

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 В
ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Дипломная работа студента

очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051581
Твердохлебовой Татьяны Игоревны

Научный руководитель
преподаватель Беяева Л.Н.

Рецензент
Заведующий отделением гипербарической
оксигенации
ОГАУЗ «Санаторий Красиво»
Малеев С.П.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	5
1.1 Заболевания органов дыхания, как медико-социальная проблема	5
1.2 Заболевания органов дыхания и факторы, влияющие на их распространённость	7
1.3 Диагностика, лечение и роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами, с заболеваниями органов дыхания.....	15
1.4 Профилактика заболеваний органов дыхания	20
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	24
2.1 Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания	24
2.2 Организация и результаты исследования.....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. По данным статистики Минздрава самыми распространенными среди россиян заболеваниями являются пневмония, бронхит, острый ларингит, трахеит. Частота заболеваемости среди взрослого населения составляет 20,8 тыс. из 100 тыс. граждан. При этом следует учитывать, что данные цифры занижены, поскольку далеко не все заболевшие обращаются в поликлинику за получением больничного листа. При этом высокие показатели официальной статистики косвенно подтверждают – большинство при наступлении заболевания не соблюдают постельный режим, вынужденно перенося болезнь на ногах [26].

«За последние 4 года смертность от болезней органов дыхания выбилась в число лидеров, что не может не внушать опасения. Между тем абсолютный показатель снизился на 7,3% за 2017 г., а в первом полугодии 2018 г. на 8,7%» [6]стр.78

Существующая конкуренция в сфере труда, текущий уровень безработицы вынуждает россиян не пытаться оформлять больничные листы, а переносить болезнь без отрыва от производства. Многие занимаются самолечением. Реклама в СМИ разнообразных лекарственных препаратов, доступных в свободной продаже в аптеках без предъявления рецепта врача, только подстегивает к самостоятельному назначению себе «чудодейственных» лекарств, помогающих «от всего». Мало кто задумывается о последствиях такого самолечения.

Осложнения в результате такого подхода приводят не только к ухудшению текущего состояния здоровья, но и ко многим далеко идущим негативным последствиям. Если изначально приходится лечить ОРЗ, то при неправильном лечении возникают отиты, хронические заболевания легких, страдает сердечная мышца.

Неблагоприятная экологическая обстановка в крупных населенных пунктах, курение и другие вредные привычки только ухудшают ситуацию с заболеваемостью болезнями органов дыхания.

Объект исследования: профилактика заболеваний органов дыхания.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания.

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в организации и проведении профилактики заболеваний органов дыхания.

Задачи исследования:

1. Изучить причины возникновения и дать характеристику заболеваниям органов дыхания.
2. Определить основные факторы риска заболеваний органов дыхания.
3. Определить роль медицинской сестры в проведении профилактики заболеваний органов дыхания.
4. Провести анкетирование среди пациентов.
5. Разработать рекомендации по профилактике заболеваний органов дыхания.

Методы исследования: изучение теоретического материала, определение понятий, анализ медицинской документации, проведение исследования, анкетирование, формулировка выводов и рекомендаций.

Практическая значимость работы: результаты исследования данной работы могут быть использованы в учебном процессе по специальности «Сестринское дело», а также в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала.

Работа состоит из: введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1 Заболевания органов дыхания, как медико-социальная проблема

В структуре причин обращений за медицинской помощью заболевания легких составляют более 60%. Основное место занимают хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Бронхолегочные заболевания как причина смерти занимают 3-4-е место, смертность от болезней органов дыхания составила в 2018 г. 80,8 на 100 тыс. умерших [26].

«В структуре первичной инвалидности вследствие ХОБЛ основное место принадлежит бронхиальной астме (65,8%-71%) и хроническому обструктивному бронхиту (26,2%-24%), значительно меньшую долю составляют бронхоэктатическая болезнь (3,5%-2,9%), деструктивные процессы в легких (0,9%-1,2%) (рис.1). При первичном освидетельствовании в большинстве случаев устанавливается II группа инвалидности (86-90%) при высокой стабильности групп инвалидности (89-91%)».

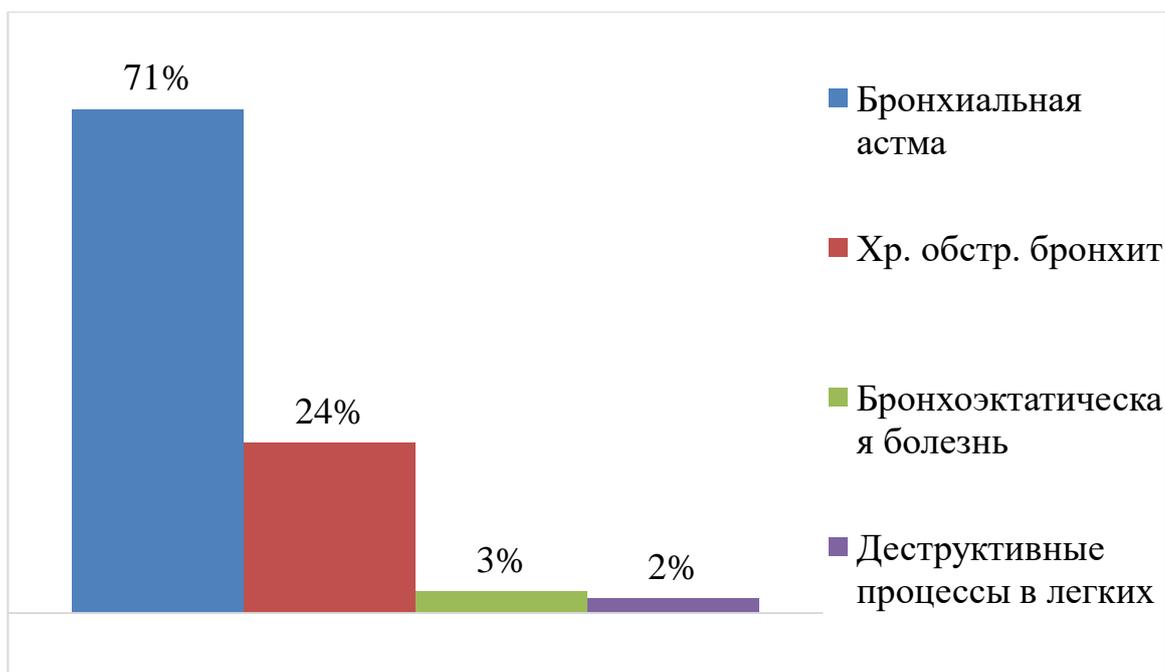


Рис. 1. Структура первичной инвалидности

Практическая актуальность болезней органов дыхания, естественно, ставит перед медицинской наукой комплексные проблемы изучения этиологии, эпидемиологии и патогенеза, на основе которых можно было бы разработать соответствующие меры профилактики, лечения и реабилитации. Но первыми вопросами, на которые требуются достоверные ответы для определения социально-экономической значимости любых болезней, являются вопросы эпидемиологической оценки их распространенности среди всех слоев населения, направленности возрастной динамики и степени влияния на здоровье больных.

«Эксперты ВОЗ при разработке программы борьбы с острыми бронхолегочными заболеваниями, пришли к выводу, что на основе официальных статистических данных и проведенных эпидемиологических исследований невозможно достоверно определить уровни заболеваемости населения, т.к. в разных странах и разных исследованиях различия столь велики, что имеют явно неэпидемиологические причины». По имеющимся в нашей стране нормативным документам инвалидность устанавливается у людей, с бронхиальной астмой. При способности совершенного или же выборочного восстановления нарушенных функций, разновидностей с обратным развитием болезни, финалом в совершенную ремиссию при нелегком течении бронхиальной астмы назначается инвалидность на 2 году, с следующим переосвидетельствованием. При гормонозависимой бронхиальной астме в связи с тяжестью течения, на бесконечные годы требующего неизменного медикаментозного исцеления и наблюдения: неуклонным прогрессирующим течением, а еще отсутствием действенных способов исцеления, вероятностью негативного мониторинга, устанавливается инвалидность [26].

Инвалидность несет в себе необходимость предоставления социальной защиты и помощи пациенту. Временная инвалидность является этапом реабилитации и восстановления социальной полноценности с использованием комплекса медицинских, психологических мероприятий: при длительном

назначении позволяет оказывать всестороннюю социальную поддержку общества.

Бронхиальная астма, является причиной инвалидизации взрослого населения. У 40-50% взрослых инвалидов вследствие бронхиальной астмы заболевание началось в детском возрасте [10]стр.5

Создание системы реабилитации инвалидов вследствие бронхиальной астмы является насущной задачей. При этом, наряду с решением вопросов медицинского наблюдения, пристальное внимание должно быть обращено на решение социальных и психологических проблем этих больных. Реабилитационные воздействия должны начинаться как можно раньше. Психологическая реабилитация является неотъемлемой частью общих реабилитационных мероприятий у инвалидов вследствие бронхиальной астмы.

1.2 Заболевания органов дыхания и факторы, влияющие на их распространённость

Ринит

Синдром воспаления слизистой оболочки носа.

Инфекционный ринит вызывается различными микробами и вирусами, развитию ринита способствует переохлаждение, сильная запылённость и загазованность воздуха. Ринит часто является одним из проявлений заболеваний (грипп, дифтерия, корь).

Гайморит

Воспаление верхнечелюстной (гайморовой) придаточной пазухи носа, возникает как осложнение при остром насморке, гриппе, кори, скарлатине и других инфекционных заболеваниях.

Основной причиной возникновения гайморита является инфекция — бактерии или вирусы проникают в гайморову пазуху через полость носа или кровь.

Одним из основных симптомов гайморита является тянущая боль, которая возникает при наклоне туловища вперед. Подтверждение диагноза производится на основании рентгеновского снимка.

Ларингит

Воспаление слизистых оболочек гортани, связанное, как правило, с простудным заболеванием либо с такими инфекционными заболеваниями, как корь, скарлатина, коклюш.

Развитию заболевания способствуют перегревание, переохлаждение, дыхание через рот, запылённый воздух, перенапряжение гортани.

Ларинготрахеит

Вариант развития заболевания, характеризующийся воспалением гортани и начальных отделов трахеи.

При ларингите и ларинготрахеите наблюдается охриплость вплоть до полной потери голоса, сухость, першение в горле, сухой лающий кашель. Может наблюдаться затруднение дыхания, появиться синюшный оттенок кожи, боль при глотании.

Особенно опасен острый стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп) у детей, так как в силу меньшего размера гортани, возникает опасность сильного сужения голосовой щели и угроза остановки дыхания, что без своевременной медицинской помощи может привести к смерти ребёнка.

Тонзиллит

Инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего нёбных миндалин, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами, вирусами и грибами или длительного воспаления глоточных и нёбных миндалин.

Развивается после перенесённой ангины и других инфекционных болезней, сопровождающихся воспалением слизистой оболочки зева (скарлатина, корь, дифтерия), или без предшествующего острого заболевания.

Трахеит

Воспаление трахеи. Несмотря на то, что трахея относится к нижним дыхательным путям, Изредка трахеит проходит изолированно, чаще всего он присоединяется к риниту, фарингиту, ларингиту, бронхиту, образуя ринофаринготрахеит, ларинготрахеит, трахеобронхит.

Бронхит

Заболевание дыхательной системы, при котором в воспалительный процесс вовлекаются бронхи.

Причиной является инфекция, например, вирусная или бактериальная.

Хронический бронхит, как и другие хронические неспецифические заболевания легких, часто является следствием затяжного течения острого бронхита вирусной этиологии (развившегося на фоне гриппа, кори, аденовирусной инфекции) или бактериального генеза (вызванного длительной персистенцией в бронхах пневмококка и др.). Может развиваться в результате продолжительного воздействия на воздухоносные пути химических и физических факторов (курения, запыленности воздуха, загрязнения промышленными отходами).

- по распространенности может быть локальным или диффузным;
- по типу воспаления - катаральным или слизисто-гнойным;
- по наличию/отсутствию бронхиальной обструкции - обструктивным и не обструктивным;
- по характеру морфологических изменений в бронхах - атрофическим, полипозным, деформирующим.

Клиническими критериями хронического бронхита служат 2-3 обострения воспалительного процесса в год на протяжении 2-х лет с ежегодной продолжительностью не менее 3-х месяцев.

Больных беспокоит постоянный кашель с мокротой. Во время обострений кашель усиливается. мокрота становится гнойной, присоединяется субфебрильная температура, потливость. Исходами и осложнениями хронического бронхита могут становиться хроническая пневмония, ателектаз легкого, эмфизема, пневмофиброз.

Бронхиальная астма

Является второй по частоте формой хронических неспецифических заболеваний легких. Характеризуется гиперреактивностью бронхиального дерева, приводящей к гиперсекреции бронхиальной слизи, отеку и пароксизмальному спазму воздухоносных путей.

К основным клиническим типам относятся неатопическая, атопическая, смешанная, аспирин- индуцированная, профессиональная бронхиальная астма.

Клинически бронхиальная астма любого генеза проявляется повторяющимися приступами экспираторной одышки.

В их развитии выделяют 3 периода: предвестников, удушья и обратного развития.

- Предвестниками, сигнализирующими о приближающемся приступе бронхиальной астмы, могут служить покашливание, слизистые выделения из носа, явления конъюнктивита, двигательное беспокойство.
- Во время приступа удушья появляется свистящее дыхание, резкая одышка с удлиненным выдохом, диффузный цианоз, непродуктивный кашель. Больные принимают вынужденное вертикальное положение с приподнятым плечевым поясом. При тяжелом приступе смерть больного может наступить от дыхательной недостаточности.
- В период обратного развития приступа при кашле начинает отделяться мокрота, уменьшается количество хрипов, дыхание становится свободным, исчезает одышка.

