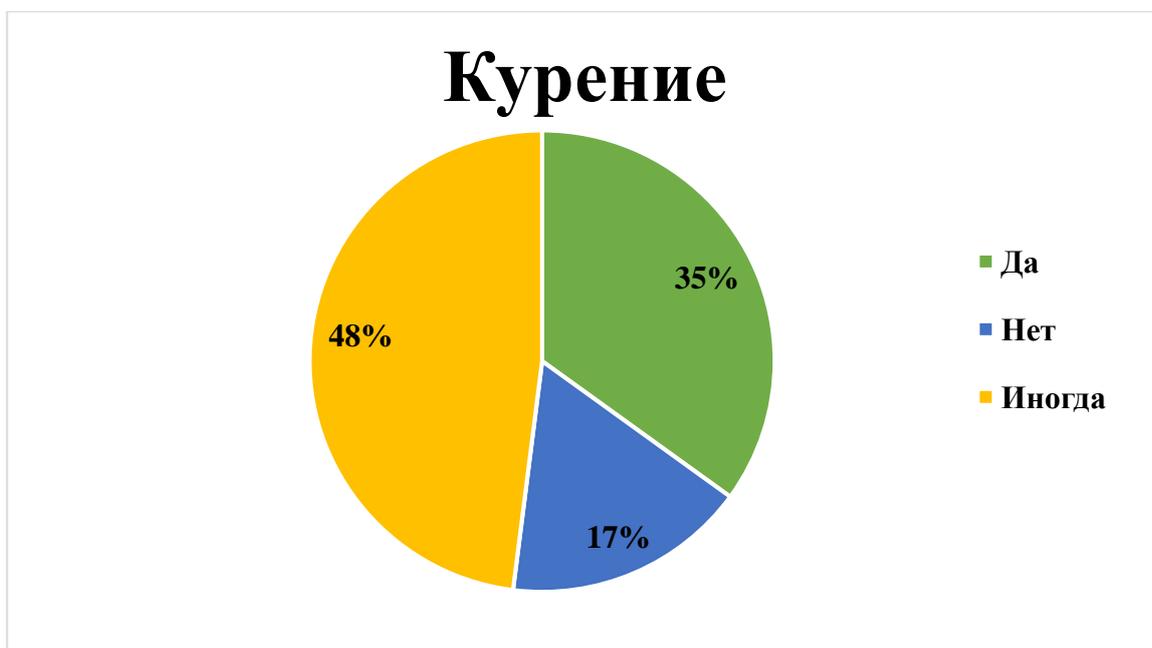


Рис. 5. Наличие никотиновой зависимости

Выявлено, что употребляют алкоголь 28 %, не пьют алкоголь - 18%, злоупотребляют «иногда» – 54% респондентов (Рис. 6).

