

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ
БРОНХИТОМ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051501
Филиппенко Надежды Викторовны**

Научный руководитель
Преподаватель Прудникова Л.П.

Рецензент
Старшая медицинская сестра ОГБУЗ
«Городская поликлиника
г. Белгорода»,
поликлиническое отделение №2
Хвостова В.А

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ.....	5
1.1. Этиология и факторы риска возникновении хронического бронхита	5
1.2. Основные симптомы заболевания хронического бронхита	7
1.3. Основные направление профилактики хронического бронхита.....	13
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ	20
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».....	20
2.2. Статистические данные заболевания хронического бронхита по Белгородской области.....	23
2.3. Разработка практических рекомендаций пациентам с хроническим бронхитом	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

ВВЕДЕНИЕ

Важнейшей социально – медицинской проблемой является хронический бронхит и представляет собой болезнь века. Связано с распространённостью, ростом заболеваемости смертностью и наносящий ущерб обществу из-за больных которые нетрудоспособны. Отмечается рост за последнее время в большинстве стран мира заболеваемостью бронхита, связывающий с загрязнением атмосферы пылевыми частицами и газами, популярность курения, с аллергией населения и участвовавшими пандемиями гриппа. Популярность хронического бронхита в стране меняется от 10% до 20%, а развитие заболеваемости является 6-7% для городских жителей, а для сельского населения в год 2-3%. Именно поэтому, число заболевших хроническим бронхитом увеличивается каждые 10-12 лет. В России смертельный исход от хронического бронхита и осложнения такой же смертности от рака лёгких и возрастает ежегодно на 1,6%.

Проведённое исследование заболеваемости в следствии заболеваний организаций дыхания выявил, то что захватывают в первоначальный роль согласно концепции заболеваемости населения в России элементом в 1 тыс. жителей - 470,6 ситуации. Хронический бронхит: 29,7 происшествий в 1 тыс. жителей. В таком случае период никак не обнаружено различия согласно полу в количестве пациентов постоянный бронхитом, взаимосвязанное, с известностью курения, невысокой врачебной работой и иными критериями риска. Значит, постоянной болезнью считается наиболее нежели нынешней медико-общественной вопросом. Заболеваемость хронического бронхита довольно огромна к огорчению и никак не обладает направления к уменьшению: сберегается в степени 10% годовой увеличение. Угроза осложнений болезни выросла .

Актуальность темы : заключается проблемой настоящего времени в том, что является профилактической работой по улучшению качества жизни пациентов с хроническим бронхитом.

Цель исследования: определение роли медицинской сестры в работе по улучшению качества жизни пациента.

Для достижения цели представлены задачи следующие:

1. Проанализировать анализ статистических данных о работе по улучшению качества жизни пациента с хроническим бронхитом на примере ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»
2. Провести анализ по улучшению качества жизни пациентов с хроническим бронхитом.

Для решения поставленных задач использования объект исследования: Улучшение качества жизни пациентов с хроническим бронхитом ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Методы исследования:

1. Анализ медицинской литературы по теме;
2. Организационный (комплексный, сравнительный) метод;
3. Социологический: анкетирование;
4. Статистический: статистическая обработка информационного массива.

Предмет исследования:

Теоретическая значимость: состоит в начале развития факторов в повышении качества жизни пациентов, профилактике заболеваний, укреплении здоровья , ОГБУЗ» Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

1.1. Этиология и факторы риска возникновении хронического бронхита

Качество жизни - состояние восприятия отдельными людьми и населения в удовлетворении потребностей (социальных, физических, эмоциональных) и предоставлении возможностей для результата самореализации и благополучия (качество условий жилища, степень комфорта, питания удовлетворение работой и общением).

Хронический бронхит продолжительного воспаление бронхов является результатом напряженного бронхита и продолжительного процесса, патологией охраняющей и очищающей функцией бронхов. Болезнь считается постоянной, в случае если сопутствуется кашлем с выделением мокроты никак не меньше нежели 3 месяцев в год. С протяжением 2-ух и больше года. Болезненные воздействия бронхитах отталкиваются в легкие.

Хроническую болезнь делят в первоначальную и второстепенную: - Первоначальную продолжительность заболевания считают независимым и никак не связан с бронхолегочными или цельными болезнями, присутствие каковых прослеживается разрушение бронхиального дерева. Формирование хронического бронхита изначального принадлежит с наружным нервирующим и повреждающим причинами.

Второстепенный хронической заболеванием возникает в условиях бронхолегочного заболевания (к примеру, туберкулез легких) либо внелегочных болезней (хроническая сердечная недостаточность) Причинами хронического бронхита: продолжительное раздраженность бронхов вредоносными условиями (пылью, окисью углерода), табакокурение,

рецидивирующие респирационные инфекции (микробы, бацилла инфлюэнцы, пневмококки) продолжительное влияние сухого и морозного воздуха

Хроническая болезнь редко вызывается генетическими отклонениями.

Причисляющие заболевания бронхов с длительностью раздражения разными вредными условиями (курением, вдыханием атмосферы пылью, дымом, окисью углерода) и рецидивирующей респираторной инфекцией (микробами, палочке Пфейффера, пневмококкам).

Факторы активизирующие: Воспалительные и нагноительные течение в легких, постоянные источники инфекции в высших респираторных путях, потомственные причинами.

Систематизация хронического бронхита:

1. Согласно патогенезу:

Первичный Вторичный

2. Согласно мокроте:

Катаральный, Катарально-гнойный, Гнойный

3. Согласно клинико-многофункциональной характеристике:

Необструктивный, Обструктивный

Болезнь обладает этапы обострения заменяются скоротечными ремиссиями (обострениями, сопряженными с заразными причинами).

Простой хронический бронхит. Основной симптом болезни – выделение слизистой и бесцветной мокроты. При обострении мокрота может приобрести зеленый или желтый оттенок. Тогда можно говорить о присоединении инфекции или вируса. Эта форма заболевания является самой распространенной.

Гнойный необструктивный хронический бронхит. Основной признак заболевания: выделением гнойной слизистой мокроты из-за нарушения вентиляции легких. Подобная форма недуга встречается гораздо реже.

Нестабильный хронический бронхит. Стойкая обструкция бронхов и кашель с отхождением не гнойной мокроты – симптомы этой формы бронхита, которая в большинстве случаев проявляется у взрослых людей преклонного возраста.

Гнойно-обструктивный хронический бронхит. Эта форма сочетает стойкую обструкцию бронхов, отек слизистой оболочки и наличие гноя в мокроте.

Основным патогенетическим механизмом относится и гиперфункция гипертрофия бронхиальных желез с увеличением отделением слизи, с сокращением серозной секреции, переменной состава секреции – существенным повышением прокислых мукополисахаридов, увеличивается вязкости мокроты. В подобных обстоятельствах реснитчатый эпителий не гарантирует бронхиального дерева (освобождением бронхов совершается только присутствии кашля). Приводящая продолжительная гиперфункция к атрофии и дистрофии эпителия. Патологией дренажной функции бронхов дает возможность к появлению бронхогенной инфекции.