Между приступами состояние больных вполне удовлетворительное. При длительном анамнезе хронического неспецифического заболевания легких развивается обструктивная эмфизема, легочное сердце, легочно-сердечная недостаточность.

Хроническая обструктивная эмфизема легких

Представляет собой хроническое неспецифическое заболевание легких, морфологической основой которого выступает стойкое расширение просвета респираторных бронхиол и альвеол в результате хронической обструкции

воздухоносных путей на фоне хронического бронхита и облитерирующего бронхиолита. Легкие приобретают повышенную воздушность, становятся перераздутыми, увеличенными в размерах.

Клинические проявления эмфиземы обусловлены резким сокращением площади газообмена и нарушением легочной вентиляции. Симптоматика нарастает постепенно, по мере распространения патологических изменений на большую площадь легочной ткани.

Беспокоит прогрессирующая одышка, кашель со скудной слизистой мокротой, похудание. Обращает внимание бочкообразное расширение грудной клетки, синюшность кожи, утолщение ногтевых фаланг пальцев рук по типу барабанных палочек.

При эмфиземе часты инфекционные осложнения, легочные кровотечения, пневмоторакс. Причиной смерти становится тяжелая дыхательная недостаточность.

Бронхоэктатическая болезнь

Морфологическим субстратом настоящей формы хронических неспецифических заболеваний легких служат мешковидные, цилиндрические или веретенообразные расширения бронхов. Бронхоэктазии могут носить локальный или диффузный характер, врожденное или приобретенное происхождение [3]стр.45.

Врожденные бронхоэктазии обусловлены нарушениями развития бронхиального дерева в пренатальном и постнатальном периодах. Приобретенные бронхоэктазии могут формироваться на фоне рецидивирующих бронхопневмоний, хронического бронхита длительного нахождения инородного тела в бронхах.

Основные респираторные симптомы включают постоянный кашель, выделение желто-зеленой мокроты с запахом, иногда кровохарканье. Обострения протекают по типу обострений хронического гнойного бронхита. Внелегочный симптомокомплекс при бронхоэктатической болезни представлен

деформацией пальцев в виде барабанных палочек и ногтей в форме часовых стекол, «теплым» цианозом.

Осложнениями хронического неспецифического заболевания легких может стать легочное кровотечение, абсцесс легкого, сердечно-легочная недостаточность, амилоидоз, гнойный менингит, сепсис.

Пневмония

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

Патоморфологические изменения при хронической пневмонии сочетают воспалительный компонент, хронический бронхит, бронхоэктазии, хронические абсцессы, пневмофиброз. Каждое обострение хронической пневмонии приводит к появлению новых очагов воспаления в легочной ткани и увеличению площади склеротических изменений.

К постоянным симптомам, сопровождающим течение хронической пневмонии, следует отнести кашель с отделением мокроты (слизисто-гнойной в фазе ремиссии и гнойной в фазе обострения) и стойкие хрипы в легких. В остром периоде повышается температура тела, возникают боли в груди в проекции инфильтрата, дыхательная недостаточность. Заболевание может осложняться легочно-сердечной недостаточностью, абсцедированием, эмпиемой плевры, гангреной легких и др.

Плеврит

Воспаление плевральных листков, с выпадением на их поверхность фибрина (сухой плеврит) или скопление в плевральной полости экссудата различного характера (экссудативный плеврит).

Среди его причин—инфекции, травмы грудной клетки, опухоли. Бывает бактериальной, вирусной и аллергической этиологии.

Пневмосклероз

Хроническое неспецифическое заболевание легких, протекающее с замещением функционирующей паренхимы соединительной тканью, носит название пневмосклероза.

Является следствием воспалительно- дистрофических процессов, приводит к сморщиванию, безвоздушности и уплотнению легочной ткани. Часто развивается в исходе хронического бронхита, хронической пневмонии, плевритов, туберкулеза и др.

- По распространенности изменений различают локальный (очаговый) и диффузный пневмосклероз.
- По степени выраженности разрастания соединительной ткани выделяют три стадии патологического процесса - пневмофиброз, пневмосклероз, пневмоцирроз.

Проявляется как признаками причинно значимого заболевания, так и признаками дыхательной недостаточности (одышкой, кашлем, синюшным оттенком кожи). В стадии цирроза легкого резко выражена деформация грудной клетки, отмечается атрофия грудных мышц. Больной ослаблен, быстро устает, теряет в массе.

Течение основного заболевания ведет к прогрессированию пневмосклероза, а пневмосклероз утяжеляет основную патологию.

Основными факторами, определяющими частоту заболеваемости населения заболеваниями легких, являются:

- высокий уровень загрязненности воздушной среды,
- профессионально-производственные вредности,
- острые инфекционные заболевания дыхательных путей,
- негативные привычки,
- излишняя масса тела.

«Более высокие эпидемиологические показатели отмечаются в индустриальных городах, где в атмосферном воздухе регистрируется содержание поллютантов (оксидов азота, диоксида серы, диоксида углерода, пыли, взвешенных частиц и др.), превышающее ПДК в 3-5 раз» .

Основной профессиональный контингент среди пациентов с заболеваниями легких составляют лица, подвергающиеся сквознякам, воздействию загазованности, запыленности, раздражающих запахов на рабочем месте.

Многочисленные исследования подтверждают связь между частотой развития хронических заболеваний легких и длительным курением (свыше 10 лет).

Преморбидными состояниями для клинически выраженных форм заболеваний органов дыхания выступают частые и затяжные ОРВИ, повторные острые бронхиты и пневмонии, хронические заболевания верхних дыхательных путей, аллергические заболевания, иммунные нарушения.

«Показатель хронических заболеваний органов дыхания увеличивается с возрастом и достигает своего пика в возрастной группе 40-60 лет. Среди пациентов большинство составляют мужчины. В структуре хронических заболеваний преобладает хронический бронхит (около 60%), бронхиальная астма (-35%), бронхоэктазы (около 4%), на остальные болезни приходится менее 1%» .

В основе морфогенеза различных заболеваний легких лежит один из трех механизмов:

- бронхитогенный,
- пневмониогенный
- пневмонитогенный.

Бронхитогенный путь развития связан с нарушением бронхиальной проходимости и дренажной функции бронхов. По такому механизму развиваются заболевания с обструктивным компонентом: хронический бронхит, БЭБ, бронхиальная астма и эмфизема легких.

Пневмониогенный механизм лежит в основе формирования хронической пневмонии и хронического абсцесса легкого, которые являются осложнениями бронхопневмонии или крупозной пневмонии.

Пневмонитогенный путь определяет развитие интерстициальных заболеваний легких.

Исходом любого из названных морфогенетических механизмов служит развитие пневмосклероза (пневмофиброза, пневмоцирроза), легочной гипертензии, легочного сердца и сердечно-легочной недостаточности. Хронические заболевания легких рассматриваются как фактор риска развития туберкулеза легких, рака легкого [10]стр.18

1.3 Диагностика, лечение и роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами, с заболеваниями органов дыхания

Диагноз различных форм заболеваний легких устанавливается пульмонологом с учетом особенностей клинического течения патологии и результатов инструментальной и лабораторной диагностики.

Для подтверждения характера морфологических изменений проводится обзорная рентгенография легких, которая при необходимости дополняется линейной томографией или КТ грудной клетки.

С целью выявления структурных изменений в бронхиальном дереве выполняется бронхоскопия (при необходимости с забором мокроты или биопсией), бронхография.

При помощи анализа мокроты и смыва с бронхов (микроскопического и микробиологического) можно уточнить активность воспалительного процесса в бронхах и причину его возникновения.

Оценить функциональные резервы легких помогает исследование ФВД (исследование функций внешнего дыхания).

Выявить признаки гипертрофии правого желудочка сердца возможно путем электрокардиографии и ЭхоКГ.

Лечение заболеваний органов дыхания зависит от этиологических факторов, патогенетических механизмов, степени морфофункциональных

изменений, остроты процесса. Однако можно выделить некоторые общие подходы к лечению различных самостоятельных форм заболеваний.

С целью купирования инфекционно-воспалительных процессов в бронхах и легких подбираются противомикробные препараты с учетом чувствительности микрофлоры. Назначаются антибиотики, бронхолитические, отхаркивающие и секретолитические средства

С целью санации бронхиального дерева осуществляется бронхоальвеолярный лаваж. В этом периоде широко используются постуральный дренаж, вибромассаж, СВЧ и УФО на грудную клетку.

Во время приступов затруднения дыхания рекомендуются бронходилататоры, оксигенотерапия, сальбутамол, фенотерол, гексопреналин, кленбутерол, атровент.

Вне обострения показано диспансерное наблюдение пульмонолога, лечение в санатории, ЛФК, аэрофитотерапия, прием растительных адаптогенов и иммуномодуляторов.

С десенсибилизирующей и противовоспалительной целью могут назначаться глюкокортикостероиды. Для адекватного контроля над течением бронхиальной астмы подбирается базисная терапия.

Вопрос о хирургической тактике при заболеваниях легких ставится в случае развития стойких локальных морфологических изменений легких или бронхов. Чаще всего прибегают к резекции пораженного участка легкого либо пневмотомии. При двухстороннем диффузном пневмосклерозе может быть показана трансплантация легких [22]стр.25

Профессиональная деятельность медицинской сестры состоит из нескольких этапов.

План действий медицинской сестры:

- Сбор данных.
- Определение проблем.
- Исключение схожих заболеваний.

- Уход за больными в условиях стационара (организуется контроль над соблюдением режима и питания, досуга, создаются благоприятные условия в палате).
- Выполнение назначений врача и наблюдение за результатами лечения.
- Оценка действенности ухода.

Прежде всего, проводятся субъективные методы исследования. Происходит опрос пациента, выслушиваются его жалобы. Как правило, они состоят в затрудненном дыхании и кашле. Заболевание начинается остро. Помимо этих признаков, могут проявляться и другие симптомы: одышка, периодически свистящее дыхание, кашель, интенсивность которого усиливается утром и вечером.

Профессиональная деятельность медицинской сестры состоит из опроса родственников пациента на наличие у них такого же заболевания, чтобы подтвердить или исключить наследственную предрасположенность как причину развития болезни.

Объективные методы исследования состоят из осмотра пациента в период приступа. При этом нарушается его самочувствие, он напуган. Наблюдается громкое дыхание, одышка, хрипы со свистом, раздувание носовых крыльев, цианоз носогубного треугольника, кашель в виде приступов, отхождение вязкой мокроты. Вынужденное положение тела - сидя с возвышенным плечевым поясом.

Эти нарушения возникают по причине бронхоспазма, отека слизистой оболочки, накопления слизи в бронхиальных просветах, приступов кашля с отхождением вязкой мокроты. Бронхиальную астму можно спутать с другими заболеваниями дыхательных органов. Нужно уметь отличить ее, чтобы правильно установить диагноз.

Существуют некоторые болезни, симптомы которых схожи с признаками бронхиальной астмы. Такими заболеваниями являются:

- обструктивный хронический бронхит (клиническая картина устойчиво сохраняется и не изменяется даже после использования глюкокортикостероидных средств);
- сердечная астма (одышка возникает в виде приступов и сопровождается пациента, как правило, в ночное время) может возникать ощущение давления в груди, учащается пульс, затрудняется дыхание в обеих фазах, основное отличие от бронхиальной астмы состоит в отсутствии выраженного опущения диафрагмы:
- истероидная астма (больной вынужден дышать часто, дыхание сопровождается стоном, выдох и вдох совершаются усиленно, возможна остановка дыхания)
- протекает в трех формах: спазме голосовой щели, нарушении сокращения диафрагмы, дыхательных судорогах;
- обтурационная астма - основным симптомом является удушье, которое возникает при механическом нарушении проходимости бронхов и прочих органов дыхательной системы (опухоли, наличие инородного тела), одышка инспираторная;
- сенная лихорадка - представляет собой группу самостоятельных болезней аллергического характера, которые сопровождаются бронхоспазмом, конъюнктивитом, диареей (на этапах ремиссии симптомы не проваливаются);
- Организация и контроль над соблюдением режима. В данный пункт деятельности медицинской сестры при данном заболевании входят независимые вмешательства, которые состоят из общения с пациентом либо родителями, чьи дети страдают этим заболеванием. Требуется обсудить с ними причину возникновения заболевания, особенности терапии, профилактики возможных осложнений. Кроме того, важно убедить больного том, что терапия должна проводиться в условиях стационара с соблюдением всех врачебных назначений.

Независимые вмешательства состоят из общения с пациентами либо родителями на тему необходимости гипоаллергенной диеты. Следует внушить

больным, насколько важно ее соблюдать, причем как в условиях стационара, так и после выписки.

- Организация досуга. Независимые вмешательства в данном случае состоят из убеждений родственников пациента в необходимости доставить к нему в палату любимые книги и другие развлечения, чтобы хоть как-то скрасить досуг и отвлечься.

- Обеспечение комфортных условий. Тактика независимых вмешательств состоит из контроля над своевременным выполнением влажной уборки в палате, систематического проветривания, а также регулярной смены постельного белья. Кроме того, больному требуется тишина и покой. Это позволит восстановить сон улучшить его качество.