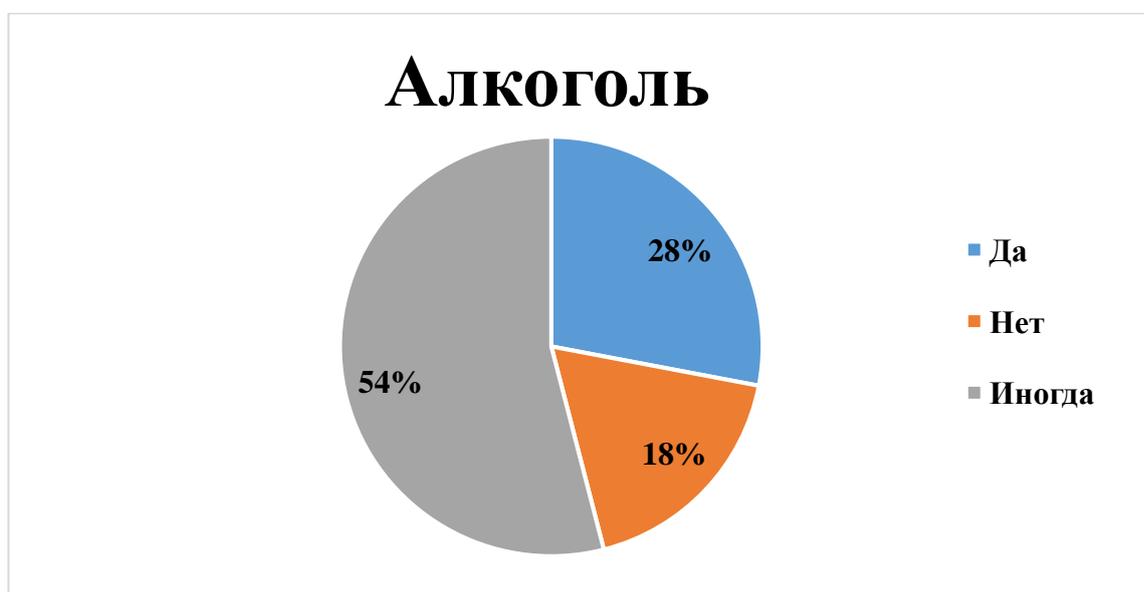


Рис. 6. Употребление алкоголя

На вопрос о наличии избыточного веса «да» ответили 67%, отрицают его наличие – 33% респондентов (Рис. 7).

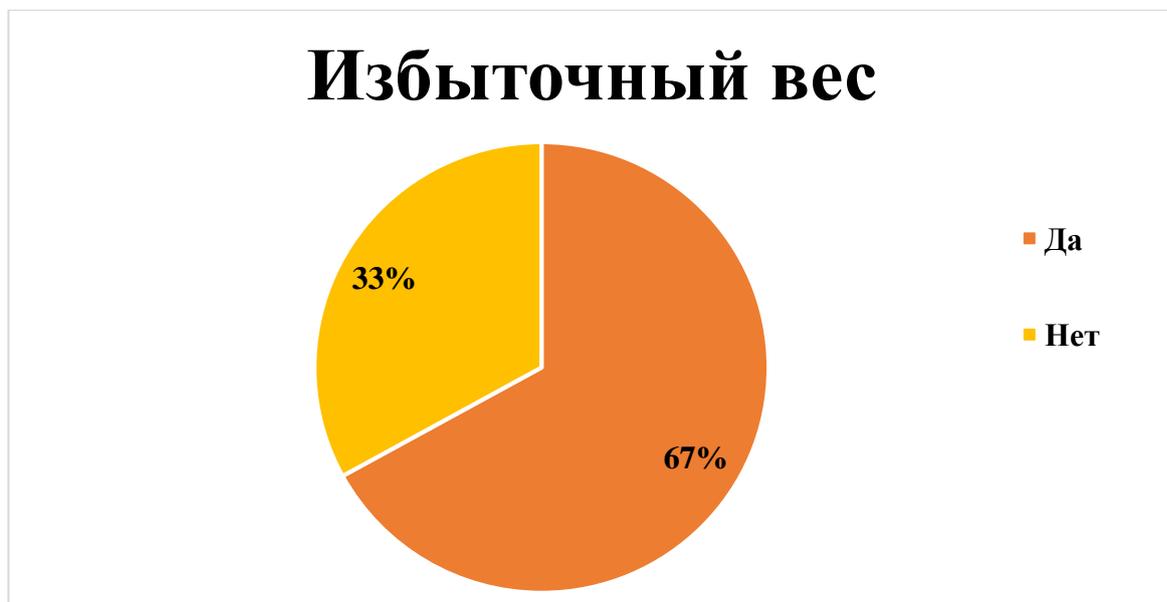


Рис. 7. Наличие избыточного веса

На вопрос о том, знают ли, что такое пневмония утвердительно ответили 89% респондентов, не знают что это такое – 11% (Рис. 8).