Основными многофункциональными свойствами присутствии бронхита считается к величине непроходимости (обструкции) бронхов, из –за которой срывается дренажная роль.

1.2. Основные симптомы заболевания хронического бронхита

Проявлениями хронического бронхита считаются кашель с выделением мокроты, потливостью, бессилием.

В первоначальном периоде болезни тревожит пациентов покашливание согласно утром, при этом число мокроты выделенной немного характеризуется ежедневный темп деятельности мерцательного эпителия. Динамичность

проявлена в утренние и ночное время. Наиболее этого, в возникновении кашля важно предполагает ранняя физиологическая динамичность пациента и увеличение нервного режима тонуса. Покашливание больше в целом увеличивается в прохладные периоды года, в при теплой погоде пациенты ощущают себя гораздо лучше, а препятствующие покашливание целиком перестают .

В момент обострения болезни покашливание тревожит пациентов, а в этапе ремиссии никак не сформулирован. Согласно повышению затяжного бронхита покашливание делятся учащённым и тревожит с утра, однако и в протяжении в целого дня, а кроме того в ночное время. Покашливание в ночной период горизонтальном состоянии сопряжен с приходом мокроты из малых бронхов.

С раздражением рецепторов блуждающего нерва в кашлевых отражённых местах (горло, голосовые связки). Кашлевые сенсоры отсутствуют в малых бронхах, по этой причине в главном дистальном бронхите покашливание способен быть отсутствию и. Сначала появляется лишь присутствие существенной физической нагрузке либо присутствие обострения процесса. Нередко тревожит согласно по утрам и пропадает уже после отхождения мокроты. Присутствие одышки увеличивается при смене температуры, вдыхании пахнущих элементов, эмоциональном напряжении. Усиливается при переходе из горизонтального в вертикальное положение. Согласно прогрессирования болезни одышка начинает беспокоить при минимальной физической нагрузке и в состоянии покоя

В обострении хронического бронхита восприимчивость кашлевых рецепторов увеличивается, то что приводит к увеличению кашля, делятся тягостным , в некоторых случаях «лающим». усилению

Бронхиальная доступность в протяжении в целом дня увеличивается и покашливание делятся менее проявление и тревожит не часто.

Принадлежит к основным признакам не осложненного хронического бронхита. Согласно его данным формируются протяженные и определенные медицинские виды болезни. Некто способен являться, равно как высохшим, таким образом и мокрым. Покашливание с отхаркиванием мокроты свидетельствует принадлежит к предохранительным механизмам природной очистки бронхиального бревна с излишней слизи. Система его появления сопряжена с отраженными воздействиями, обуславливаются раздражением рецепторного агрегата ослизлой бронхов и трахеи. Присутствие в данном импульсы сосредоточиваются в кашлевой середине мозга, что приводит к сокращению респираторной мускулатуры. С небольшими бронхами ситуация существенно сложнее, таким образом сенсоры их недоступности. Подобным способом, развитие воспалительного хода в эту данную безмолвное место, с ограниченным просветом приводит к стремительной и совершенной обструкции. Предохраняющий концепции виде кашля, таким образом и совсем никак не возникнет. Если постоянный болезнь первоначально сопутствуется проявлениями бронхиальной обструкции в следствии бронхоспазма, данное приводит к появлению высохшего, малопродуктивного кашля. Иногда некто делается приступообразным, напряженным. Завершается такого рода припадок отхаркиванием незначительного числа слизи. Поддержание высохшего кашля дображивающими подсвистывающими хрипами в периодфорсированного выдоха, свидетельствует о присутствии преступленной проходимости малых бронхов.

Боль в груди. Данный симптом сопровождает хронический бронхит далеко не всегда. Чаще боли в грудной клетке фиксируются в период обострения заболевания — в тот момент, когда мокрота еще слишком вязкая для отхаркивания, и каждый приступ кашля сопровождается изрядным напряжением гладкой мускулатуры.

Наличие крови в мокроте. Этот симптом наблюдается не у всех больных — присутствие крови в отделяемом бронхами секрете зависит от тяжести

протекания заболевания. Обычно кровяные прожилки появляются в мокроте при обострении бронхита. Так как покашливание огромным усилием мускулатуры бронхов, небольшие кровеносные артерии могут попросту полопаться — и отметить незначительное объем крови.

Приступы кашля при наличии затяжного бронхита имеют все шансы присутствия прохладном, воздухе; возвращением в прохладную погоду с улицы в теплое помещение; отработанными газами, табачным дымом; присутствие в атмосфере действующих веществ и иными условиями. В позднем периоде болезни кашлевой реакции способен слабеть, пациентов покашливание тревожит крайне редко и дренажирование бронхов стремительно срывается.

Повышение температуры тела. Хронический бронхит имеет симптом в виде внезапного повышения температуры тела. Для данной формы болезни характерна температура тела у больного в пределах до 37, 5 градуса;

Главный признаком хронического бронхита отделяющей мокроты -. Выделение мокроты может гнойная, слизистая, слизисто-гнойная, в некоторых случаях с прожилками крови. В первоначальных стадиях болезни выделение, больше в целом, слизистая и светлая. У пациентов, трудящихся продолжительный период в обстановке пыльной атмосферы, обретает выделение сероватый или черный тон. В соответствии с этим прогрессированием затяжного бронхита выделение обретает слизисто-гнойный вид, примечательнее в целом в этапе обострения болезни . Выделение острогнойной наиболее тягучей и отделяется с немалой работой. При наличии обострения затяжного бронхита возрастает число мокроты, а в влажную погоду и уже после использование спиртного способ В случае если в просвете бронха каждого калибра пребывает выделение, данное усложняет атмосферный течение. В следствии, появляются завихрения атмосферы, то что выражается хрипами. Согласно данного признака возможно приблизительно сделать свой выбор, которые непосредственно бронхи задействованы в воспалительном ходе и нраве его направления. С целью ремиссии затяжного бронхита более свойственны высохшие хрипы, какие

формируются присутствие аускультации. В случае если процедура усиливается, возрастает число мокроты и имеют все шансы выслушиваться мокрые хрипы (масштабно, умеренно - либо мелкопузыристые), в соответствии с этим диаметр сраженных бронхов. О прогрессировании бронхиальной обструкции малокалиберных бронхов свидетельствует возникновение высокотоновых подсвистывающих хрипов в выдохе, какие имеют все шансы являться слышны и в дистанции сокращаться.

Присутствию хронического бронхита знакомы эпизоды в отсутствии отделении мокроты («высохшей катар бронхов»). Допустимо харканье в вариантах 10 - 17% присутствию затяжного бронхита. Способен являться обусловливается с дефектом кровеносных сосудов слизистого слоя бронхов в период кашля (в особенности свойственно данное с целью истощенного бронхита). С возникновением кровохарканья необходимо кропотливое диагностирование туберкулеза легких, бронхоэктазам и раком легкого,.

В первоначальных стадиях единое положение пациентов затяжного бронхита неплохое. Срывается согласно грани прогрессирования болезни и формировании эмфиземы легких, бронхиальной обструкции, и возникновении респираторной недостаточности.