- Предоставление помощи в проведении потребностей и приеме пищи. Тактика медицинской сестры - беседа на тему соблюдения правил гигиены и важности данного мероприятия. Если возникнут затруднения в приеме пищи, задача медицинской сестры - оказать ему помощь. Следует побуждать больных заниматься дыхательной гимнастикой, а также физическими упражнениями. Регулярно нужно напоминать про ношение с собой карманного ингалятора, чтобы своевременно помочь в случае приступа. Однако стоит разъяснить, что увлекаться этими приборами не рекомендуется без видимой причины. Передозировка препарата способна привести к приступам удушья и снизить реакцию организма на другие лекарственные средства. Заядлым курильщикам стоит посоветовать бросить вредную привычку, которая способна привести к ухудшению самочувствия. При приступе следует приободрить больного, а также успокоить его в случае необходимости [5]стр.56

1.4 Профилактика заболеваний органов дыхания

Первичная профилактика включает в себя предупреждение возникновения заболеваний. В первую очередь, это ведение здорового образа жизни:

- отказ от курения или других вредных привычек;
- избавление от лишнего веса;
- правильное сбалансированное питание;
- проживание в экологически чистых регионах;
- регулярные занятия спортом;
- соблюдение правил личной гигиены.

Вторичная профилактика проводится тогда, когда болезнь, например, пневмония, уже возникла. Заключается профилактика в его раннем выявлении и своевременном обращении к специалисту. В этот период важно правильно провести диагностику, установить точный диагноз, затем назначить адекватное лечение [18, с.25]

Третичная профилактика необходима, чтобы избежать появления осложнений, предотвратить переход острого заболевания в хроническое, сократить количество рецидивов, ускорить возвращение человека к нормальной жизнедеятельности, улучшить качество жизни. Главные меры такой профилактики — реабилитация пациента, которая может происходить как в амбулаторных, так и в стационарных или санаторных условиях.

К мерам, предупреждающим развитие хронических заболеваний органов дыхания относятся:

- правильное дыхание носом. Носовое дыхание выполняет множество полезных функций: согревает воздух (благодаря богатой капиллярной сети), очищает его от пыли, мелких частичек (с помощью мерцательного эпителия и волосков), уничтожает бактерии, микроорганизмы (бактерицидная слизистая оболочка). Когда мы дышим через рот, все эти функции

утрачиваются, поэтому к нам в легкие попадает холодный и грязный воздух, способствующий возникновению патологий;

- проведение большого количества времени на свежем воздухе;
- частое проветривание помещения. При застое воздуха быстрее размножаются вредные микроорганизмы, а это значительно вредит здоровью;
- выполнение дыхательной гимнастики. Такие упражнения довольно популярны и распространены. Методик существует много, все они увеличивают физиологическую емкость легких и укрепление мускулатуры, которая участвует в дыхании;
- увлажнение воздуха в помещении. Часто слишком сухой или влажный воздух становится причиной развития подобных заболеваний. Специальные приспособления будут контролировать и корректировать уровень влажности;

использование маски при посещении больниц или других мест с большим скоплением людей;

посещение морских или лесных зон отдыха. Воздух в таких местах оздоравливает и укрепляет иммунитет. Желательно пребывать там не менее 21 дня, так как за это время легкие очистятся.

Активное выявление заболеваний бронхолегочной системы имеет большую социальную, медицинскую и экономическую значимость. Предлагаемый метод активного выявления больных, состоит из двух этапов, каждый из которых имеет свои цели и задачи.

На первом этапе (скрининг) обследуются все больные, взятые на данном участке, при этом среди них выявляются так называемые группы риска, т.е. лица, у которых имеются заболевания легких или возможно их развитие.

Задачей второго этапа является уточнение (верификация) результатов скрининга.

Скрининг — массовое обследование лиц с помощью легко выполняемых и информативных диагностических тестов, и методик. Его проводят врачи медицинских отделений и средний медицинский персонал.

Задача скрининга — выявление больных, а также «угрожаемых» и подозреваемых. Программа скрининга включает в себя опрос, осмотр, физикальное и флюорографическое обследование, исследование вентиляционной способности легких (ВСЛ) - спирометрия, общеклинический анализ крови.

При осмотре особое внимание обращают на возможную связь заболевания с профессией пациента. Выявляют вредные привычки (курение), с какого возраста, в каком количестве. В определения заболеваний легочной системы внесены факторы риска, среди которых решающее значение имеет инфекция дыхательных путей и табакокурение. Рекомендуются непременно собирать анамнез курящего человека.

Целенаправленно собирают аллергологический анамнез (непереносимость различных лекарственных препаратов, вакцин, сывороток, наличие вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке).

Опрос дополняется анкетированием больного. Анкета пульмонологического скрининга содержит вопросы для выявления факторов риска и ряда клинических признаков, позволяющих на первом этапе решать вопросы о состоянии органов дыхания и необходимости дальнейшего обследования.

В результате проводимого скринингового обследования все больные разделяются на два потока: скрининг - отрицательный и скрининг - положительный.

Лица из потока скрининг - отрицательный не нуждаются в дополнительном обследовании и в дальнейшем им рекомендуется один раз в год проводить обследование по предлагаемой скрининговой программе.

В поток скрининг - положительный отбираются лица, имеющие отклонения со стороны показателей ВСЛ, флюорографии, данных объективного

статуса и ответившие положительно на один и более вопрос при проведении анкетирования. Все они подразделяются на три группы.

- Первая группа — больные, подозреваемые на наличие заболевания, у которых постоянно или периодически возникает кашель с выделением мокроты, боли в грудной клетке, одышка. В это число следует включать больных с ишемической болезнью сердца, перенесших острую пневмонию в течение последнего года, а также «злостных» курильщиков.
- Ко второй группе относятся больные, не предъявляющие жалоб, но перенесшие по два и более раза в году на протяжении последних трех лет острые респираторные заболевания, трахеиты, бронхиты, пневмонию и имеющие неуточненные рентгенологические изменения в легких. Длительность «кашлевого синдрома» у больных этой группы составляет в среднем 1-2 месяца в году.
- Третью группу составляют собственно больные. Сюда относятся пациенты, имеющие те или другие клинические признаки бронхолегочного заболевания.

Лица, отнесенные к потоку скрининг-положительный, подлежат обследованию на втором этапе.

Методика по активному выявлению сопутствующих заболеваний легких у больных с болезнями сердечно-сосудистой системы позволяет выделить группы лиц с риском развития заболеваний, проводить диагностику бронхолегочных заболеваний на самых ранних этапах их развития. Выявление сопутствующих легочных заболеваний является основанием для разработки наиболее оптимальных программ санаторной реабилитации, отличающихся от традиционных схем восстановительного лечения больных кардиологического профиля [16].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1 Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания

Профилактическая деятельность медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания является неотъемлемой частью сестринского процесса, так как большинство пациентов не удовлетворено знаниями о заболеваниях органов дыхания и имеет потребность в получении достоверной информации по целому ряду конкретных вопросов, о которых они либо стесняются спросить, либо забывают.

Главной задачей медицинской сестры является выявление факторов риска, способствующих развитию заболеваний органов дыхания и их устранение.

Перед медицинской сестрой стоят следующие задачи:

- выявление у пациентов факторов риска методом активного опроса;
- убеждение в необходимости раннего выявления факторов риска, ранней санации и профилактики;
- использование методов защиты и профилактики;
- приведение аргументов о необходимости защиты и профилактики;
- оценка склонности к попытке защиты от заболеваний;
- помощь в создании плана лечения, обеспечение пациента медицинской и моральной поддержкой;
- контроль за состоянием пациента.

Проведение обучающих бесед с пациентами способствует повышению степени их информированности, что позволяет осознать важность регулярного самоконтроля, лучше приспособиться к разным обстоятельствам, предупреждать ухудшение своего самочувствия, сводя к минимуму внешние факторы воздействия.

Обучающие беседы с пациентами должны касаться вопросов рекомендуемого питания и физических нагрузок, подготовки к дополнительным исследованиям, особенностей приема назначенных врачом препаратов.

Профилактическая работа медицинской сестры направлена на предупреждение рецидивов.

Она предусматривает:

- соблюдение диеты (ограничение острых, соленых блюд).
- ограничение тяжелых физических нагрузок;
- устранение вредных привычек (курение, алкоголь);

Наблюдение состоит из:

- регулярных консультаций, обследований и осмотров терапевта, пульмонолога.
- контрольных посещений участкового терапевта;
- постоянного приема предписанных лекарственных препаратов;

Медицинская сестра должна объяснить пациенту, что в обязательном порядке необходимо проходить диспансеризацию, систематически принимать назначенные лекарственные препараты.

В профилактике дальнейшего прогрессирования заболевания важное значение имеют своевременное выявление и тщательное лечение скрытых или явных очагов инфекции, а также интеркуррентных заболеваний. Исключение вредных привычек.

Конечная цель всего комплекса профилактических мероприятий - воспитание правильных убеждений и поступков в результате приобретения новых знаний.

2.2 Организация и результаты исследования

Для достижения цели практического исследования была изучена работа медицинской сестры ОГАУЗ «Санаторий Красиво».

Среди пациентов проведено анкетирование с целью выявления факторов риска и ранней диагностики заболеваний органов дыхания.

Задачи: выявить факторы риска у опрашиваемых, какими заболеваниями дыхательной системы болеют чаще, знает ли население о профилактике этих заболеваний и проводит ли вообще профилактику, чтобы не допустить или как можно раньше купировать заболевания дыхательной системы. А также выяснить, в какой степени люди ведут ЗОЖ (здоровый образ жизни).

В анкетировании приняли участие 25 респондентов. Анкета представлена в приложение 1.

Из 25 опрошенных 15 человек 60 % составили женщины, и 10 человек 40% % мужчины (рис.2).

Из 25 опрошенных 15 человек 60 % составили женщины, и 10 человек 40% % мужчины (рис.1).

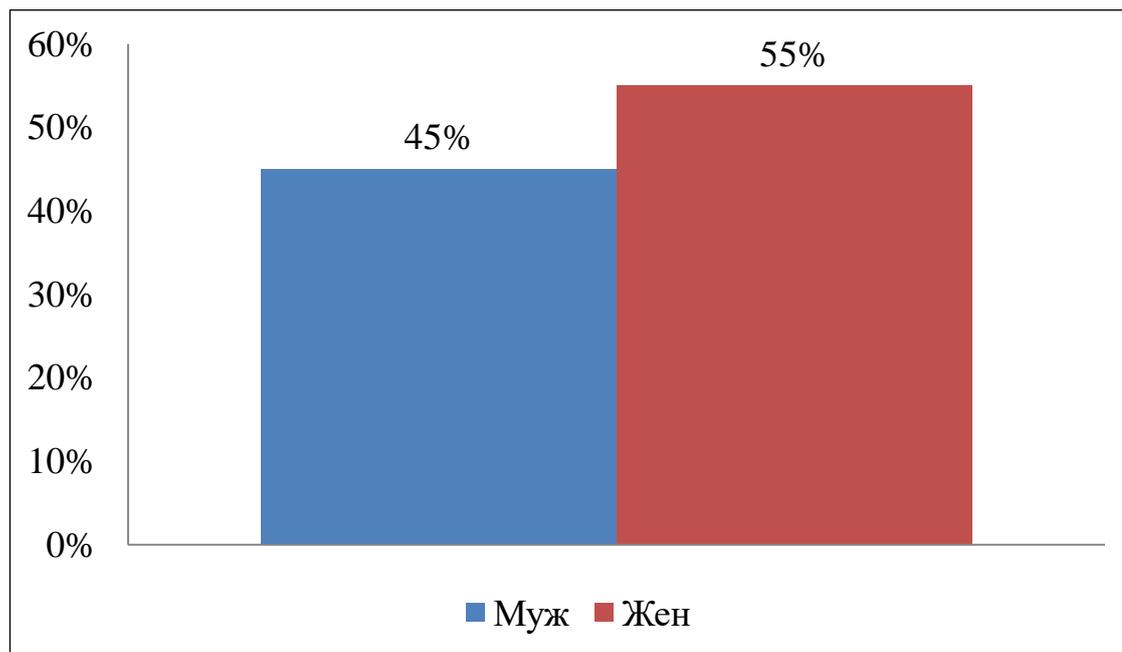


Рис. 2. Распределение респондентов по полу

Возраст респондентов варьировал: до 40 лет – 2 человека 10%, от 41 до 60 лет – 8 человек 32%, старше 60 лет – 15 человек 40% (рис. 3).

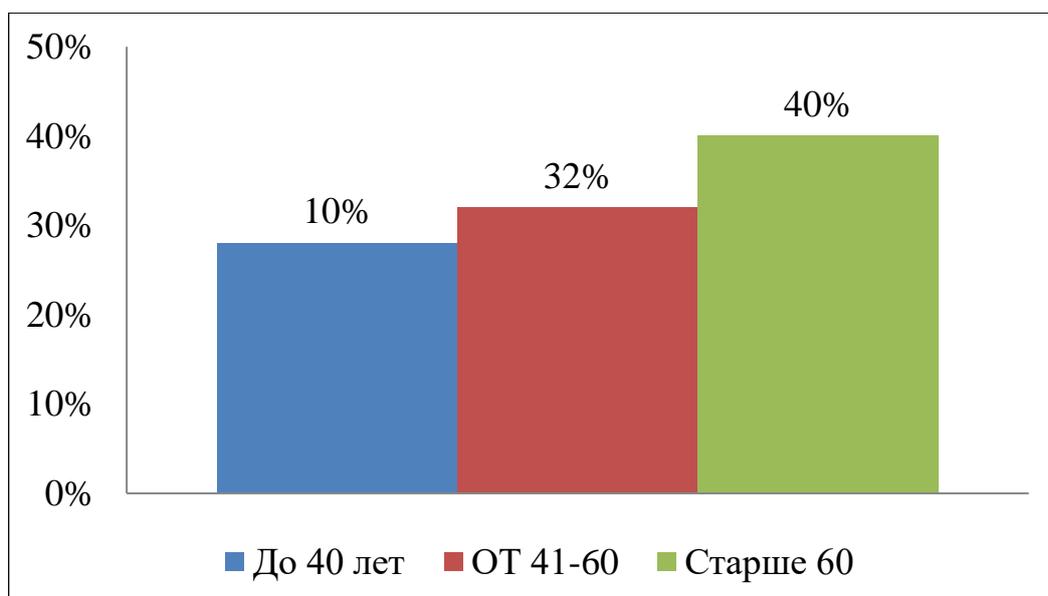


Рис. 3. Распределение респондентов по возрасту

Исходя из определения индекса массы тела (ИМТ) выяснили, что среди респондентов в норме ИМТ у 24%, ниже нормы у 12%, выше нормы у 64%. (рис.3).