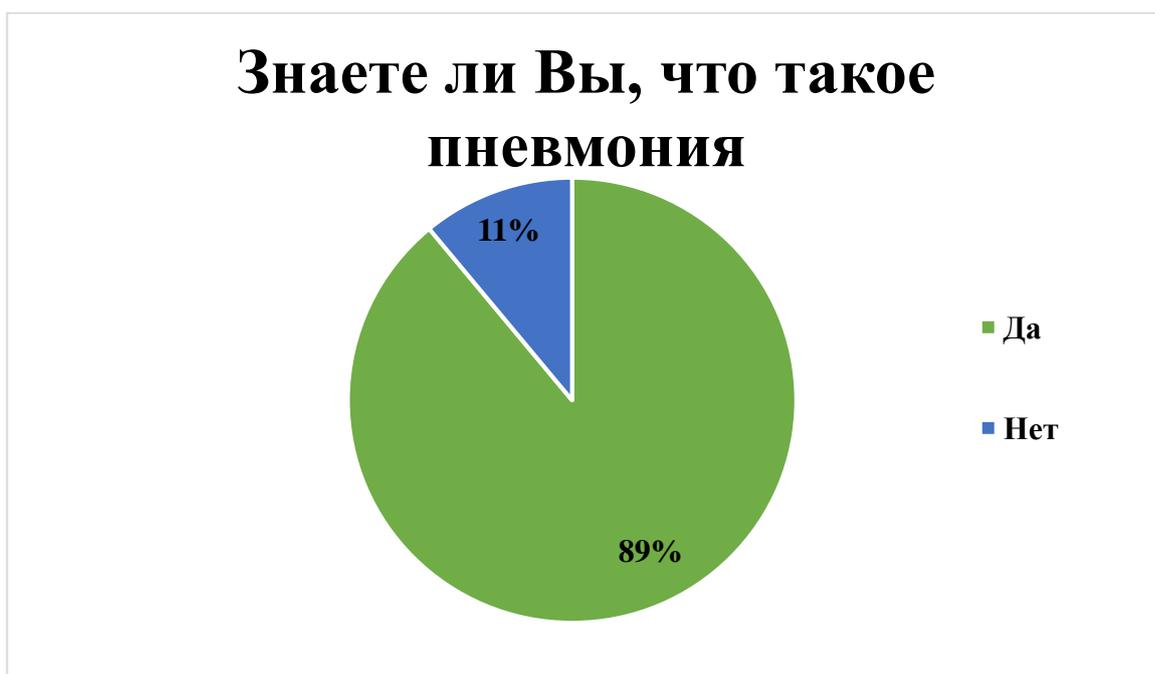


Рис. 8. Знание о пневмонии

Знание причин возникновения пневмонии отметили 64% опрошенных, не знаю об этом ничего - 36% (Рис. 9).

## Знание причин пневмонии

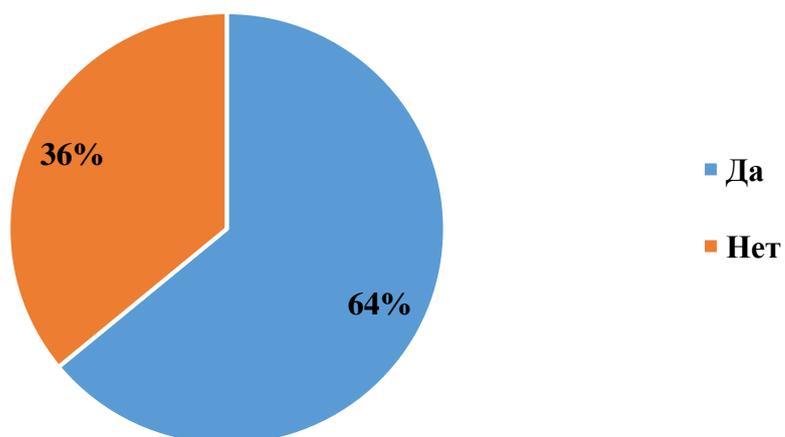


Рис.9. Знание причин пневмонии

Выявлено, что с факторами риска возникновения пневмонии знакомы 65% опрошенных, а 35% не знают ничего об этом (Рис. 10).

## Знание факторов риска пневмонии

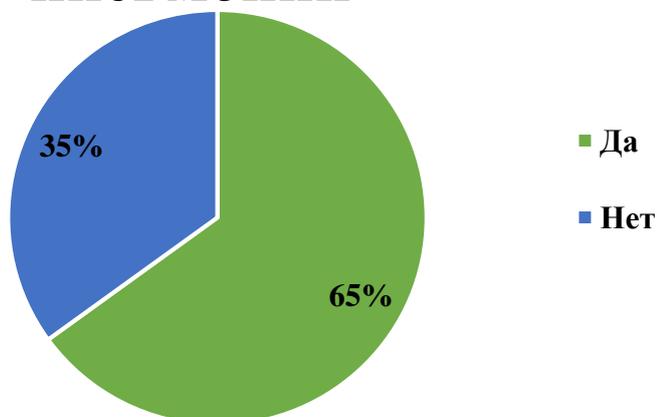


Рис. 10. Знание факторов риска пневмонии

Выявлено, что симптомы пневмонии знакомы 67% респондентов, а 33% не имеют об этом никакого представления (Рис. 11).