Характерные случаи не осложненного затяжного бронхита никак не приводит к изменению тона кожи. Однако обструктивные его формы, сопровождаемые присоединением респираторной недостаточности, почти постоянно стимулирующий цианоз. Может быть акроцианозом синюшностью конечностей, кончиков носа и ушей, или рассеянным цианозом кожи согласно всей поверхности. Его появление свидетельствует о декомпенсации болезни и невозвратной потере бронхами возможности правильно осуществлять воздушное пространство к легким. Присутствие в данном стремительно уменьшается оксигенация крови. Наряду с затруднением дохода атмосферы, испытывает страдания и вероятность выведения проработанной респираторной консистенции. Продолжительное наличие гипоксии приводит к появлению

добавочных свойств варианте деструкции ногтевых пластинок (согласно виду часовых стекол) и утолщению отстоящих пальцевых фаланг (согласно виду барабанных палочек)

Значительные перемены присутствует каковых изучений иных органов и систем у пациентов постоянным бронхитом, никак не обнаруживается .

Главные предпосылки хронического бронхита:

Длительное раздражительность бронхов вредоносными условиями (пылеобразование, разнообразные химические элементы), курение табака.

Климатические условия крайне редко считаются первой причиной хронического бронхита. Частое пребывание на холоде и сырости, что приводит к переохлаждению организма.

Рецидивирующая респираторная инфекционное заболевание (микробы ,пневмококки)

Длительные влияние сухого и прохладного воздуха

Реже хронический бронхит возбуждается определенными генетическими отклонениями.

Заболевание сопряжено с продолжительным раздражением бронхов разными вредоносными условиями (дымом, окислами азота и иными химическими сочетаниями) и рецидивирующей респираторной инфекцией (основная значимость относится респираторными микробами, палочке Пфейффера, пневмококкам) пореже появляется присутствие муковисцидозе .

Предполагающие условия:

Хронические воспалительные и нагноительные течения в легких ,

Снижение реактивности организма, наследственные причины.

Осложнения возможно поделить на 2 категории хронического бронхита:

Обусловленные инфекцией:

Пневмония (инфекционное поражение тканей легкого);

Бронхоэктазы (увеличение бронхов либо их отделов);

Бронхоспастический (неаллергический) элемент;

Астматический (аллергический) элемент.

Обусловленные формированием бронхита:

Кровохарканье;

Эмфизема легких (уничтожение между альвеолярных перегородок);

Пневмосклероз (увеличение соединительной ткани в легком);

Легочная недостаточность;

Легочное сердце (компенсированное и декомпенсированное с формированием правожелудочковой сердечной недостаточности).

Тяжелым осложнением обструктивного бронхита считается резкая респираторная недостаточность с нарастающими нарушениями газообмена и формированием острых респираторных патологий и обменом элементом.

1.3. Основные направления профилактики хронического бронхита

Лечебная физическая культура (ЛФК) при хроническом бронхите - обязательный компонент комплексной терапии болезни. Используют ЛФК с преобладанием динамических и статических упражнений на фоне общетонизирующих движений.

Задачи лечебной физической культурой:

уменьшить нагноение в бронхах; возобновить дренажную функцию бронхов; повысить крово и лимфообращение в концепции бронхов, содействовать профилактике перехода в постоянную болезнь; увеличить сопротивляемость организма.

Противопоказания с целью направлении ЛФК:

дыхательная недостаточность III уровня; абсцесс легкого до прорыва в бронх; кровохарканье; астматический положения; ателектаз легкого; концентрация воды в плевральной полости.

Технология лечебной гимнастики:

В промежуток постельного порядка, используют динамические процедуры с целью малых и посредственных мускульных групп респираторных процедур постоянные и динамические; с 3-5-спорт дня горизонтального положения и сидя в постели, спустив ножной конец. Соответствии обще развивающих и респираторных процедур-1:1, 1:2, 1:3. Учащения пульса никак не разрешается наиболее нежели на 5-10 отметки./мин. Процедуру выполняют в неспешном и обычном темпе, любое повторяют согласно 4-8 раз с наибольшей амплитудой перемещение. Длительность упражнение - 10-15 мин; независимые обучение - согласно 10 минут 3 раза в период.

На палатном, полупостельном порядке, с 5-7-спорт дня сидя на стуле,, однако дозу их повышают, в том числе процедуры с целью больших мускульных компаний с объектами. Соответствие респираторных и общеукрепляющих процедур-1:1, 1:2. Дозволяют ускорение пульса вплоть до 10-15 отметки./мин, повышают количество повторений любой процедуры вплоть до 8-10 раз в обычном темпе. Обучение длительность согласно 15-30 минут, применяют кроме того и ходьбу. Обучения повторяют без помощи других. Длительность урока в протяжении дня является вплоть - до 2 ч, обучение – личные, мало групповые и не зависимые.

Перемещают с 7-10-спорт дня пациентов в единый порядок. Обучение гимнастикой используется в палатном порядке, однако с огромной нагрузкой, активизирующей ускорение пульса – вплоть до 100 уд./мин. Длительность 1-ого обучения до 40 минут; Занятие, движение, деятельность на тренажерах, вид развлечения является 2,5 ч в день.

Диагностические аспекты хронического бронхита последующие:

Постоянное покашливание с отделением мокроты с протяжением не меньше 3 месяцев в течении 2-х лет последовательно. Наиболее если продолжительность кашля не отмечается аспектом ВОЗ, многократно рецидивирует покашливание , следует учитывает последующие условие :

кашель курящего;

раздражения респираторных линий производственными вредностями (газами, парами, дымами)

патологии носоглотки;

затяжное или рецидивирующее протяженного острого бронхита;

респираторная неудобство и покашливание из-за контакта с нестойкими нервирующими элементами;

Картина аускультативная – строгое, жесткое дыхание с вытянутым выдохом, рассеянные влажными и сухими хрипами .

В бронхах перемены воспалительные согласно бронхоскопии (способ применяется с большей степени с целью отличительной диагностики).

Исключение иных болезней, проявляющихся долголетним кашлем, т. е. бронхоэктатической заболеванием, затяжного абсцесса легких, туберкулеза, врожденной бронхопульмональной концепции, болезней сердечно-сосудистой концепции, проходящий с застоем крови в легких.

Нарушения бронхиальной проходимости при изыскании функции внешнего дыхания.

Для диагностики хронического бронхита ведутся изучения:

лабораторные

ОАК (общий анализ крови) – вероятны незначительные нейтрофильный лейкоцитоз и не большое увеличение СОЭ.

Макроскопическое изучение исследование мокроты. Способен являться слизистой (белая или прозрачная) либо гнойной (желтая или желто-зеленая), огромное число нейтрофильных лейкоцитов выявляется, обретают в клетках бронхиального эпителия, макрофаги, энтеробактериальные клетки. Бактериологическое изучение мокроты обнаруживают разнообразными разновидностями инфекционных возбудителей их восприимчивость к бактерицидным орудием. Более достоверными считаются итоги бактериологического изучения мокроты, приобретенных присутствие бронхоскопии (смывы из бронхов).