Отклонения от нормы ИМТ дает большую предрасположенность к заболеваниям органов дыхания, нежели, чем норма.

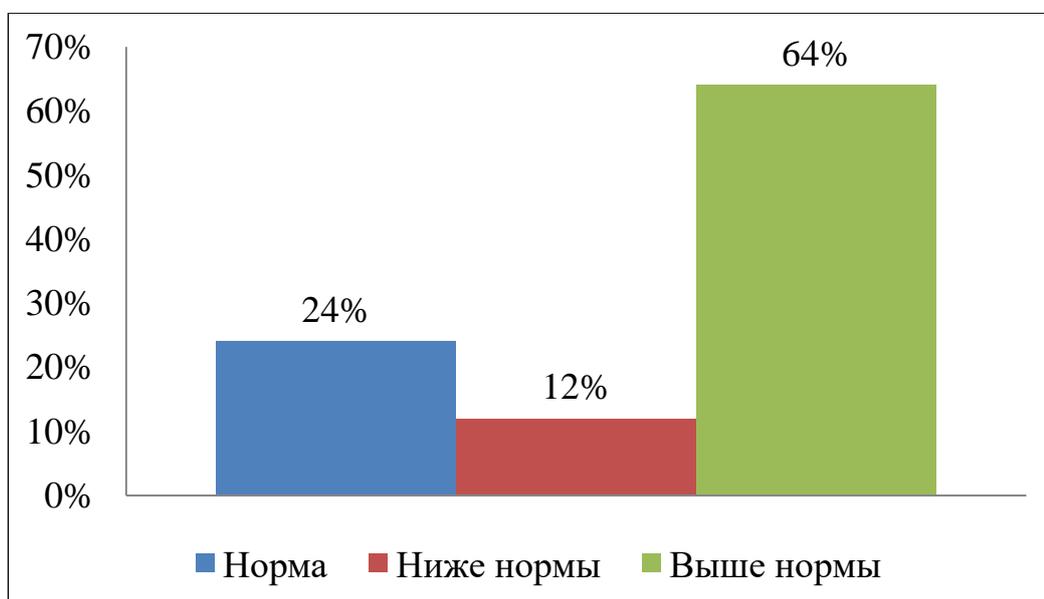


Рис. 4. Характеристика индекса массы тела

Выяснено, какими заболеваниями болеют респонденты на данный момент – пневмонии -12%, бронхиты – 60%, обострения бронхиальной астмы – 20%, ХОБЛ – 8%. (рис.5).

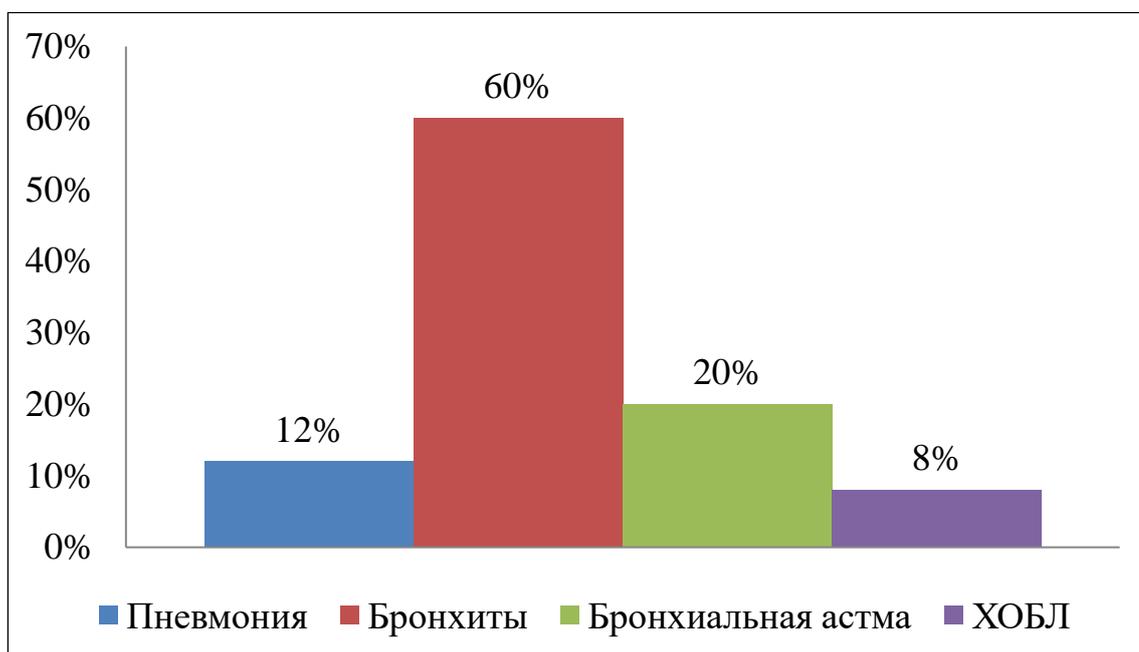


Рис. 5. Характеристика заболеваний

Среди выявления хронических заболеваний органов дыхания у родственников выяснилось, что хронические бронхиты занимают 68%, бронхиальная астма 24%, ХОБЛ 8%. (рис.6).

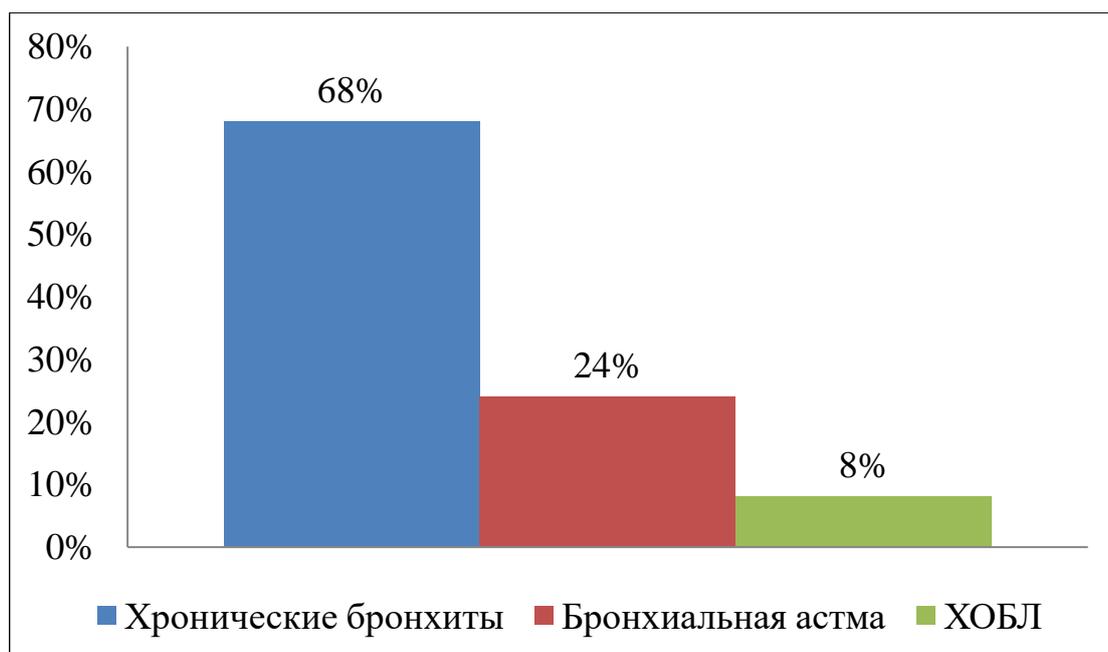


Рис. 6. Наследственная предрасположенность

На вопрос, как часто болеете простудными заболеваниями, ответили 1 раз в год – 40% и 2-4 раза в год 60%. (рис.7).

У 60% пациентов наибольший фактор риска заболеть заболеваниями дыхательной системы.

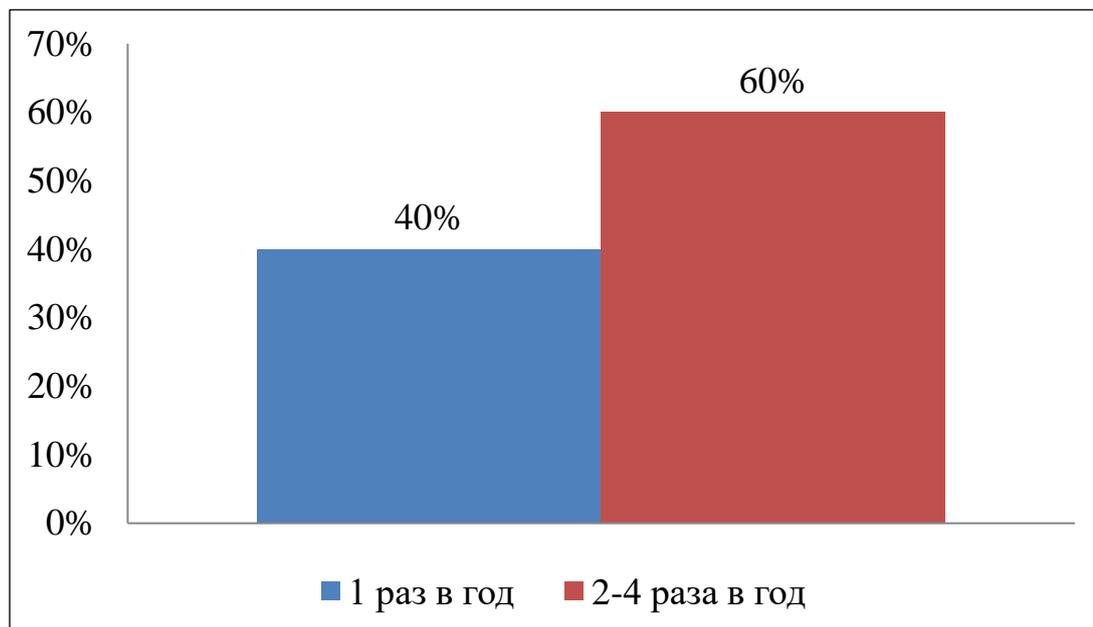


Рис. 7. Склонность к простудным заболеваниям

У 70 % респондентов ОРВИ, ОРЗ, осложняется заболеваниями органов дыхания (рис.8).

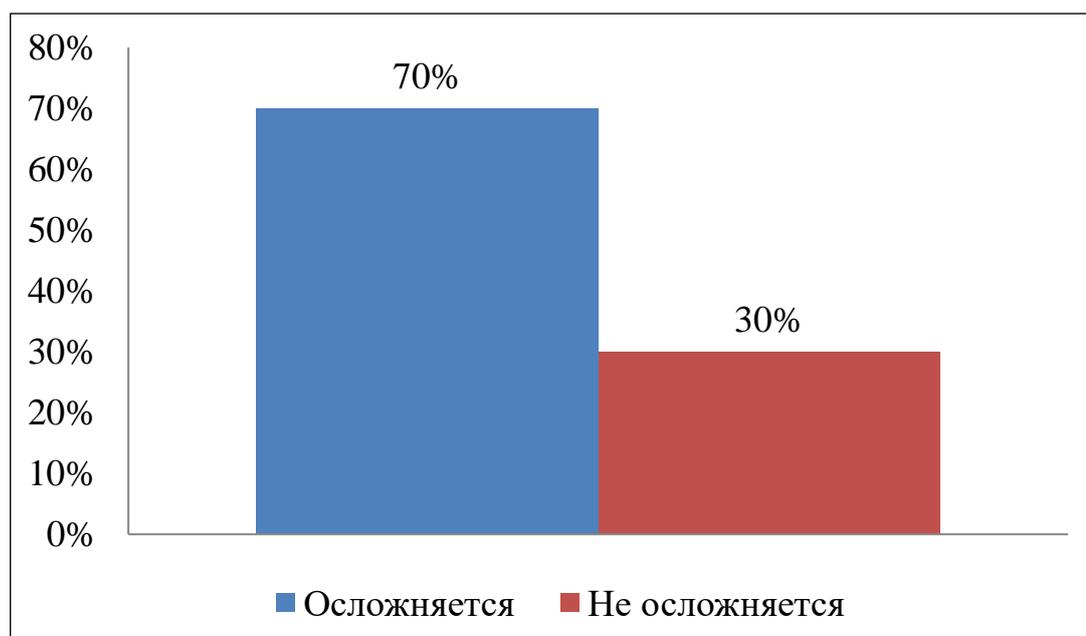


Рис. 8. Осложнения простудных заболеваний

По вопросу о курении, выяснилось, что количество курящих респондентов составило 60%, пассивно курящих 40% (рис.9).