## Знание симптомов пневмонии

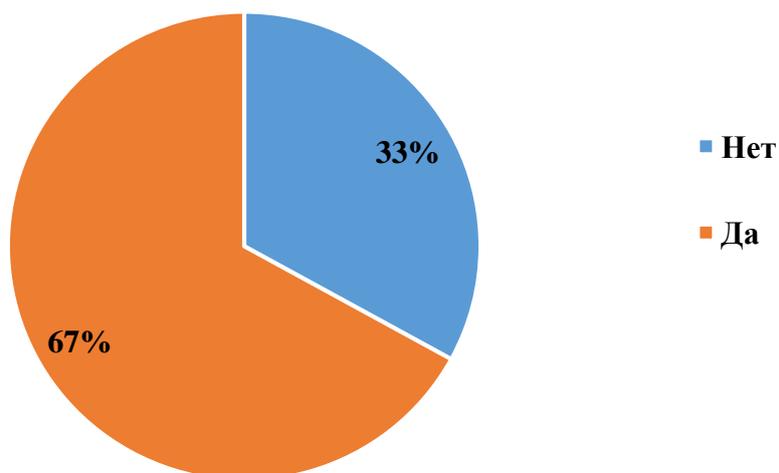


Рис. 11. Знание симптомов пневмонии

Выявлено, что связь работы с вдыханием производственной пыли и веществ, наличие частых переохлаждений на рабочем месте отметили 47% респондентов, «нет» ответили 18%, о наличии данных профессиональных вредностей «иногда» отметили – 35% опрошенных (Рис. 12).

## Связь работы с вдыханием производственных пылей и веществ, с частым переохлаждением

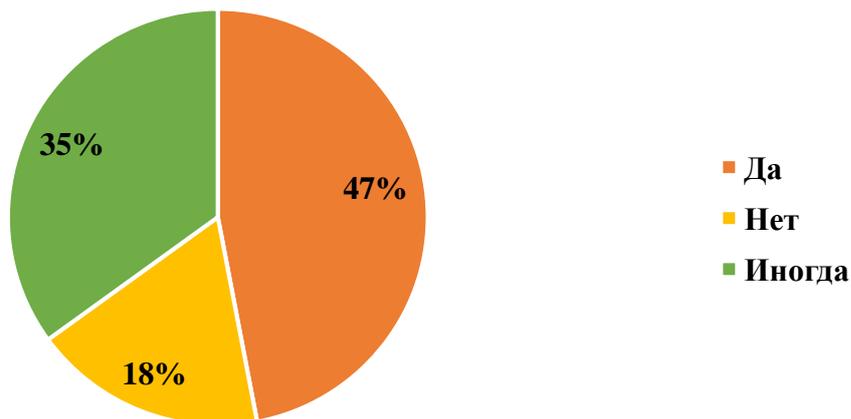


Рис. 12. Наличие на работе профессиональных вредностей

При анкетировании на вопрос о соблюдении здорового образа жизни утвердительно ответили 38% , «нет» 48%, «иногда» его соблюдают – 14% (Рис.13).

## Соблюдение здорового образа жизни

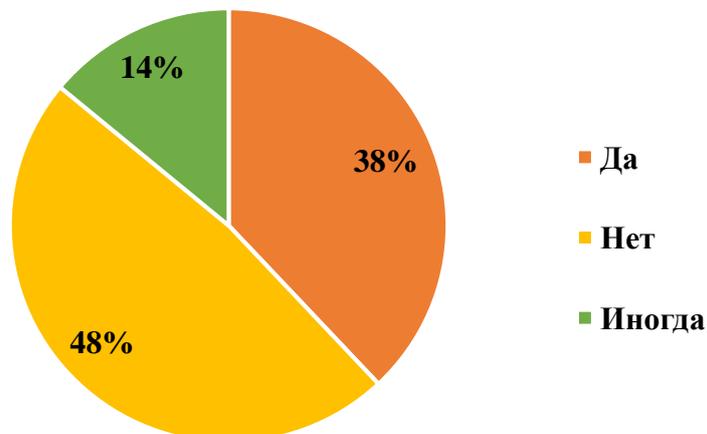


Рис. 13. Соблюдение здорового образа жизни

63% респондентов отметили наличие хронических заболеваний, а 37% отрицают наличие (Рис. 14).