БАК (биохимический анализ крови). В основе биохимических характеристик воспалительного хода деятельности считающих о его выраженности.

инструментальные

Бронхоскопия.

Спирометрию.

Бронхография. Бронхоскопия и бронхография способами изучения присутствии затяжного бронхита никак не считаются неотъемлемым, они применяются как правило с целью отличительной диагностики с иными бронх легочными болезнями (туберкулезом, врожденными отклонениями, бронхоэктазами).

Рентгенография и рентгеноскопия легких.

Исследование функции дыхания.

Исследование газового состава крови.

Дыхательные упражнения позволяют научить пациента правильному дыханию с максимальным участием диафрагмы. Особый интерес следует выделить укреплению мускулатуры выдоха, повышению физической активности грудной клетки, формированию диафрагмального дыхания и развитию умения дыхания с удлиненным выдохом. Длинное выдыхание синхронным усилением респираторной функцией диафрагмы в легких. Повышение физической активности грудной клетки и диафрагмы формирует кроме того требование, делающие легче службе сердца. В случае если мобильность грудной клетки существенно урезана, присутствие исполнение процедур рекомендовано сжимать её ручками в выдохе

Уникальная методика Стрельниковой при бронхите упрощает процесс недуга. Представленный метод довольно эффективен присутствие заболеваниях организаций дыхания. Гимнастика Стрельниковой при бронхите увеличивает иммунорезистентность организма, перекрывает рост воспалительных взаимодействий в легких. Для ликвидации признаков недуга серию процедур необходимо воспроизводить в протяжении 3-х недель Гимнастика Стрельниковой при бронхите соответственна прокладываться каждый день в утреннее и вечернее периоды. Упражнения под заголовком «Обними плечи» и «Насос» наиболее результативны при болезнях легких. Ряд выздоровительных процедур стимулирует службу ведущего мозга и физиологическую работоспособность, убирает ведущие недомогай, усиливает невосприимчивость, может помочь прекратить припадки асфиксии, улучшает артериальное влияние.

На фоне обострения бронхита советуют обильное питьё. В целях— ежедневный объём выпитой воды должен быть не менее 3 - 3,5 л. Как правила хорошо принимается щелочной напиток, теплое молочко с боржоми в балансе

1:1. Повседневный рацион питания обязан включать в себя достаточное количество белков и витаминов. На фоне существенной температуры и единой интоксикации допустимо немного поголодать, однако сдерживающие диеты подобным больным противопоказаны. Существенную эффективность показывает использование ингаляций. В составе раствора с целью ингаляций возможно применять минеральную воду, смесь рингера либо обыкновенный физический состав. Выполняют процедуры 2-3 раза в период в течение 5-10 суток. Проведение манипуляций содействуют отхождению мокроты, упрощают дренажная система бронхиального дерева, уменьшают воспаление. Необходимо корректирование типа существования с целью ликвидации условий риска развития инфекционных болезней высших респираторных линий. В первую очередь относится курения и разного семейства высококлассных вредностей (запыленное производство, деятельность с лакокрасящие использованными материалами, нередкие переохлаждения). Превосходный результат присутствие затяжных болезней простых обладает использование гимнастики. За пределами обострения бронхита возможно осуществлять события согласно закаливанию. Характерные черты сестринского хода: Регулярно коротаете проветривание в комнате, в каком месте располагается пациент. Сторонитесь возникновения в помещении внезапных ароматов, для того чтобы совсем не спровоцировать припадок кашля. Постоянно коротаете сложные комплексы респираторной гимнастики, ряд один раз в день с надуванием легких, совершайте массажирование торакальной клетки, сменяйте состояние туловища в постели. Концентрируйте заинтересованность к мокроте, её число, тон, аромат, изменение в её характере, к примеру, присутствие крови, для того чтобы своевременно сообщить врачу. Учитывая эпидемический вид распространения болезни в сегодняшний день период, концентрируйте интерес в небольшие претензии, равно как ночной гипергидроз, беспричинный повышение температуры вплоть до субфебрильных чисел, больше в 1 середине дня, похудение, бессилие, неудовлетворительный кризис. Лечебное кормление способствовать дезинтоксикации организма, наиболее стремительному

излечению воспаления, увеличивает невосприимчивость, удерживает функциональность сердца и кровеносный сосудов, а кроме того разгружает пищеварительную систему.

Бронхит у людей как правила обладает вирусной этиологии, почти всегда возникает в результате ОРВИ возникновении острого бронхита у немаловажное значение имеют охлаждение, хронические синуситы, гаймориты, тонзиллиты, курение, прием алкоголя, кифосколиоз, недостаточность кровообращения с застойными явлениями в легких. Такие факторы могут быть предрасполагающими, так как они ослабляют иммунитет. Начало острого бронхита обычно проявляется симптомами ОРВИ, затем присоединяется кашель, вначале сухой; больные часто отмечают симптом «горячего воздуха» - ощущение вдыхаемого воздуха. Со 2-3 дня болезни кашель становится мягче, появляется малое количество мокроты, боль за грудиной проходит, уходят проявления интоксикации. При аускультации дыхание жесткое, может быть сухие рассеянные хрипы. На рентгенограмме, как правило, изменений нет. В клиническом анализе крови определяется умеренный нейтрофильный лейкоцитоз. Упорное лихорадочное состояние, возникновении гнойной мокроты свидетельствует на допустимое присоединение бактериальной инфекции. В возрасте, особенно у ослабленных больных, процесс может распространяться вплоть до бронхиол, что ведет к быстрому ухудшению общего состояния. Развивается интоксикация, больные адинамичны, выраженная тахикардия, гипотония, нарушение функции внешнего дыхания, присоединяется или усиливается сердечная недостаточность. У пожилых пациентов нередко острый бронхит осложняется пневмонией.

С целью профилактики хронического бронхита необходимо отдать внимание выздоровительному излечению в санаторно-лечебных учреждениях. Пригодным вариантом будет отдых на курортах с горным или степным ландшафтом, морское побережье. Однако при выборе места отдыха, следует помнить, что резкая смена климата с перепадом температуры может привести к

приступу острого бронхита. Значимым в профилактике заболеваний верхних дыхательных путей и легких постоянные занятия дыхательной гимнастикой, проведение обтираний прохладной водой, или контрастный душ, закаливание, занятия физкультурой, пешие прогулки, зарядка.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа – основное лечебно-профилактическое организация Белгородской области

Сегодня областная клиническая больница Святителя Иоасафа – основное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение региона. В её структуру ступают : консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23 специальные отделы круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 522 койки, центр медицинской реабилитации, диагностические и параклинические отделение, отделение санитарной авиации, технические службы жизнеобеспечения больницы.

Ежегодно в больнице преобретает амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь свыше 170 тыс. население, производится наиболее 39 тыс. оперативных вмешательств.

