

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

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051611
Герасимовой Кристины Николаевны**

Научный руководитель
преподаватель Прудникова Л.П.

Рецензент
Главная медицинская сестра,
ОГБУЗ «Детская областная клиническая
больница»
Бондарева Н.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	8
1.1. Понятие и эпидемиология пневмонии. Классификация пневмоний....	8
1.2. Патогенез и этиология. Причины пневмоний. Лечение.....	12
1.3. Сестринский процесс при госпитальной пневмонии у пациентов.....	17
1.4. Профилактика госпитальной пневмонии.....	19
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	21
2.1. Исследование организации сестринского ухода на примере Яковлевской центральной районной больницы.....	21
2.2. Рекомендации пациентам при госпитальной пневмонии.....	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	32
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	35

ВВЕДЕНИЕ

Проблема диагностики и лечения пневмоний является одной из самых актуальных в современной терапевтической практике. Недавно опубликованные статистические данные по причинам смерти в Российской Федерации свидетельствуют о постоянном увеличении смертности от пневмонии. Только за последние 5 лет в Беларуси рост заболеваемости составил 61%. Смертельный исход от пневмонии, по данным авторов, меняется от 1 до 50%. В нашей республике смертность за 5 лет увеличилась на 51%. Несмотря на заметные успехи фармакотерапии, разработку новых поколений антибактериальных препаратов, доля пневмонии в структуре заболеваемости достаточно велика. Так, в России ежегодно более 1,5 млн человек наблюдаются врачами по поводу этого заболевания, из них 20% в связи с тяжестью состояния госпитализируется. Среди всех госпитализированных больных с бронхолегочным воспалением, не беря во внимание ОРВИ, количество пациентов с пневмонией превышает 60%.

Термин «Пневмония» был введен в клиническую практику, когда выяснилось, что вопрос о применении некоторых активных методов лечения, в частности терапии, должен решаться до установления окончательного диагноза-наличия или отсутствия крупноочаговой пневмонии.

Опасность ситуации состоит в том, что пневмония, характеризуется быстрым (часы), а иногда стремительным (минуты) течением болезни, высоким риском неблагоприятных исходов и требует безотлагательных мер по спасению жизни больных. Поэтому введение термина пневмония, как предварительного диагноза, дает возможность сразу начать оказание больному неотложную помощь, не тратя драгоценного времени на уточнение окончательного диагноза. При этом большое влияние на течение и прогноз пневмонии имеет не только своевременная неотложная помощь, но и выхаживание больного, которое осуществляет медицинская сестра путем выявления проблем пациентов и осуществления сестринского процесса. Все это обуславливает актуальность

изучения роли медицинской сестры в решении проблем пациентов с пневмониями

Летальный исход от пневмонии на данный момент является одним из основных показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений. От организаторов здравоохранения и врачей требуется постоянное снижение данного показателя, но к сожалению, без учета объективных факторов, приводящих к смертности у различных категорий пациентов. Каждый случай летального исхода от пневмонии разбирается на клиничко-анатомических конференциях.

Скорее всего, причиной столь удручающих цифр является изменение на современном этапе «золотого стандарта» диагностики пневмонии, содержащее острое начало заболевания с лихорадкой, кашель с мокротой, боль в грудной клетке, лейкоцитоз, реже лейкопению с нейтрофильным сдвигом в крови, рентгенологически выявляемый инфильтрат в легочной ткани, который ранее не определялся. Многие исследователи отмечают также формальное, поверхностное отношение врачей к вопросам диагностики и лечения такого «давно известного и хорошо изученного» заболевания, как пневмония.

Актуальность темы заключается в том, что проблема лечения больных пневмониями находится в центре внимания специалистов различного профиля достаточно давно, но по-прежнему не теряет своей важности. Согласно официальной статистике (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ), в 2000 г. в России среди лиц в возрасте более 18 лет было зарегистрировано 440 049 (3,9%) случаев заболевания, а в 2018 г. во всех возрастных группах показатель заболеваемости составил 4,1%. Очевидно, однако, что эти цифры не отражают истинной заболеваемости внегоспитальной пневмонией (ВП) в России, которая, согласно расчетам, достигает 14-15%, а общее число больных ежегодно превышает 1500000 человек.