## Хронические заболевания

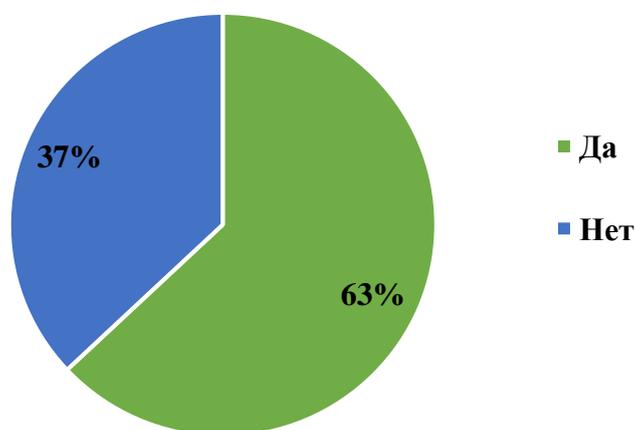


Рис. 14. Наличие хронических заболеваний

На вопрос о частоте заболеваний ОРВИ (или другими респираторными заболеваниями) утвердительно ответили 82% опрошенных, «нет» отметили 18% (Рис. 15).



Рис. 15. Частота ОРВИ

Выявлено, что самолечением ОРВИ занимается 51% опрошенных, отрицает это - 15% , практикуют самолечение « иногда» -34% (Рис. 16).



Рис. 16. Самолечение ОРВИ

Прием антибиотиков без назначения врача практикует 48% респондентов, отрицает это - 14%, практикует «иногда» - 38% (Рис. 17).

## Прием антибиотиков без назначения врача

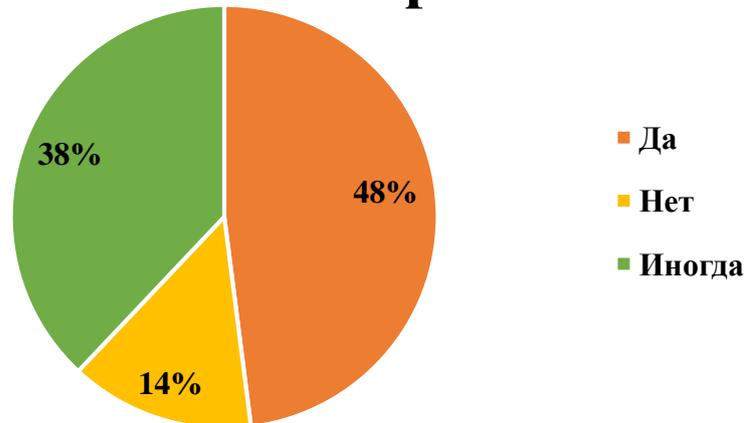


Рис. 17. Прием антибиотиков без назначения врача

Выявлено, что 76 % опрошенных знают, что на антибиотики могут быть тяжелые аллергические реакции, не осведомлены об этом - 34% (Рис.18).

## Знание, что на антибиотики могут быть аллергические реакции

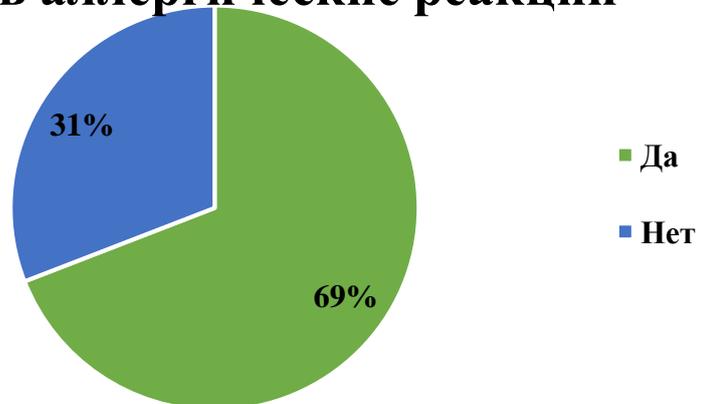


Рис. 18. Знание об аллергических реакциях на антибиотики

Источниками получения информации о пневмонии в 9% - друзья, СМИ отметили 57%, интернет- 20%, медработник – 14% (Рис. 19)