В больнице работают 3056 сотрудников, в этом количестве 11 докторов и 85 кандидатов медицинских наук; 24 сотрудника удостоены высокого звания «Заслуженный врач РФ», 15 сотрудников стали победителями Всероссийского конкурса на звание лучшего врача года в различных номинациях. 45 врачей и 4

медицинские сестры награждены отраслевым знаком «Отличник здравоохранения», 255 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 36 врачей являются главными внештатными специалистами области.

В больнице, наряду с специализированной медицинской помощью, как оказалось высокотехнологичная медицинская помощь. К количеству приоритетных и быстроразвивающихся течений следует отнести:

- сердечно-сосудистую хирургию;
- рентгенхирургию;
- колопроктологию;
- хирургию печени и поджелудочной железы;
- травматологию и ортопедию;
- нейрохирургию;
- акушерство и гинекологию;
- неонатологию;

Ежегодно проводится:

650 тотальных эндопротезирований крупных суставов;

260 операций аортокоронарного шунтирования и 120 протезирования клапанов сердца и аорты;

2402 ангиографических исследований, 843 ангиопластик и стентирований сосудов, в т.ч. 440 при остром инфаркте миокарда;

80 операций по поводу острой сосудистой неврологической патологии (инсульты, аневризмы сосудов головного мозга);

· 1000 реконструктивных фактоэмульсификаций, 130 лазерных операций;

·14 трансплантаций органов (печень, почки, сердце);

более 350 циклов экстракорпорального оплодотворения и свыше 160 циклов искусственной инсеминации.

К количеству ключевых вопросов, важных на сегодняшний день перед БОКБ Святителя Иоасафа, принадлежит и усовершенствование раскладов к осуществлению государственной задачи в предоставлении сверхтехнологичной медицинской помощи, а кроме того развитие направленной работы согласно исследованию ,введению и тиражированию значительных медицинских технологий. Данное в полном функционирует в – окончательный итог – предоставление жителей сфере высококачественной, легкодоступной и результативной медицинской поддержкой .

Пульмонологическое отделение рассчитано на 60 коек работает с 1978г. До 2005 г. мощность отделения составляла 40 коек. С 2005 г. развернуто на 60 коек. 5 медицинских работников обладают высшей квалификационной категорией.

В отделении оказывают помощь согласно последующим нозологиям: хроническая обструктивная заболевание легких, бронхиальная астма, пневмонии, бронхоэктатическая заболевание, саркоидоз, муковисцедоз, atopический дерматит, крапивница, поллиноз, анафилактический шок.

Проводится аллергологическое исследование: скарификационные и в/кожные исследование, эпидермальными, пыльцевыми и пищевыми аллергенами, лечение данных пациентов причинно-важными аллергенами. Кроме того ведется диагностирование аллергии и иммуно-недостаточных состояний способом хемолуминисценции, проточной цитометрии.

В пульмонологическом отделении присутствие обследовании пациентов используются инновационные способы диагностики спирально- компьютерная томография грудной клетки, УЗИ изучение плевральных полостей, спирография, пикфлоуметрия, установление иммунного статуса, серологические способы диагностики онкозаболеваний, выявление

паразитарных заболеваний человека. Ведется выбор бронходилататоров с поддержкой миниспирометра. Внедрены новейшие способы диагностики диссеминированных действий в легочной ткани.

Применяются результативные способы излечения больных с бронхообструктивным синдромом, ведется персональный выбор базовой терапии, только одно отделение в сфере выполняет особую иммунотерапию аллергенами из бытовой пыли.

Врачами отделения изобретены советы с целью пациентов с аллергическими болезнями (рекомендации согласно бытовой ситуации, гипоаллергенной диете, распорядку физиологической деятельности). Изданы методические советы по защите с табакокурением.

Высокая квалификация медицинских работников и современное обеспечение отделения дают возможность проявлять успешную специальную поддержку пациентам с бронхолегочной патологией и аллергологическими заболеваниями.

2.2. Статистические данные заболевания хронического бронхита по Белгородской области

Для выявления роста или снижения заболеваемости хронического бронхита, а также для определения количества пролеченных пациентов, общего количества койке – дней в стационаре проводим исследование в период с 2015 по 2018 года, ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

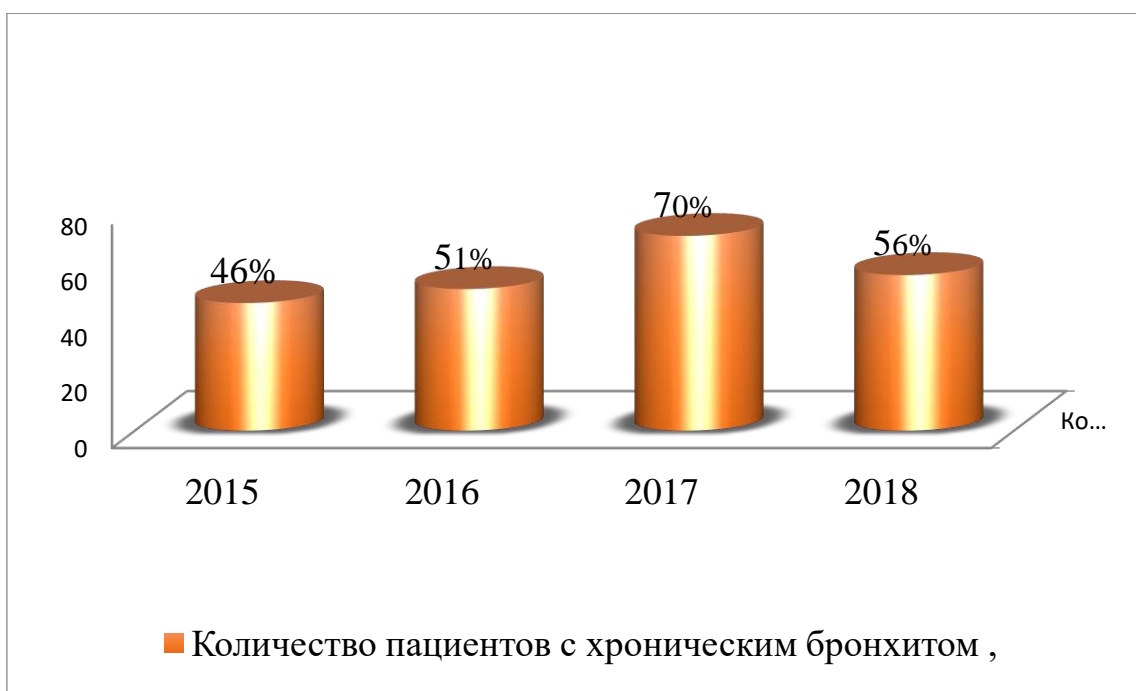


Рис. 1.Количество пациентов с хроническим бронхитом



Рис. 2.Общее количество проведенных дней в стационаре

Из данного исследования выявлено, что за последние четыре года количество пролеченных находится на одном уровне с тенденцией к незначительному уменьшению (рис.1) , что соответствует показателю (рис.2). С 2015 по 2016 год на диаграмме показывает, что на 5 % увеличилось количество больных, А в 2017 году увеличился рост больных на 19 %. Но в 2018 году снизился процент заболевания на 14 % .