В США ежегодно регистрируется 4-5 миллионов случаев внегоспитальной пневмонии, приблизительно в 25% случаев требуется Результаты лечения

также неутешительны - несмотря на большой арсенал лекарственных средств, это заболевание занимает седьмое место среди причин смертности и составляет 22 случая на 100 000 населения в .Согласно данным Национальной системы Эпидемиологического Наблюдения за Нозокомиальными Инфекциями США (NNIS), госпитальные пневмонии (ГП) являются третьей по частоте формой внутрибольничных инфекций. Частота развития госпитальной пневмонии достигает 250 000 случаев в год, что составляет от 13 до 18% в общей структуре внутрибольничных инфекций. В отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) госпитальная пневмония занимает лидирующее место среди всех инфекционных осложнений, составляя 46,9% .

Особые проблемы характерны для пневмоний, возникающих при тех или иных критических состояниях на фоне интенсивного лечения с использованием искусственной вентиляции легких. Для вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП) характерны высокая летальность, нередко тяжелое течение, длительные сроки госпитализации .

Сложности при диагностике и лечении пневмонии определяются многими факторами. Считается, что среди них наибольшее значение имеют высокий уровень резистентности микробов к традиционным антибиотикам, полимикробный характер инфекции, отсутствие четких диагностических критериев.

Дыхательной недостаточности, развивающейся при тяжелых формах пневмонии, придается большое значение в цепи событий, определяющих в конечном итоге исход лечения. Следует, вместе с тем, констатировать, что, несмотря на большой исследовательский интерес к этой проблеме, многие аспекты патогенеза и коррекции дыхательных расстройств при тяжелой пневмонии до конца не изучены в связи с трудоемкостью и методической сложностью проведения подобных исследований.

Особые дискуссии ведутся по поводу взаимосвязи понятий тяжелой пневмонии и острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). Полагают, что пневмония может привести к острому повреждению легких (ОПЛ) и в том

числе к острому респираторному дистресс-синдрому, также как и ОПЛ может быть независимым фактором, обуславливающим развитие пневмонии.

В большинстве исследований, посвященных изучению различных аспектов ОРДС, тяжелая дыхательная недостаточность (индекс оксигенации меньше 200) вследствие пневмонии рассматривается как прямой ОРДС. Хотя гистологически ОРДС и тяжелая пневмония имеют четкие различия, на основании существующих клинических критериев ОРДС дифференцировать эти две причины развития тяжелой дыхательной недостаточности практически невозможно. В то же время отдельные литературные данные свидетельствуют, что прямой (легочный) и непрямой (внелегочный) механизмы развития ОРДС характеризуются разными патофизиологическими, биохимическими, радиологическими и механическими проявлениями. Оценка специфики проявлений ОРДС при пневмонии различного генеза чрезвычайно важна не только с теоретических, но и практических позиций [4, с.34]. Выявление ее может заложить основы для дальнейшего совершенствования стратегии и тактики респираторной поддержки у больных с тяжелой дыхательной недостаточностью.

Соответственно, многие тактические приемы, применяемые при респираторной поддержке таких пациентов (ПДКВ, маневр рекрутирования легких, кинетическая терапия и пр.) в различных ситуациях могут оказывать неодинаковое терапевтическое воздействие. Кроме того, не исключено наличие различий в механизмах повреждения легких непосредственно в рамках легочного ОРДС. На это указывают неоднозначные результаты лечения больных вирусными пневмониями, зафиксированные при вспышке так называемого «свиного» гриппа.

Следует констатировать, что и сама тактика респираторной поддержки при тяжелой дыхательной недостаточности до конца также не отработана и является предметом дискуссий. Например, преимущества «безопасной» (основанной на применении малых дыхательных объемов) ИВЛ, широко применяемой у больных с ОРДС во всем мире, подтверждает только одно

исследование, причем его результаты рядом экспертов подвергаются определенному сомнению. Не решены многие вопросы и в отношении подбора оптимального уровня ПДКВ, а также эффективности маневра «открытия» альвеол.

Кроме того, продолжается дискуссия в отношении целесообразности использования принудительной вентиляции с управлением по давлению и инвертированным отношением вдоха к выдоху при ОРДС открытым остается и вопрос в отношении места неинвазивной вентиляции легких в лечении таких больных. Существующие противоречия в отношении эффективности тех или иных методов респираторной поддержки при остром повреждении легких различной этиологии также делают актуальным изучение особенностей проявления дыхательной недостаточности у больных с тяжелой пневмонией.

Цель дипломной работы: определение и выявление проблем пациентов с госпитальной пневмонией.