## Источники информации о пневмонии

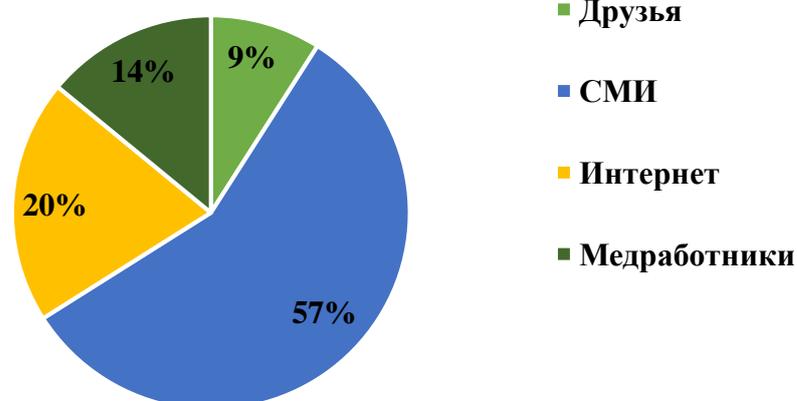


Рис. 19. Источники информации о пневмонии

Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу заболеваний органов дыхания отметили 35% опрошенных, ее отсутствие отметили 46%, наличие санпросвет работы «иногда» - 19% (Рис. 20).

## Проведение медработником санитарно-просветительской работы

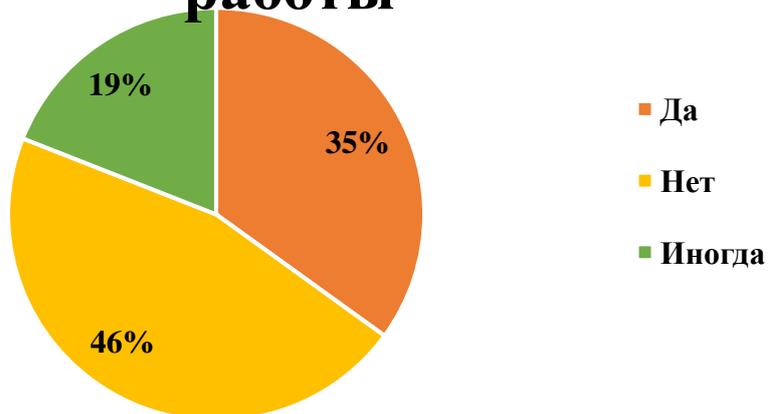


Рис. 20. Проведение медработником санитарно – просветительской работы

Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры отметили 61% опрошенных, ее отсутствие - 15%, а наличие ее «иногда» отметили – 24% (Рис. 21).



Рис. 21. Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры

Удовлетворенность сестринским уходом в ЛПУ отметили 64%, не довольны - 12%, не вполне удовлетворены – 24% (Рис. 22).



Рис. 22. Удовлетворенность сестринским уходом в ЛПУ

По результатам проведенного исследования сформирована группа риска по необходимости профилактических мероприятий при пневмонии.

Это в 62% женщины, возраста от 36 – 45 лет - 27%, 46 – 55 лет – 29%; проживающие в 66% случае в городской местности, 65 % работающие.

По отношению к вредным привычкам регулярно курящих – 35%, и делающие это «иногда» – 48%; злоупотребляющие алкоголем так же «иногда» - 54%, имеющие избыточный вес – 67%.