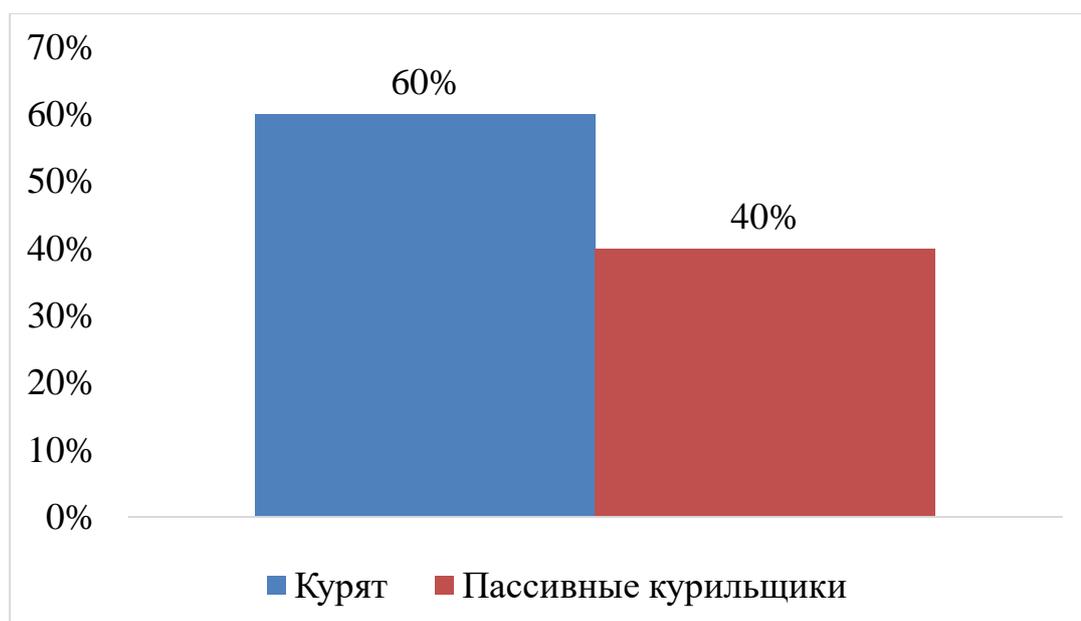


Рис. 9. Соотношение курильщиков и пассивных курильщиков

По аллергическим реакциям выяснили, что 60% опрошенных имеют в анамнезе аллергические реакции на табачный дым, мёд, цитрусовые, бананы, пыльца растений, укусы насекомых (рис.10).

Это говорит о том, что существует большая предрасположенность к заболеваниям дыхательной системы.

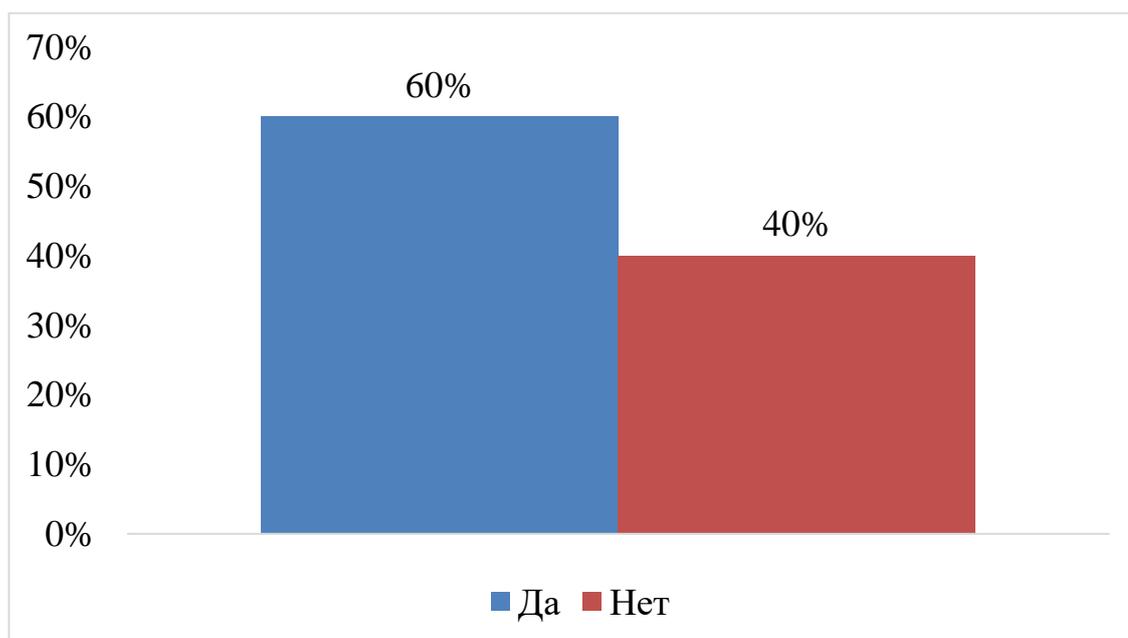


Рис. 10. Аллергия в анамнезе

Вредные производственные факторы отметили пациенты пыль, газы, кислоты, щелочи, химические соединения, пары, стиролы, высокочастотное излучение, электричество, холодовой фактор, частое вождение автомобилем 65%.

Вредные бытовые факторы сырость, плесень, влажность, сырость, сухой воздух, угловая квартира 35%. Риск развития заболеваний органов дыхания при наличии таких факторов риска достаточно большой. (рис.11).

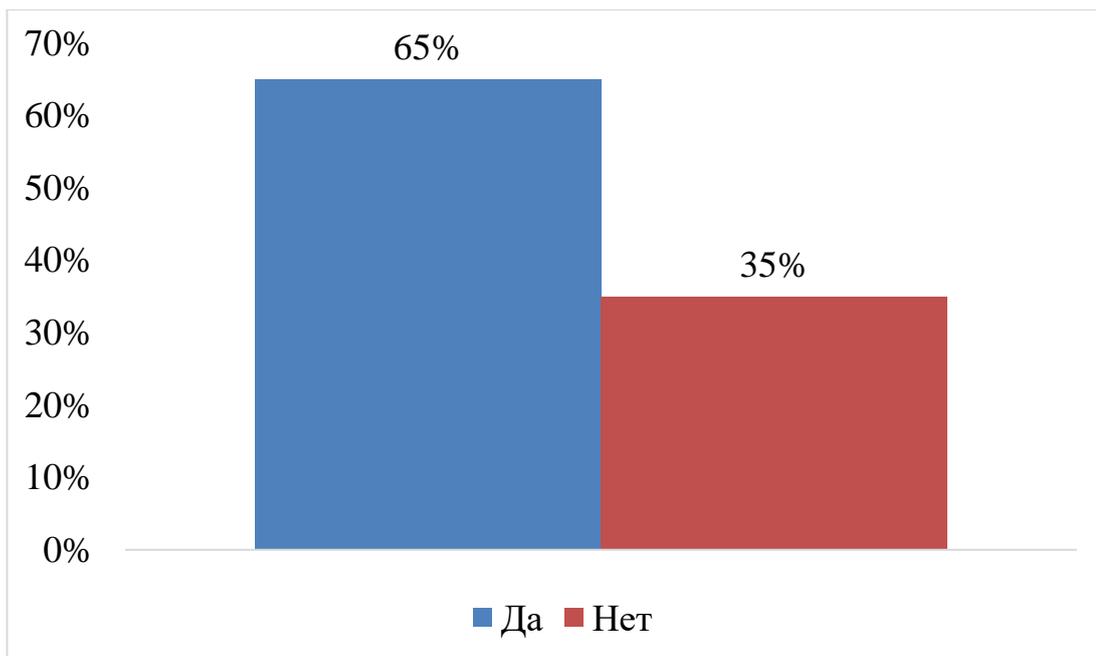


Рис. 11. Соотношение вредных факторов на организм

Учащение случаев отдышки за последние несколько лет отметили 60% респондентов (рис.12).

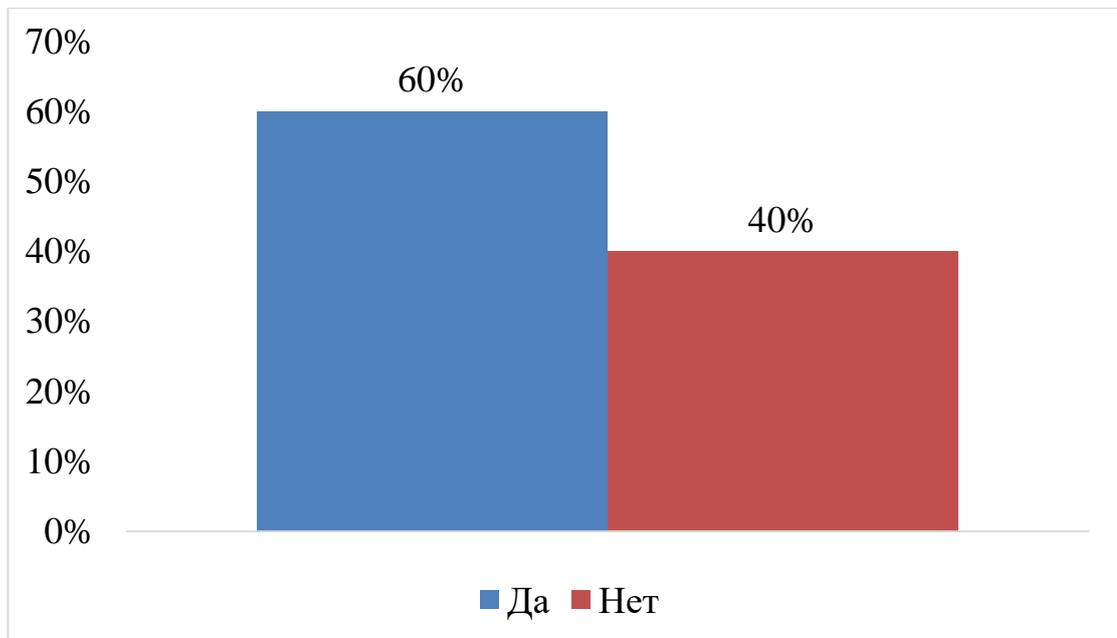


Рис. 12. Наличие одышки

На вопрос, как часто респонденты употребляют овощи и фрукты в свежем виде, ежедневно употребляют 40%, 1 раз в месяц 35%, очень редко 25%. (рис.13).

Витамины, попадающие с овощами и фруктами немало важны для профилактики заболеваний органов дыхания.

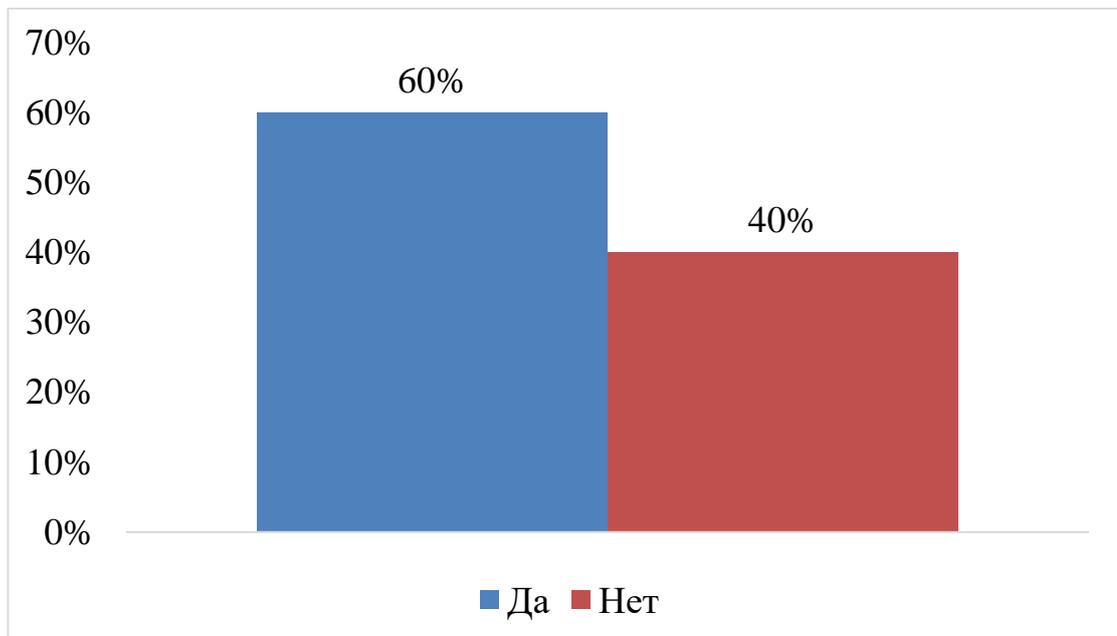


Рис. 13. Питание респондентов

На вопрос о физической активности были получены следующие результаты 55% респондентов физически активны, занимаются физической культурой, 45% не уделяют должного внимания двигательной активности (рис 14).