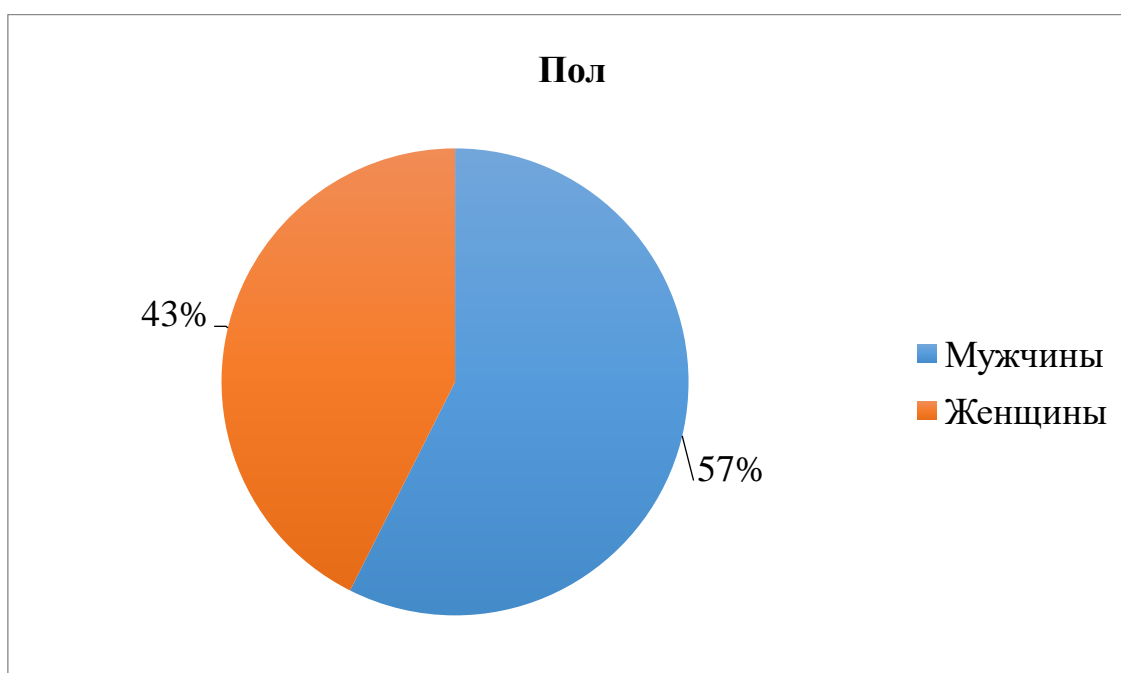


Рис. 3.Пол

В анкетировании приняли участие 43% женщин и 57%.мужчин.



Рис. 4. Знаете ли вы, что такое бронхит?

Знание о бронхите показало, что 60% знают, 25% не знают, а 15% затрудняются ответить.



Рис. 5. Наличие вредных привычек

Наличие вредных привычек показало, что 65% курили раньше, 25% курят до сих пор, а 10% не курили ранее.

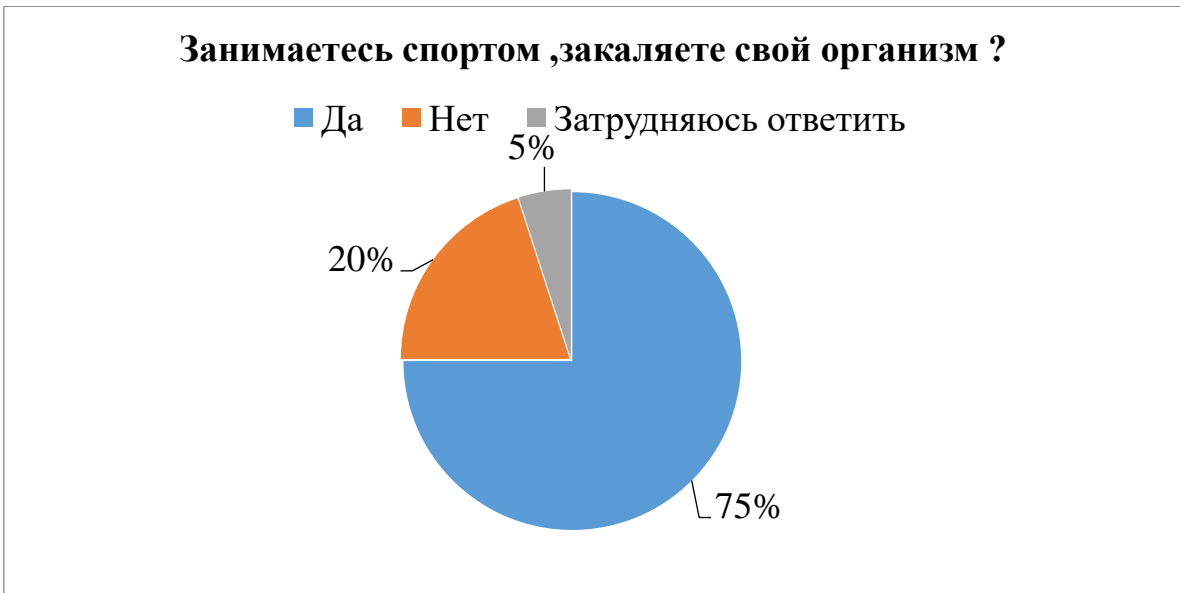


Рис. 6. Занимаетесь здоровым образом жизни, закаляете свой организм?

Закаливанием организма и занятием здорового образа жизни анкетирование показало, что 75% занимаются, 20% не занимаются, а 5% затрудняются ответить.



Рис. 7. Укреплением иммунитета в весеннее - осенний период?

Укреплением иммунитета в весеннее – осенний период показало, что 10% укрепляют, 20 % не укрепляют, а 70 % затрудняются ответить.



Рис. 8. Удовлетворены работой медицинского персонала

Показало анкетирование, что 97 % были удовлетворены, работой медицинского персонала, а 3 % оказались не совсем удовлетворены работой.

2.3. Разработка практических рекомендаций пациентам с хроническим бронхитом

К профилактике хронического бронхита возможно причислить в полной совокупности граней равно как согласно предотвращению формирования хронического бронхита, подобным способом не допустимо прогрессированию. Хронический бронхит содержит в себя борьбу с курением сигарет, оздоровление внешней среды, запрещение работы в загрязненной (загазованной) обстановке, предотвращение, уместное и верное излечении заостренных высших респираторных путей, гриппа и напряженного бронхита, а кроме того заостренных инфекционных болезней (корь, коклюш). Важное значение придается своевременной санации носоглотки.

Пациентам хроническим бронхитом рекомендовано сбалансированный рацион с содержанием необходимым витамином С (апельсин, лимон, клубника малина) повышают иммунно защитную способность организма и предотвращают нарушение бронхиальной реактивности. Рационально вводят в диету растительные продукты с витамином А и Е (морковь, тыква, зеленая листовая капуста, абрикос, зеленый горошек и фасоль) выступают ускорителем обменных процессов при бронхите.