Утвердительно на вопрос о знании пневмонии, как патологии, заболевании, ответили 89%, знание причин пневмонии отметили 64%, знание факторов риска пневмонии проявили 65%, знание симптомов пневмонии выявлено у 67% опрошенных;

Наличие на работе вредных условий труда, связанных с вдыханием производственной пыли и веществ, частых переохлаждений отметили 47%, наличие этого «иногда» – 35%;

Соблюдение аспектов здорового образа жизни практикуют только 38%;

О наличии хронических заболеваний высказались положительно 63% опрошенных,

82% отметили, что часто болеют ОРВИ (или другими респираторными заболеваниями), занимаются самолечением ОРВИ - 51%, практикуют прием антибиотиков без назначения врача 48%, делают это иногда - 38%, что в сумме дает большой риск развития побочных явлений и аллергических реакций. Знания о том, что на антибиотики могут быть тяжелые аллергические реакции отметили 76 %;

В 57% случаев источником получения информации о пневмонии названы средства массовой информации;

Отсутствие проведения медработником санитарно-просветительской работы по поводу заболеваний органов дыхания отметили 46%;

Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры отметили 61%; а 64% респондентов выразили удовлетворенность сестринским уходом в ЛПУ.

### **2.3. Рекомендации медицинским работникам, участвующим в профилактике пневмонии**

1. Особую профилактическую направленность сформировать на работающих женщин, в возрасте от 36 до 55 лет; проживающих в городе;

2. Усилить профилактические и мотивационные мероприятия по избавлению пациентов от никотиновой зависимости и употреблению алкоголя;

3. Рекомендовать пациентам из группы риска контролировать свой вес в пределах нормы, обучить навыкам рационального питания, принципам корректного снижения веса;

4. Активней проводить пропаганду здорового образа жизни, и соблюдение режима труда и отдыха;

5. Рекомендовать пациентам исключить или минимизировать воздействие профессиональных вредностей на рабочем месте;

6. Рекомендовать пациентам регулярно проходить профилактические осмотры, пролечивать и оздоравливать имеющиеся хронические заболевания, или очаги хронической инфекции;

7. Пациентам, часто болеющим ОРВИ (или другими респираторными заболеваниями) рекомендовать не заниматься самолечением, не практиковать бесконтрольный прием антибиотиков, а незамедлительно обращаться к врачу, не дожидаясь ухудшения самочувствия и развития тяжелых аллергических реакций;

8. Более активно осуществлять санитарно – просветительскую работу о профилактике заболеваний дыхательных путей, а в частности, пневмонии, посредством подготовки буклетов, наглядной агитации в ЛПУ, проведением профилактических бесед;

9. При любом обращении в ЛПУ оказывать пациенту моральную поддержку и сопереживание, повышать уровень удовлетворенности пациента сестринским уходом в ЛПУ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пневмония – это инфекционное воспаление легких, поражающее альвеолы или другие легочные ткани. Пневмония может возникать от различных возбудителей – бактерий, вирусов, грибков. Поэтому существует большое количество видов пневмонии, каждый из которых имеет свои симптомы и особенности протекания. В легких здорового человека всегда присутствует определенное количество тех или иных бактерий. И в большинстве случаев иммунная система прекрасно с ними борется. Но когда организм ослаблен и не может с ними справиться, происходит активное развитие пневмонии. Поэтому очень часто воспаление легких возникает как осложнение после перенесенного ранее простудного заболевания.

Цель данной исследовательской работы можно считать достигнутой, так как в полной мере были обоснованы поставленные для этого задачи исследования, а именно:

1. Была проведена работа над теоретическим материалом по теме исследования: этиология и патогенез, классификация, клиническая картина и диагностика, лечение и профилактика пневмонии.

2. Была проанализирована роль медицинской сестры в проведении диагностических и лечебных мероприятий.

3. Была дана характеристика профилактическим мероприятиям (первичные, вторичные, третичные) в отношении пневмонии среди всех слоев населения, т.е. среди детей, взрослых и пожилых людей. Так же отдельно был затронут вопрос профилактики госпитальной пневмонии.