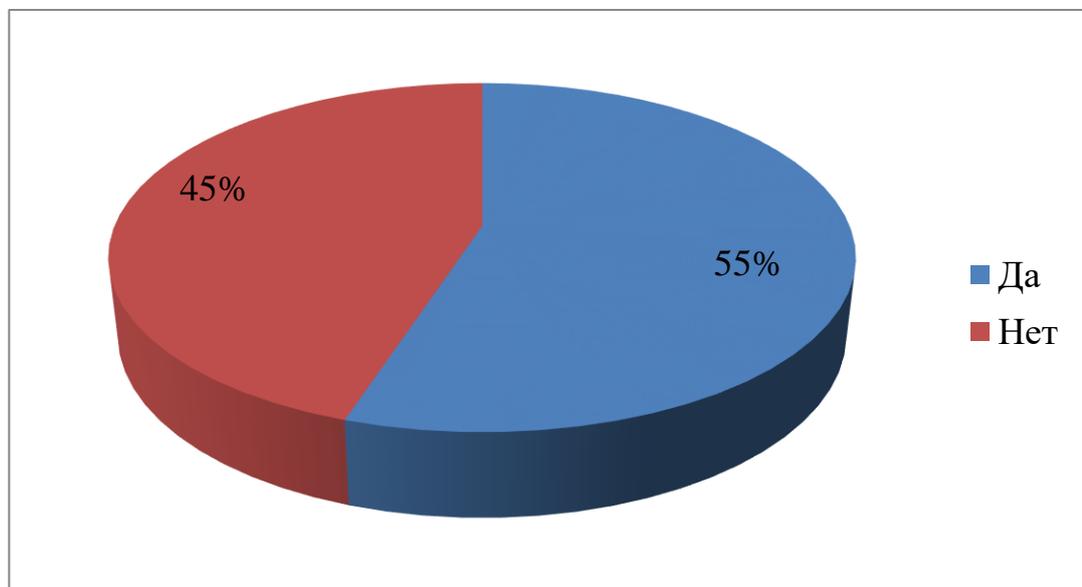


Рис. 14. Уровень физической активности

55 % пациентов занимаются - зарядкой, лыжами, коньками, прогулки и отдых на природе, рыбалка, ходьба, правильное питание, дыхательная гимнастика, употребление витаминов.

40% опрошенных респондентов для передвижения стараются использовать транспортное средство, 30% - каждый день проходят пешком по улице 40 минут, 30% - 20 минут (рис. 15).

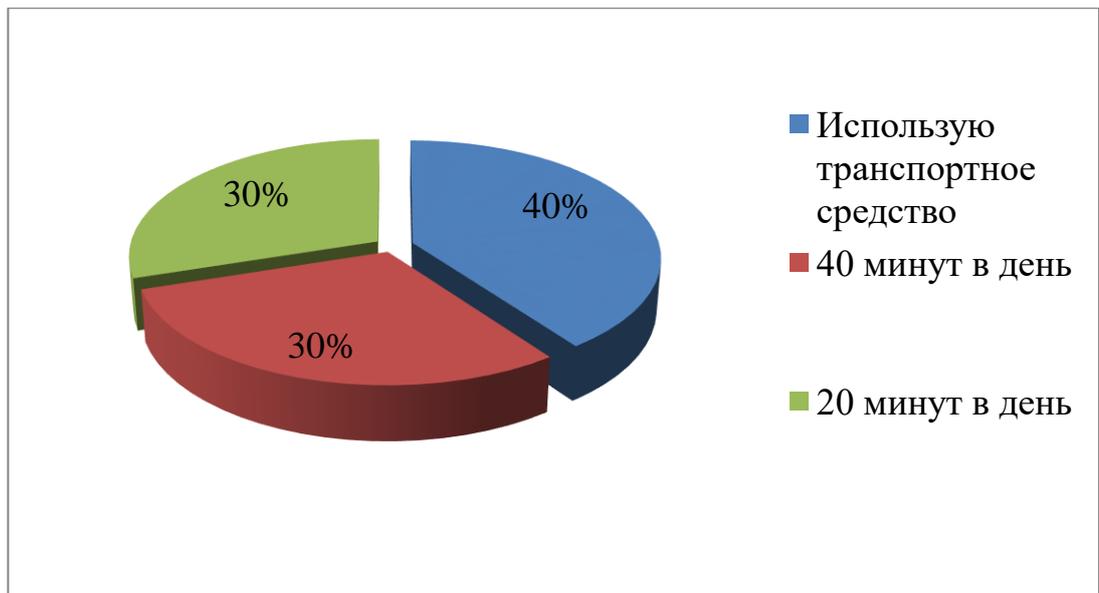


Рис. 15. Количество времени, пройденного пешком в день

Из 25 человек опрошенных 50% проводят лечение сопутствующих заболеваний (рис. 16).

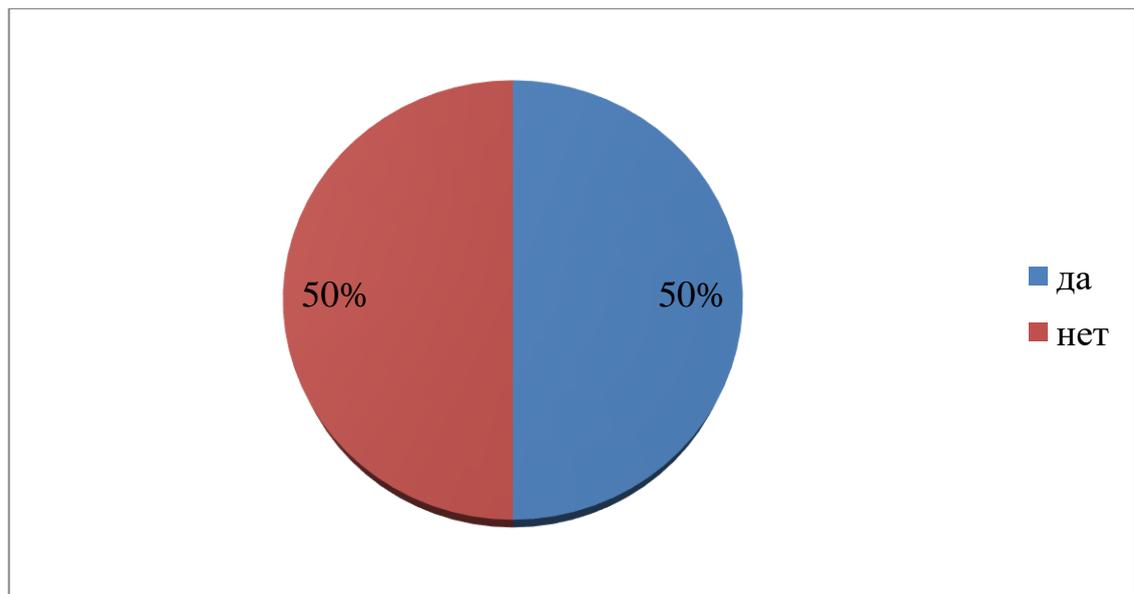


Рис. 16. Своевременное лечение сопутствующих заболеваний

Советы от медработников по устранению факторов риска получали 19 человек - 74% респондентов, 26% утверждают, что не получали (рис 17).

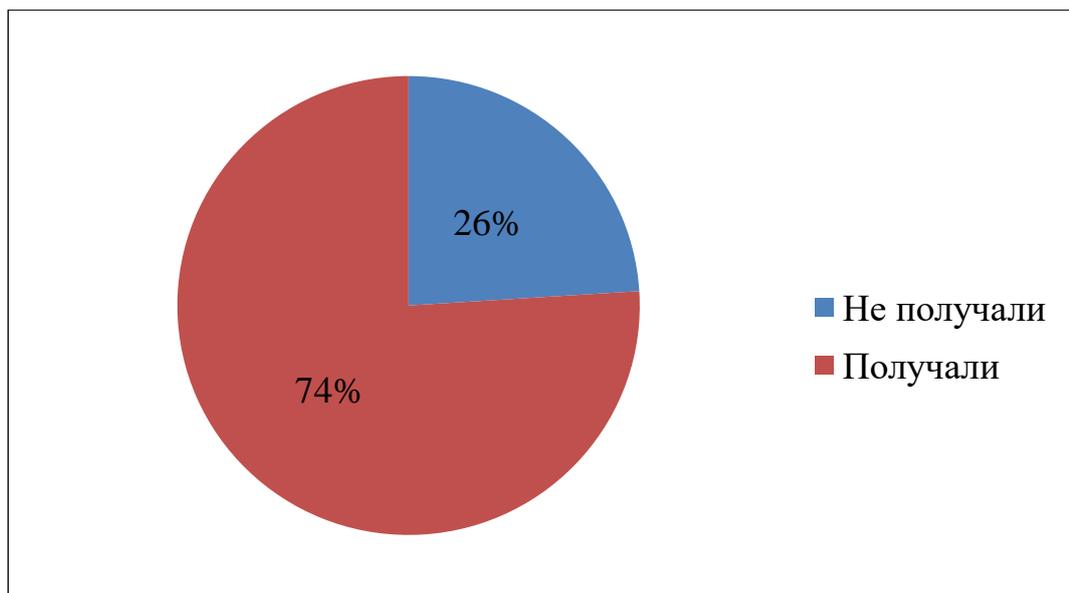


Рис. 17. Наличие рекомендаций медицинской сестры по профилактике заболеваний органов дыхания

В результате анкетирования, выяснилось, что 80% опрошенных респондентов нуждаются в дополнительной информации по профилактике заболеваний органов дыхания (рис. 18).

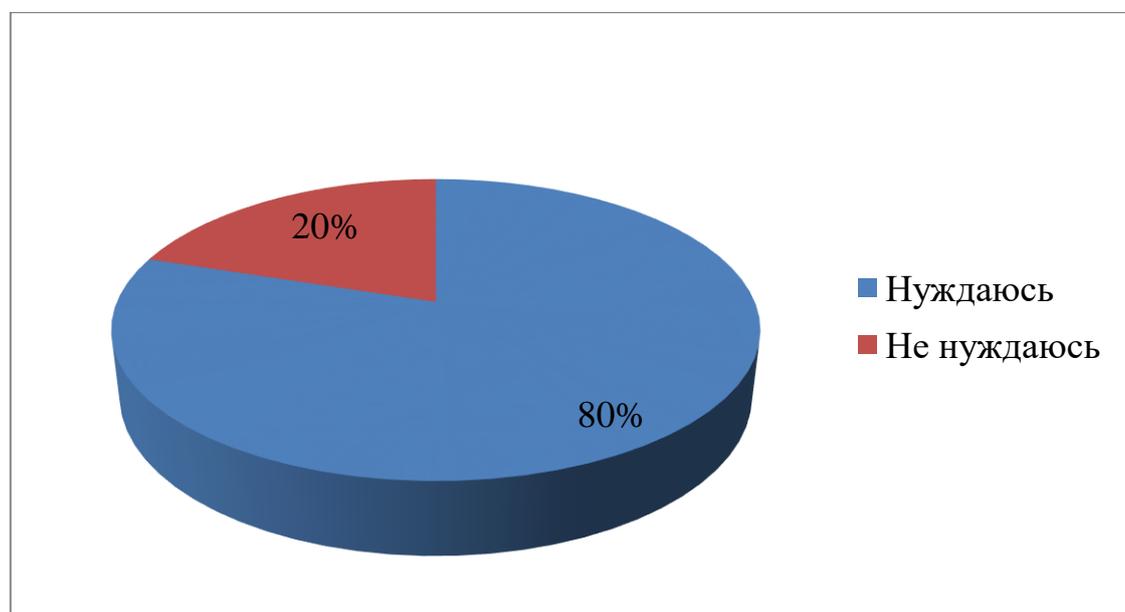


Рис. 18. Потребность в дополнительной информации по профилактике

Вывод:

- наследственная предрасположенность наблюдается у 68% респондентов.

- 60% респондентов 2-4 раза в год болеют простудными заболеваниями, а у 70% простудные заболевания переходят в бронхолёгочные заболевания.
- наличие вредных производственных факторов выявлено у 60% респондентов, вредные бытовые факторы составили 35%.
- 60% респондентов имеют в анамнезе аллергические реакции.

По данным анкетирования установлено, что у большинства респондентов был выявлен дефицит знаний о профилактике заболеваний органов дыхания так как:

- 64% имеют избыточную массу тела.
- курят 60% респондентов, 40% являются пассивными курильщиками.
- употребляют фрукты и овощи в свежем виде только 40% респондентов.
- активному образу жизни уделяют время только 55% респондентов.
- не проводят во время лечение сопутствующих заболеваний 50%.

Можно сделать вывод, что пациенты нуждаются в дополнительной информации по профилактике заболеваний органов дыхания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования связана со значительным распространением исследуемого явления и заключается в необходимости разработки рекомендаций по совершенствованию работы в рассматриваемой области.

Заболевания органов дыхания, как и любое прогрессирующее заболевание легче предупредить, чем лечить. Поэтому профилактика, является задачей первой необходимости. Правильный образ жизни помогают отсрочить или смягчить проявление любого бронхолегочного заболевания, а зачастую – даже совсем не допустить его развития.

Каждому нужно обладать информацией о случаях возникновения любого бронхолегочного заболевания в семье. Человеку, у которого возможно развитие заболевания органов дыхания, в качестве профилактики необходимо пересмотреть привычный уклад своей жизни и внести в него необходимые поправки. Это касается, коррекции режима дня, труда, отдыха и питания, исключения вредных производственных и домашних факторов, соблюдение гипоаллергенного быта, исключение вредных привычек – курения.

Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания играет очень важную роль. Ведь именно сестра разъясняет пациенту и его близким родственникам о возможных осложнениях, почему так важно вести диету и соблюдать здоровый образ жизни, как правильно и как часто проходить диспансеризацию, наблюдаться у терапевта.

Цель дипломной работы достигнута. Были выполнены все поставленные задачи. Работа является практически значимой, так как результаты исследования могут быть использованы в процессе обучения и работы студентов медицинских колледжей.

Вывод:

Распространённость заболеваний органов дыхания среди взрослого населения России составляет примерно 50,0%. Поэтому актуальность данной

темы сохраняет свою значимость и подтверждает необходимость проведения как первичной, так и вторичной профилактики заболеваний органов дыхания.

Проведя практическое исследование, разобрав профессиональную деятельность медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания можно прийти к выводу, что медицинская сестра просто незаменима.

Именно сестра разъясняет пациенту и его близким родственникам о возможных осложнениях, почему так важно вести диету и соблюдать здоровый образ жизни.

Согласно результатам анкетирования, большинство опрошенных пациентов нуждается в дополнительной информации и коррекции факторов риска.