Белковая пища (нежирный творог, мясо, рыба) восполняют потерю белка при «влажном» кашле.

Отвары лекарственных растений (цветы липы, чай с малиновым вареньем, имбирный чай) или горячее молоко со щепоткой соды и медом, свежесжатые овощные и фруктовые соки (свекла, морковь, яблоки, капуста) повышают процесс диуреза и эффективность очищения организма.

Также, подобает исключить приём продуктов с увеличенным содержанием аллергенов (крепкие мясные и рыбные бульоны, острые и соленые продукты, пряности, приправы, кофе, чай, шоколад, какао) провоцирующих выработку

гистамина, вырабатывает отеки и увеличивает выделение секрета желез, способствует развитию бронхоспазмов.

Наличие хронического бронхита с выделением большого числа мокроты совершается утрата белка а присутствие декомпенсированном легочном сердце замечается высокая утрата альбумина с сосудистого русла в проход кишечного тракта. Таким пациентам представлена концентрированная белком рацион, а кроме того переливание внутривенно капельно альбумина и веществ аминокислот (полиамин, нефрамин, альвезин). Присутствие выраженной гиперкапнии углеводная работа способен спровоцировать сильное респираторное смещение из-за увеличенного создания углекислого газа и сокращенной восприимчивости респираторной середины. В таком случае предполагается применять гипокалорийную диету 600 ккал с лимитированием углеводов (30г углеводов, 35 г белков, 35 г жиров) в протяжении 2-8 недель. Такие итоги обнаружены у пациентов с излишним весом. В дальнейшем назначается рацион 800 ккал в период. Диетическое терапия пребывание постоянной гиперкапнии может быть изредка результативным.

Для профилактики обострений хронического бронхита (вторичной) рекомендуется проводить закаливающие (водные) процедуры и реабилитационную лечебную физкультуру (ЛФК). Необходимо предлагать в промежутки межсезонья метод адаптогенов (элеутерококк), и кроме того антиоксидантов (витамин С). В промежутки ремиссии воспалительного процесса следует кардинально санировать источники в носоглотке, ротовой полости, корректировать недостатки носовой перегородки, затрудняющие дыхание через нос. Присутствие высокофункционально неустойчивой затяжного бронхита нужен годовой спирографический надзор. В профилактике обострений болезни заключается санаторно-курортное терапия на курортах. Преимуществом отзывается приморским курортам с средиземноморским климатом (Анапа, Геленджик), а кроме того степным и горным курортам. У пациентов старше 50 лет и с многочисленными болезнями иных органов и

концепции преимущественно необходимо давать районные климатизационным домам отдыха с учетом возрастного уменьшения адаптационных способностей организма пациента организма больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический бронхит – это распространенное заболевание дыхательной системы, связанное с воспалительным процессом в бронхах, прогрессирующее или вялотекущее. Хронической формой считается, если кашель у пациента наблюдается от 3 месяцев в году, на протяжении более 2 лет, при отсутствии других патологий, которые имеют схожие симптомы. Заболевание выражается в необратимых функциональных изменениях слизистой оболочки легких. Происходит нарушение механизма секреции и очистки бронхиальной слизи. В бронхах возникает утолщение, иммунитет органа угнетается.

Причинами бронхита могут стать следующие факторы.

1. Бактериальные и вирусные инфекции.
2. Систематическое вдыхание загрязненного воздуха. Это часто бывает связано с условиями работы или чрезмерно плохой экологической обстановкой. Пыль или химические пары оседают на бронхах и лежат в основе возникновения бронхита. Сюда же можно отнести и воздействие табачного дыма.
3. Климатические условия. Сами по себе они редко являются единственной причиной заболевания. Однако, при определенных индивидуальных особенностях организма, чрезмерно холодный или влажный воздух может привести к развитию хронического воспалительного процесса.

Хронический бронхит опасен осложнениями разделяющие на 2 категории. Первая группа определена инфекциями. К этому типу принадлежит воспаление легких, бронхоэктозы, астматический и бронхоспастический элементы .

Вторая группа определена прогрессированием главными заболеваниями. . К данному типу принадлежит : болезнь легких; кровохарканье; легочное сердце; легочная недостаточность. Наиболее трудное усугубление –резкая респираторная недостаточность. В данном случае патологии газообмена

стремительно прогрессируют. Срывается воздухообмен элементов и дыхания. Отдышка возникает в том числе присутствии малом физиологическом усилии. Респираторная недостаточность сопровождается: головными болями; прочной гиперкапнией; спутанностью сознания; анорексией; конвульсиями; бессонницей; высокой потливостью; мышечными подергиваниями.

Для достижения поставленной цели решили следующие задачи:

1. Проведен статистический анализ данных по работе улучшение качества жизни пациента с хроническим бронхитом на примере ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»
2. Проведен теоретический анализ улучшение качества жизни пациентов с заболеванием хронического бронхита.

Профилактика изначально содержит борьбу с вредной привычкой курением, оздоровление внешней среды, запрет деятельности в загрязненной атмосфере, мероприятия закаливания организма, терапия источников инфекции в носоглотке, формирование нормального стандартного дыхания через нос. Усугубление затяжного бронхита рекомендовано устранить интенсивное и бездейственное курения, осуществлять укрепляющие процедуры и технологии реабилитационной ЛФК, разумное трудоустройство. В этапе межсезонья необходимо предлагать адаптогены (элеутерококк, китайский лимонник), а кроме того антиоксидантов (витамин С, рутин). В промежутки ремиссии воспалительного хода следует санировать источники в носоглотке, ротовой полости, откорректировать недостатки носовой перегородки, затрудняющие дыхание через нос. Профилактикой обострения заболевания в промежутки эпидемии гриппа способен являться проложена иммунизация против гриппа; с целью предотвращения обострения в более серьезный промежуток периода года (поздняя осень) вероятна иммунизация пневмококковой либо сочетанной вакциной. Наличие высокофункционально неустойчивом затяжном бронхите обязан прокладываться годовой

спирографический надзор. С целью восстановительного излечения и помощи данным пациентом необходимо наиболее обширно применять способности санаторно-курортного излечения на курортах.