Отсюда можно сделать следующие выводы по работе:

- пневмония достаточно частая патология и спектр ее причин и факторов риска разнообразен, данный аспект может стать причиной длительного лечения болезни, так как большинство штаммов устойчивы к лекарственным препаратам;

- пневмонию необходимо дифференцировать с другим разнообразием патологии дыхательной системы;

- пневмония требует ранней диагностики и своевременного лечения, для того чтобы не было осложнений;

- из практической части видно, что медицинская сестра тесно работает с пациентом и от нее зависит много и в том числе быстрое выздоровление;

- после рассмотрения вопросов профилактики стало заметно, что медицинские сестры являются важным звеном в ведение пациентов с пневмонией на разных этапах, начиная с поступления и заканчивая выздоровлением пациента.

#### Рекомендации:

- регулярное повышение квалификации среднего медицинского персонала,

- внедрение в практику новых современных технологий по диагностике, лечению и профилактике пневмонии,

- медицинские сестры должны пропагандировать ЗОЖ,

- проведение бесед с пациентами и их родственниками по вопросам пневмонии,

- соблюдение санитарно – эпидемического режима в ЛПУ.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агкацева, С. А. Сестринские манипуляции / С.А. Агкацева. – М.: Медицина, 2014. - 100 с.
2. Бокарев, И.Н. Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение: Учебник / И.Н. Бокарев. - Ереван: МИА, 2015. - 776 с.
3. Громнацкий, Н.И. Внутренние болезни: Учебник для студентов медицинских вузов / Н.И. Громнацкий. - Ереван: МИА, 2014. - 688 с.
4. Ивашкин, В.Т. Внутренние болезни / В.Т. Ивашкин. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 368 с.
5. Казанцев, В.А. Внебольничная пневмония / В.А. Казанцев. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 112 с.
6. Ослопов, В. Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике / В.Н. Ослопов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 222 с.
7. Ройтберг, Г.Е. Внутренние болезни. Система органов дыхания: Учебное пособие / Г.Е. Ройтберг. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 512 с.
8. Синопальников, А.И. Внебольничная пневмония / А.И. Синопальников, О.В. Фесенко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 112 с.
9. Сединкина, Р.Г. Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 432 с.
10. СП 3.1.2.3116-13 Профилактика внебольничной пневмонии. – Информационное агенство Технорма, 2015. – 19 с.
11. Чучалина, А.Г. Пульмонология. Национальное руководство / А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 800 с.
12. Широкова, Н.В. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 160 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## АНКЕТА

*Данное анкетирование проводится с целью выявления профилактической деятельности медицинских сестер при пневмонии. Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.*

- 1. Пол:** а) Женский                      б) Мужской; **2. Возраст:** а) 18 – 25 лет , б) 26 – 35 лет, в) 36 – 45 лет , г) 46 – 55 лет, д) старше 55 лет
- 2. Место жительства:** а) Город, б) Сельская местность
- 3. Сфера занятости:** а) учащийся, б) работающий, в) пенсионер
- 4. Курение:** а) да      б) нет      в) иногда
- 5. Употребление алкоголя:** а) да      б) нет      в) иногда
- 6. Избыточный вес:** а) да      б) нет
- 7. Знаете ли Вы что такое пневмония:** а) да      б) нет
- 8. Знание причин пневмонии:** а) да      б) нет
- 9. Знание факторов риска пневмонии:** а) да      б) нет
- 10. Знание симптомов пневмонии:** а) да      б) нет
- 11. Связь работы с вдыханием производственных пылей и веществ, с частым переохлаждением:** а) да      б) нет      в) иногда
- 12. Соблюдение здорового образа жизни:** а) да      б) нет      в) иногда
- 13. Наличие хронических заболеваний:** а) да      б) нет
- 14. Часто болеете ОРВИ (или другими респираторными заболеваниями) а) да      б) нет**
- 15. Занимаетесь самолечением ОРВИ? а) да      б) нет      в) иногда**
- 16. Прием антибиотиков без назначения врача:** а) да      б) нет      в) иногда
- 17. Знаете, что на антибиотики могут быть тяжелые аллергические реакции? а) да      б) нет**
- 18. Источники получения информации о пневмонии:** а) друзья, б) СМИ, в) интернет, г) медработник;
- 19. Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу заболеваний органов дыхания:** а) да      б) нет      в) иногда
- 20. Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры:** а) да      б) нет      в) иногда
- 21. Удовлетворенность сестринским уходом в ЛПУ:** а) да      б) нет      в) не вполне удовлетворены.

*Спасибо за участие в опросе!*