По данным анкетирования установлено, что у респондентов был выявлен дефицит знаний профилактике заболеваний органов дыхания. Для решения этой проблемы были проведены беседы и прочитаны лекции, а также разработаны памятки и рекомендации.

Нами были составлены рекомендации по профилактике заболеваний органов дыхания.

Рекомендации

После проведения анкетирования проводились беседы по профилактике осложнений заболеваний органов дыхания.

Основные рекомендации, которые были даны пациентам:

1. Создание благоприятного гипоаллергенного быта.
2. Коррекции диеты.
 - ограничение калорийности с целью контроля над весом,
 - ограничение животных жиров,
 - отказ от продуктов, возбуждающих нервную систему (кофе, алкоголь, пряности, газированные напитки,
 - насыщение диеты калием и магнием,
 - обогащение диеты витамином С,
 - избегать переедания.

3. Быть физически активными.

4. При постельном режиме для профилактики застойной пневмонии рекомендуется чаще менять положение в постели, выполнять дыхательную гимнастику.

5. Отказаться от курения и по возможности избегать воздействия вредных факторов (таких как загрязненный пылью и дымом воздух).

6. Обязательная диспансеризация лиц с хроническими бронхолегочными заболеваниями. Осуществление регулярного врачебного осмотра и флюорографического обследования (не реже 1 раза в год) у людей, входящих в группу риска.

Были проведены лекции на темы:

1. «Бронхиальная астма. Причины возникновения, факторы риска и осложнения».

2. «Профилактика пневмоний».

В ходе работы составлены памятки для пациентов:

- Памятка «ХОБЛ» (Приложение 2).
- Памятка «Бронхиальная астма» (Приложение 3).
- Памятка «Грипп и его профилактика» (Приложение 4).
- Комплекс дыхательной гимнастики (Приложение 5).

Из всего выше сказанного можно сделать вывод, что роль медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания становится еще более актуальной, так как она выступает в роли главного советчика, консультанта в решении проблем пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 06.04.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.05.2015).
2. Барыкина, Н.В.: Сестринское дело в терапии [Текст]. - Ростов н/Д: Феникс, 2016 – 145с.
3. Балашова М.Е., Шеметова Г.Н. Факторы риска болезней органов дыхания среди молодежи: выявление и коррекция // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2014. - № 6. – С. 12-14.
4. Беляев А.Н. Уход за больными в терапии 2015. – 123с.
5. Байер П Майерс Ю. Сверинген П. Теория и практика сестринского дела: в 2-х Т.: учебное пособие. М., 2014. 503 с.
6. Визель А.А. Пневмония: к вопросу диагностики и лечения в современных условиях / Визель А.А., Лысенко Г.В. // Практическая медицина. - 2014. - № 1 56 с.
7. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. Образования]: в 2 т. Т. 1 / [Р. А. Абдулхаков и др.] ; под ред. В. С. Моисеева и др. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 958 с.
URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>
8. Всемирный сайт здравоохранения [Электронный ресурс]
<https://www.who.int/ru?page>
9. Илькович М.М., Игнатъев В.А. Болезни органов дыхания и пульмонологическая помощь в Санкт-Петербурге. СПб, 2016 – 60 с.
10. Клинические рекомендации. – Пульмонология. 2-е издание / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 336 с.
11. Лычев В.Г. Основы сестринского дела в терапии / В.Г. Лычев, В.К. Карманов - Ростов н/Д: Феникс, 2015 – 231с.

12. Лушникова Е. Б. Роль старшей медицинской сестры дневного стационара поликлиники в повышении качества работы сестринского персонала // Главная медицинская сестра. - №10. – 2015.
13. Маколкин В. И. Сестринское дело в терапии. – М.: «АНМИ», 2015 – 231с.
14. Мухина, С. А. Теоретические основы сестринского дела: учебник / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 512 с.
15. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенов Н.Н. Сестринское дело в терапии. – М.: МИА, 2014. –544с.
16. Марочкина Е.Б., Щегольков А.М. [Электронный ресурс]
<http://ptcevolution.me/effektivnost-vyyavleniya-zabolevanij-dyxatelnoj-sistemy/>
17. Мухина С. А., Тарковская И. И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» М.: Редник, 2014. – 352с.
18. Никитин Ю. П. Руководство для средних медицинских работников. – М.: Гэотар-Медиа, 2015.- 200 с.
19. Основы сестринского дела: практикум. / Т.П. Обуховец. -- Изд. 9-е. -- Ростов н/Д: Феникс,2013. -- 603 с.
20. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, Т.А. Скляр, О.В. Чернова - Ростов н/Д: Феникс – 2014 – 178с.
21. Общая заболеваемость всего населения России в 2018 году [Электронный ресурс]/ Министерство Здравоохранения России. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8029-statisticheskaya-informatsiya-2012>, свободный (дата обращения - 09.10.2018).
22. Пульмонология. Справочное пособие; Наукова думка - Москва, 2015. - 392 с.
23. Смолева Э.В.– Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи - Ростов н/Д: Феникс, 2015 – 236 с.
24. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по

диагностике, лечению и профилактике. – Пособие для врачей. – Москва, 2014. – 106 с.

25. Ярцева Т.Н. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. – Ростов н/Д: Феникс, 2015 – 213с.

26. Федеральный сайт государственной статистики [Электронный ресурс] <http://www.gks.ru>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

1. Ваш пол _____ возраст _____

2. Ваш рост _____ вес _____

3. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями органов дыхания, если «да», то какими?

а. Да _____

б. Нет

4. Имеются ли в Вашей семье родственники, имеющие хронические заболевания органов дыхания, если да, то какие?

а. Да _____

б. Нет

5. Часто ли Вы болеете простудными заболеваниями?

а) 1 раз в месяц; б) 1 раз в полгода;

в) 1 раз в год; г) 2-4 раза в год;

д) 1 раз в 2-3 года.

6. Если Вы простудились, переходит ли простуда на органы дыхания?

а) Да

б) Нет

7. Курите ли Вы?

а. Да,

б. Нет

8. Являетесь ли Вы пассивным курильщиком?

а. Да,

б. Нет

9. Имеются ли у Вас аллергические реакции, если да, то на что?

а) Да _____

б) Нет.

10. Связанна ли Ваша работа с профессиональными вредностями?

a) Да,

(пыль, кислоты, химические соединения, щелочи, пары, газы,

_____ - нужное подчеркнуть или написать своё)

b) Нет

11. Ваш дом (работа) находятся рядом с заводом, заправкой, автомобильной трассой, вредным предприятием и т.д., если да, то рядом с чем?

a) Да _____

b) Нет

12. В Вашей квартире (доме) есть сырость, плесень, холод (жара), течет крыша, угловое расположение квартиры и т.д., если да, то что?

a) Да _____

b) Нет.

13. Участились ли у Вас случаи одышки за последние несколько лет?

a) Да

b) Нет

12. Как часто Вы употребляете овощи/фрукты в свежем виде?

a) ежедневно;

b) 1 раз в месяц;

c) очень редко.

13. Ведете ли Вы физически активный образ жизни занимаетесь спортом, правильно питаетесь, выезжаете на природу и т.д.? если да, то какие

a) Да _____

b) Нет

14. Сколько времени в день Вы проходите пешком по улице?

a) Использую транспортное средство.

b) 40 минут в день.

c) 20 минут в день.

15. Вовремя ли Вы проводите лечение сопутствующих заболеваний?

- a) Да
- b) Нет

15. Получали ли Вы советы медсестры о том, как уменьшить влияние факторов риска заболевания на Ваш организм?

- a) Не получал(а).
- b) Получал(а).

16. Нуждаетесь ли Вы в дополнительной информации по профилактике заболеваний органов дыхания?

- a) Нуждаюсь
- b) Не нуждаюсь.

Спасибо!

Айсберг под названием ХОБЛ

ПАМЯТКА

для населения в рамках проведения Всемирного Дня борьбы с
Хронической Обструктивной Болезнью Легких (ХОБЛ)

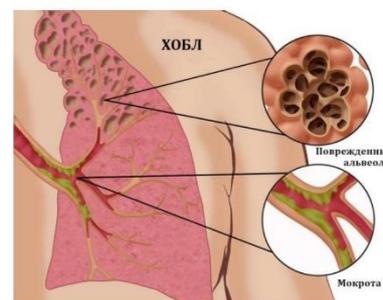
ХОБЛ — это болезнь, при которой поражаются мелкие бронхи и разрушается ткань легкого. Результатом этого процесса является нарушение поступления воздуха в легкие. Если заболевание прогрессирует, то нарушается поступление в кровь кислорода и страдают другие органы. В большинстве случаев болезнь вызвана курением. Кроме того к ХОБЛ может вести пребывание в атмосфере, насыщенной парами и дымами, пылью в течение длительного времени. В этих случаях содержащиеся в воздухе вредные вещества воздействуют на дыхательные пути и приводят к возникновению и прогрессированию хронического воспаления.

Каковы симптомы ХОБЛ?

Больные ХОБЛ обычно демонстрируют следующие симптомы:

- кашель, охраняющийся в течение длительного времени (месяцы, годы),
- выделение при кашле мокроты,
- одышка сначала при физической нагрузке, а затем и в покое.

В период обострений симптоматика у больных ХОБЛ резко усиливается.



Образ жизни и питание

Как и в случае большинства хронических заболеваний, лечение больных ХОБЛ состоит из мероприятий по изменению образа жизни, диеты, немедикаментозных методов воздействия и применения лекарственных препаратов.

Основной способ затормозить прогрессирование заболевания — исключить воздействие вредных факторов его вызвавших. В большинстве случаев — это отказ от курения или исключение профессиональных вредностей. Некоторым больным целесообразно бывает сменить место проживания.

В повседневной жизни больные ХОБЛ должны соблюдать некоторые правила, которые могут облегчить их состояние:

- необходимо избегать воздействия слишком холодного или горячего и загрязненного воздуха,
- дома и, по возможности, на рабочем месте необходимо использовать кондиционеры и фильтры снижающие запыленность окружающего воздуха,
- в течение рабочего дня необходимо делать большое количество коротких перерывов, чтобы избежать переутомления,
- целесообразно регулярное выполнение физических упражнений,
- **полноценное и разнообразное питание один из важных компонентов лечения.**

У больных ХОБЛ с серьезным поражением легких развивается одышка в покое. Наличие одышки существенно повышает потребность организма в энергии (по некоторым данным больным для поддержания адекватного дыхания ее требуется в 10 раз больше, чем здоровым людям).



Больные начинают меньше есть, снижая потребление необходимых питательных веществ. Это ведет к постепенному истощению и прогрессированию основного заболевания и других хронических болезней. Для того чтобы избежать неблагоприятного эффекта недостаточного питания, в терапии ХОБЛ рекомендуется диета, включающая в себя высокоэнергетические продукты и достаточное количество витаминов, минералов, клетчатки.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Что надо
знать!!!

Механизм болезни

В основе приступа удушья или кашля, которыми проявляется бронхиальная астма, лежит воспаление бронхов, чаще иммунное. Если в бронхи попадает аллерген (пыльца растений, клещи, домашняя пыль) или возбудитель инфекционного заболевания (стрептококк, грибы, стафилококк и т.д.), запускается сложный иммунный механизм - выделяются биологически-активные вещества, активизируются некоторые клетки. Происходит нарушение структуры и функции бронхов: отек слизистой, спазм гладкой мускулатуры бронхов, изменение характера бронхиального секрета (мокроты). Мокрота становится густой и вязкой, трудно отделяется и закупоривает просвет бронха. Воздух, поступивший в альвеолы легких во время вдоха, с трудом просачивается через суженный внутренний просвет бронхов наружу. Человек при этом выдыхает с трудом, возникает экспираторная одышка, специфический признак бронхиальной астмы. Окружающие при этом отмечают свистящие звуки.

Причиной заболевания могут быть:

- неинфекционные аллергены (вещества, способные вызвать аллергическую реакцию), такие как пыльца, лекарственные препараты, укусы насекомых, пищевые продукты;
- инфекционные аллергены (бактерии, вирусы, грибы);
- химические вещества (кислоты, щелочи);
- физические факторы (изменения температуры воздуха, атмосферного давления);



Лечение и профилактика

Лечение бронхиальной астмы зависит от механизма развития и тяжести течения болезни периода обострения и ремиссии. При подтвержденной связи с аллергеном показано специфическое лечение у аллерголога вакцинация выявленным аллергеном. Кроме этого, назначается базисная терапия ингаляционными препаратами, другая симптоматическая терапия. Дозировку, форму и кратность введения определяет врач.



Микрочлещи домашней ПЫЛИ

Ведущую роль в формировании бытовой аллергии играют микрочлещи домашней пыли, содержащиеся в коврах и драпировочных тканях, в постельных принадлежностях и мягкой мебели, в мягких игрушках и домашней обуви, под плинтусами и т.д. Аллергены содержатся в теле клещей и продуктах их жизнедеятельности.

При клещевой бронхиальной астме обострения случаются круглый год, хотя учащаются в весенне-осенний период. Особенно часто наблюдаются ночные приступы из-за длительного контакта с домашней пылью. Хроническое заболевание, основным признаком которого является приступ удушья, возникающий в результате спазма гладких мышц и отека слизистой оболочки бронхов.

Аллергены

Большинство аллергенов содержится в воздухе. Это пыльца растений, микроскопические грибы, домашняя и библиотечная пыль, слущивающийся эпидермис домашних клещей, шерсть собак и кошек и др. Степень реакции на аллерген не зависит от его концентрации. В некоторых исследованиях показано, что взаимодействие с аллергенами клеща, домашней пыли, перхоти кошек и собак и грибка рода *Aspergillus* вызывает сенсibilизацию к этим аллергенам у детей до 3 лет. Связь между контактом с аллергеном и сенсibilизацией зависит от вида аллергена, дозы, длительности контакта, возраста ребенка, а возможно, и от генетической предрасположенности.