Только едиными стараниями возможно достигнуть увеличению степени поддержки больным с хроническим бронхитом и усовершенствование свойства существования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кокосова, А.Н. Дыхательная недостаточность и хроническая обструктивная болезнь легких: учеб. пособие [Текст] / А.Н. Кокосова, 2006 г. - 248 с.
2. Маколкин, В.И. Внутренние болезни: учеб. пособие [Текст] / В.И. Маколкин. изд – М.: Медицина, 1992. – 789с
3. Палеева, Н.Р. М Медицина. «Болезни органов дыхания». : учеб. пособие [Текст] / Н.Р. Палеева ; РАМН. 2000 г. - 351 с.
4. Костина, В.В. Хронический бронхит: этиология, патогенез, особенности клиники и лечения: учеб. пособие [Текст] / В.В. Костина. изд - М.: Медикум. 2010. – 13 с.
5. Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: учеб. пособие [Текст] / С.Н. Попов . изд - М.: Академия. 2012. - 416с
6. Труфанова, В.Ф. Методика обследования в бронхопульмонологии : учеб. пособие [Текст] / В.Ф. Труфанова. - М.: Медицина. 2012. - 240с.
7. Бербенцова, Э.П. Пульмонология. Иммунология, клиника, диагностика и лечение воспалительных вирусных, бактериальных заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов, легких : учеб. пособие [Текст] / Э.П. Бербенцова . - М.: Редакция. 1998. – 623с.
8. Александрова, Н.И. Современное представление о хроническом бронхите и обструктивной болезни легких, их диагностике и профилактике. Болезни органов дыхания : учеб. пособие [Текст] / А.Н. Кокосова, Н.И. Александрова. изд - Серия : "Мир медицины". 1999. - 116-126с.
9. Косарев, В.В. Эпидемиологическая характеристика и факторы риска хронического бронхита среди городского населения : учеб. пособие [Текст] /

С.А. Бабанов, В.В. Косарев. - М.: Здоровоохранение Российской Федерации. 2011. - 17-19с.

10.Феннелли, К. П. Хронический бронхит. Пульмонология. : учеб. пособие / М.С. Стулбарг , К.П. Феннелли. 1994. - 6-13с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета для пациентов

Уважаемые пациенты!

Просим Вас ответить на вопросы.

1. Ваш пол :

1) мужской

2) женский

2. Знаете ли вы что такое бронхит?

1) Да

2) Нет

3) Затрудняюсь ответить

3. Знаете ли вы, что служит причиной заболевания?

1) Да

2) Нет

3) Затрудняюсь ответить

4. Часто ли вы болеете простудными заболеваниями?

1) Да

2) Нет

3) Затрудняюсь ответить

5. Знаете ли вы, профилактику бронхита?

1) Да

2) Нет

3)Затрудняюсь ответить

6. Курите ли вы ?

1)Да

2)Нет

3)Затрудняюсь ответить

7.Вы занимаетесь спортом, закаляете свой организм?

1)Да

2)Нет

3)Затрудняюсь ответить

8.Занимаетесь ли вы укреплением своего иммунитета в весеннее - осенний период?

1)Да

2)Нет

3)Затрудняюсь ответить

9.Часто ли у вас случается обострение заболевания?

1)Да

2) Нет

3)Затрудняюсь ответить

10.Удовлетворены работой медицинского персонала

1)Удовлетворены

2) Не совсем удовлетворены

Спасибо!

Комплекс упражнений:



1. Ходьба на месте должна сопровождаться дыханием, которое соответствует ритмом шагу. При глубоком носовом вдохе руки поднимаются и разводятся в стороны. На выдохе руки опущены. Длительность упражнения – от 2 мин.

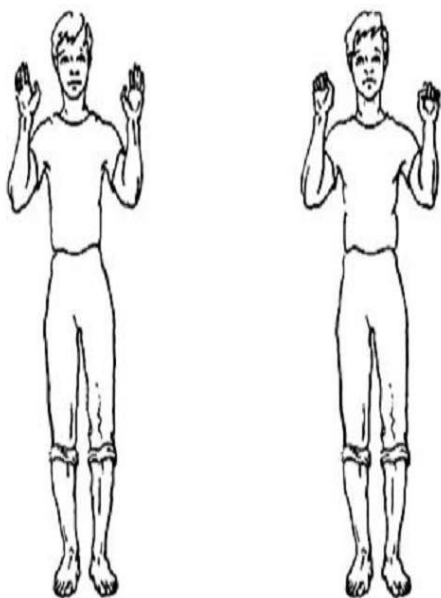
2. Потягивание предполагает, что руки сомкнуты, на выдохе они поднимаются над головой, тело вытягивается и пациенту требуется привстать на носочки, задержавшись в данной

позиции на пару секунд. Далее следует спокойный выдох, сопровождаемый опусканием конечностей.

3. Покачивания руками, при котором одна из конечностей отведена в сторону, а другая поднята. Во время перемены положений рук требуется совершать вдохи через рот и выдохи через нос.

4. Махи руками вперед-назад выполняются ритмично, дыхание в такт – вдох через рот — вперед, выдох носом — назад. Если вдруг кружится голова, пациенту требуется прерваться и совершить глубокие и спокойные вдох-выдох.

5. Наклоны предполагают на вдохе отклонение тела вперед, а руки при этом вытягиваются перед пациентом параллельно полу. Возврат в исходное положение происходит одновременно с выдохом. Вторая часть упражнения подразумевает отклонение туловища на вдохе назад, а сомкнутые руки при этом заведены за спину. На вдохе принимается исходная позиция. Выполняется безостановочно, для получения эффекта требуется 3-5 подходов.

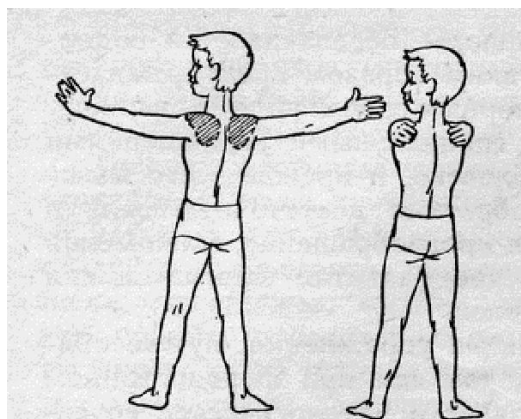


Дыхательная гимнастика Стрельниковой

1. Упражнение «Ладони»

Данное упражнение выполняется для разминки. Встать надо прямо, опустить локти и как бы показать свои ладони несуществующему зрителю. В этой позе сделать резкий вдох и сжать кулачки. Важно сделать это с силой. Потом

выдохнуть, расслабив пальцы. Начинать можно с 4 вдохов за занятие, потом дойти до 96



2. Упражнение «Обними плечи»

Это упражнение исключительно полезно при бронхите. Нужно поднять согнутые в локтях руки на высоту плеч, сделать резкий вдох, скрещивая руки, будто стараясь обнять свое тело. На выдохе развести конечности. Сильно напрягать мышцы не стоит. Сделать 15

вдохов.

3. Упражнение «Восьмерка»

Данное упражнение способствует выходу мокроты из дыхательных путей. Слегка наклонившись вперед, нужно сделать быстрый вдох и сдержать выдох. Про себя считать до 8 в размеренном темпе, можно несколько раз. После спокойно выдохнуть.

4. Упражнение «Сбросим груз»

Следует встать прямо, ладони сжать в кулаки, положить руки на пояс. Сделать резкий шумный вдох, выпрямив руки вниз и раскрыв кулаки. Выглядеть это должно, будто человек сбрасывает груз с плеч. На выдохе возвратиться в исходное положение, расслабить тело. Это упражнение следует делать по 8 раз за подход. После выполненной программы надо дать мышцам расслабиться. Для этого нужно наклонить шею вперед, насколько получится, положив руки на живот. Если начинается приступ кашля, не стоит его подавлять