Табакокурение

Еще один серьезный фактор риска. Пассивное курение вызывает заболевания дыхательного тракта.

Табачный дым, исходящий от курящего человека, имеет большее температурное и токсическое воздействие, чем дым, вдыхаемый самим курящим человеком, и поэтому обладает более сильным раздражающим действием на слизистую оболочку бронхов. Курение матери во время беременности, как и курение в доме после рождения ребенка, способны в дальнейшем привести к астме.



ГРИПП И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Симптомы гриппа

В острый период болезни у вас может быть высокая температура, головная боль, боли в мышцах и суставах (ломота), за которыми очень быстро последуют насморк, кашель и боль в горле. Такое состояние может продолжаться неделю.

В некоторых случаях болезнь распространяется на легкие, вызывая бронхит и пневмонию. Это чаще встречается у лиц пожилого возраста, курящих, людей с плохим здоровьем или у пациентов, у которых есть астма или другие заболевания легких.

Что можете сделать вы

Лучше отдыхать, пока вы не почувствуете себя лучше, а температура не понизится. В день хорошо выпивать до 8 стаканов жидкости (воды, сока, сладкого травяного чая с лимоном и медом (если у вас нет аллергии)). Особенно важно много пить, если у вас высокая температура, и вы много потеете. Не следует пить крепкий чай, кофе или алкогольные напитки, т.к. они не восполняют недостаток жидкости в организме, а наоборот усугубляют его. Свежий лимонный сок, смешанный с медом и горячей водой, теплая молоко с медом уменьшают боль в горле и смягчают сухой кашель. Есть лучше теплую пищу и только тогда, когда вы хотите.

Можно принимать лекарства, которые облегчают боль и уменьшают температуру. Детям нельзя давать аспирин (ацетилсалициловую кислоту), для них лучше купить в аптеке детский парацетамол. Прежде чем принимать лекарство и тем более давать его детям, внимательно прочитайте инструкцию на упаковке и следуйте всем рекомендациям.

Можно посоветоваться с врачом или с соседним аптекой о новых лекарствах, которые улучшают самочувствие при гриппе и уменьшают период, когда вы чувствуете себя очень плохо. Но имейте в виду, что обычно такого рода препараты необходимо принимать в течение первых 48 ч от момента появления первых симптомов заболевания (ломота в суставах и повышение температуры тела).

Что может сделать ваш врач

Лучше всего сразу обратиться к врачу (вызвать врача на дом) и взять больничный лист. Если вы ходите на работу в магазин или в любое другое общественное место, то вы не только рискуете получить какое-то осложнение, но и способствуете распространению болезни. Обязательно следует обратиться к врачу пожилым или часто и длительно болеющим людям, если заболел ребенок или если у взрослого повышенная температура держится дольше 4 дней.

Грипп вызывается вирусами, поэтому применение антибактериальных препаратов не поможет. Антибиотики назначает врач только в случае развития осложнений, вызванных бактериями.

КАК УБЕРЕЧЬСЯ ОТ ГРИППА

Вакцинация

Перед вакцинацией обязательно проконсультироваться с врачом о избежании побочных реакций

Не рекомендуется активно пользоваться общественным транспортом и ходить в гости

Закливание

Прием лекарств по назначению врача, аскорбиновой кислоты и поливитаминов

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Как можно больше гулять

Часто мыть руки

Ватно-марлевая повязка (маска)

РАЦИОН

Сок квашеной капусты

Свежие овощи и фрукты

Цитрусовые - лимоны, киви, мандарины, апельсины, грейпфруты

Репчатый лук

Чеснок, по 2-3 зубчика ежедневно

ПРИ ПЕРВЫХ СИМПТОМАХ

Полоскание, растворение марганцовки, фурацилина, соды, ромашки

Теплые ножные ванны с горчицей в течение 5-10 мин, шерстяные носки

В течение 72 часов

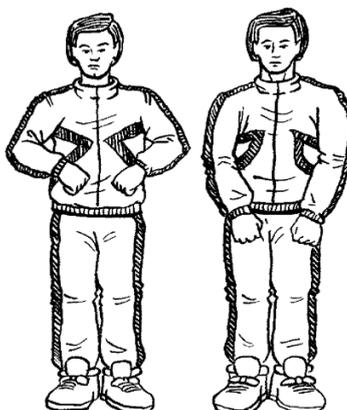
Потребление овощей, подвергнутых тепловой обработке, не несет риска заражения вирусом

Лица, зараженные гриппом, опасны для окружающих в течение 7-10 дней

Комплекс дыхательной гимнастики по А.Н Стрельниковой

1. «Погончики». И. п. то же. Кисти рук нужно сжать в кулаки и прижать к животу на уровне пояса. В момент выдоха резко, с силой опустить кулаки вниз, как бы отжимаясь от пола. Затем вернуть руки в исходное положение. Упражнение выполняется 12 раз по 8 вдохов-движений. Время отдыха между ними – 3–4 с.

Упражнение «Ладочки»



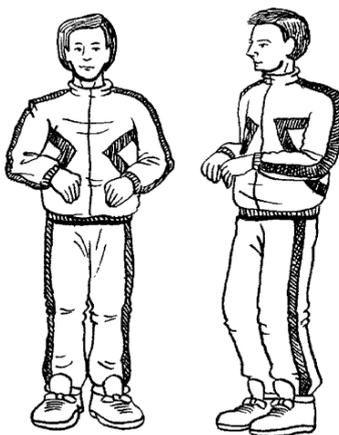
Упражнение «Погончики»

2. «Насос». И. п. то же. Ноги поставить чуть шире плеч, руки опустить вдоль туловища. Сделать легкий наклон вперед, пытаясь достать руками до пола (но не касаться его), и одновременно произвести вдох, который заканчивается вместе с наклоном вперед. Затем слегка приподняться и снова сделать короткий наклон вперед во время вдоха. Наклоны осуществляются ритмично и легко. Упражнение делается 12 раз по 8 вдохов-движений.



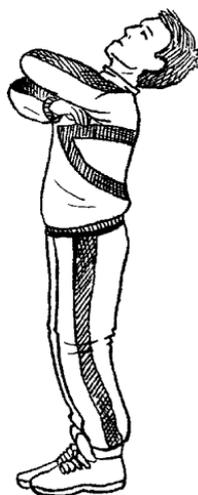
Упражнение «Насос»

3. «Кошка» (приседание с поворотом). И. п. то же. Ноги поставить чуть уже ширины плеч. На вдохе одновременно с поворотом туловища вправо, слегка сгибая колени, сделать танцевальное приседание. Затем провести такое же приседание с поворотом влево. Руками при этом нужно делать хватательные движения справа и слева на уровне пояса. Спину нужно держать прямо, а поворот производить только в талии. Упражнение выполняется 12 раз по 8 вдохов-движений. 12 раз по 8 вдохов-движений.



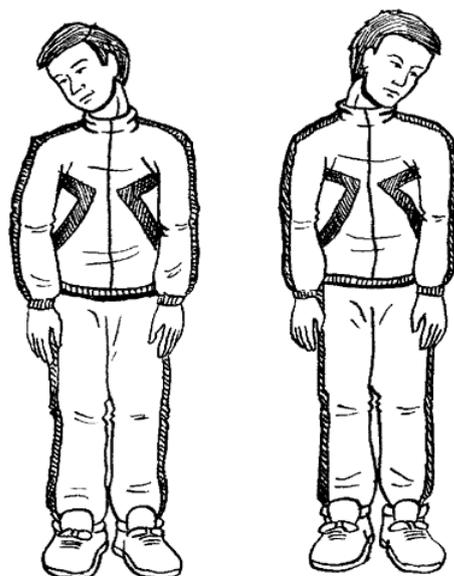
Упражнение «Кошка»

5. «Большой маятник». И. п. то же. Ноги поставить чуть уже ширины плеч. На вдохе сделать наклон вперед, руки тянутся к полу. Затем, не останавливаясь на выдохе, произвести наклон назад, обняв при этом руками плечи, и вдохнуть. Упражнение выполняется 12 раз по 8 вдохов-движений. Основные противопоказания: упражнение нельзя выполнять при остеохондрозе, травмах позвоночника и смещении межпозвоночных дисков.



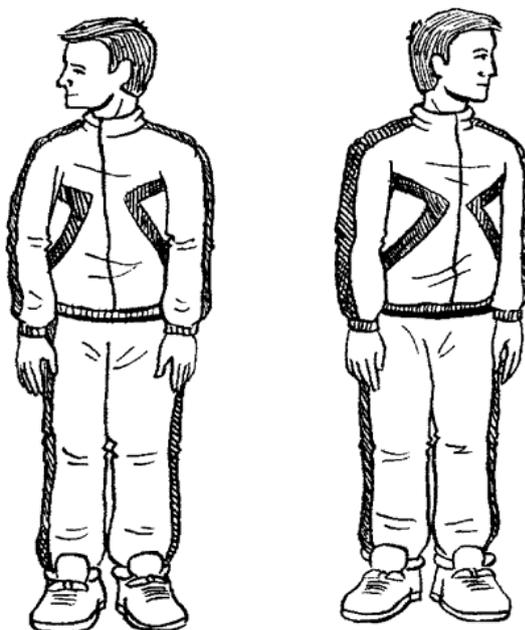
Упражнение «Большой маятник»

6. «Ушки». И. п. то же. Нужно слегка наклонить голову вправо, правое ухо приближается к плечу, сделать шумный вдох носом. Затем, не прекращая движения, наклонить голову влево и снова сделать вдох. Выдох происходит в то время, когда голова расположена прямо. Выполняя движения, нужно смотреть прямо перед собой. Упражнение нужно сделать 12 раз по 8 вдохов-движений.



Упражнение «Ушки»

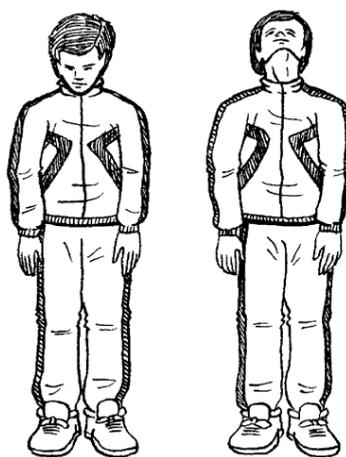
7. «Повороты головы». И. п. то же. Сначала нужно повернуть голову вправо и сделать вдох. Затем, не останавливая движения, повернуть голову влево и снова сделать вдох. Упражнение выполняется 12 раз по 8 вдохов-движений.



Упражнение «Повороты головы»

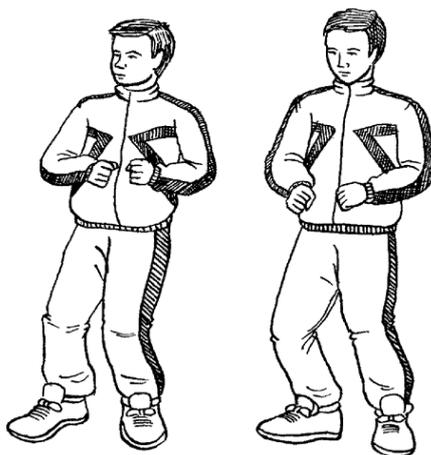
8. «Маятник головой». И. п. то же. Сначала нужно опустить вниз голову, посмотреть в пол и сделать вдох. Затем, не прекращая движения, поднять голову вверх, посмотреть в потолок и тоже сделать вдох. Выдох происходит во время движения головы.

Противопоказания: травмы головы, вегетососудистая дистония, эпилепсия, повышенное давление, остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника.



Упражнение «Маятник головой»

9. «Перекаты». И. п. то же. Левую ногу поставить вперед. Правая, слегка согнутая в колене, находится сзади и опирается на носок. Вес тела перенести на левую ногу. Сначала следует сделать танцевальное приседание на левой ноге, затем перенести тяжесть тела на правую ногу и тоже присесть. При этом во время приседания делаются «шмыгающие» вдохи носом. Упражнение выполняется 12 раз по 8 вдохов-движений. Это же упражнение делается с переменой ног, то есть вперед выставляется правая нога.



Упражнение «Перекаты»

10. «Перекаты». И. п. то же. Левую ногу поставить вперед. Правая, слегка согнутая в колене, находится сзади и опирается на носок. Вес тела перенести на левую ногу. Сначала следует сделать танцевальное приседание на левой ноге, затем перенести тяжесть тела на правую ногу и тоже присесть. При этом во время приседания делаются «шмыгающие» вдохи носом. Упражнение выполняется 12 раз по 8 вдохов-движений. Это же упражнение делается с переменой ног, то есть вперед выставляется правая нога.



Упражнение «Передний шаг»

11. «Задний шаг». И. п. то же. Сначала нужно согнутую в колене левую ногу отвести назад, как бы хлопая себя пяткой по ягодицам, одновременно сделав приседание на правой, и вдохнуть. Затем обе ноги на 1 с вернуть в исходное положение и сделать выдох. После этого произвести упражнение правой ногой. Упражнение выполняется 4 раза по 8 вдохов-движений.

Как уже говорилось выше, упражнения можно выполнять и во время приступа. Основное упражнение для снятия удушья – «насос». Оно выполняется в положении сидя. Можно перед его началом надеть на талию пояс. Остановить приступ помогают еще два упражнения: «обними плечи» и «повороты головы», которые также нужно делать сидя.