Объект исследования: пациент с заболеванием госпитальной пневмонии, находящийся на лечении в ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ».

Предмет исследования: особенности сестринского ухода при госпитальной пневмонии.

Задачи:

- 1) Познакомиться с понятием о госпитальной пневмонии.
- 2) Рассмотреть основные варианты пневмонии.
- 3) Изучить проблемы пациентов и возможности их решения.
- 4) Рассмотреть методы диагностики пневмонии.
- 5) Проанализировать клинические варианты течения пневмонии.
- 6) Изучить методы диагностики, лечения и профилактики пневмонии.
- 7) Разработать концепцию исследования по данной проблеме на базе ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ».

Методы исследования:

- источники литературы по данной теме;
- проведение анкетирования пациентов;

- составление статистических диаграмм;

База исследования: ОГБУЗ «ЯКОВЛЕВСКАЯ ЦРБ»

Время исследования: 2018-2019 год.

Объём и структура выпускной квалификационной работы. Состав дипломной работы определяется объектом, предметом, целью и задачами исследования. Работа включает в себя: введение, две главы, заключение, список использованных материалов и источников литературы, приложение.

Введение объясняет актуальность данной проблемы, определяет уровень научной разработки темы, объект, предмет, цель, задачи и способы изучения выпускной квалификационной работы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ.

1.1 Понятие и эпидемиология пневмонии. Классификация пневмоний.

Пневмония - острое инфекционно-воспалительное заболевание лёгочной паренхимы с вовлечением в процесс всех структурных элементов, преимущественно респираторных отделов легких. В понятие «пневмония» не входят поражения легких, вызванные физическими и химическими факторами, заболевания, обусловленные сосудистым и аллергическими изменениями, бронхиты, бронхиолиты и диффузные фиброзы лёгких. В структуре лёгочной патологии острые пневмонии составляют около 80%. До настоящего времени пневмонией в разных регионах составляет в среднем от 4 до 17 случаев на 1000 населения [2, с.234]. Заболеваемость пневмонией у социально благополучных лиц в возрасте до 50 лет составляет 10-13 человек на 1000 населения (из них в стационар попадает не более 2 человек).

С возрастом заболеваемость пневмонией увеличивается, у пожилых и старых людей она достигает более 17 человек на 1000 населения. В общетерапевтических отделениях число больных пневмонией составляет 10-15%. В период эпидемий гриппа пневмонию переносит 10-60% лиц, заболевших гриппом. В США ежегодно амбулаторная пневмония поражает 3,3 млн человек, причем половина из них госпитализируется. Летальность при неосложненной пневмонии составляет 2-5%, а при осложненной повышается до 10%. В США смертность от пневмонии занимает 4-е место, причем у пожилых больных она в 10 раз выше. Минимальная летальность отмечена при пневмококковой пневмонии, а максимальная при грамотрицательных и

анаэробных возбудителях. Из внутрибольничных инфекций пневмония является наиболее опасной в плане смертности.

Основными причинами летальности при пневмонии являются острая дыхательная недостаточность, инфекционно-токсический (септический) шок, отек легких («шоковое» легкое), вторичный гнойный менингит, острая сердечная недостаточность. шок, отек легких («шоковое» легкое), вторичный гнойный менингит, острая сердечная недостаточность.

Эпидемиология.

Заболеваемость пневмоний зависит от многих факторов: уровня жизни, социального и семейного положения, условий труда, контакта с животными, путешествий, наличия вредных привычек, контакта с больными людьми, индивидуальных особенностей человека, географической распространенности того или иного возбудителя.

Пневмония остается одной из самых частых причин смерти детей и пожилых людей в наше время, особенно в социальных заведениях (дома престарелых, интернатах). Резко увеличивается частота пневмоний у пожилых больных в то время, когда они лечатся в госпитальных учреждениях по поводу другого заболевания.

Классификация пневмоний.

По этиологии пневмонии бывают: бактериальные, вирусные, микоплазменные, хламидийные, грибковые, риккетсиозные, неустановленной этиологии.

Основана на тяжести и длительности заболевания, а также рентгеноморфологических признаках различных его форм. В классификации учитывают этиологию пневмонии, условия инфицирования, а также его преморбидный фон (иммунодефицитное состояние, ИВЛ и др.)

По локализации пневмония может быть:

Очаговой- занимает небольшой очаг легкого,;

Течение очаговой пневмонии характеризуется лихорадкой и ознобами, кашлем сухим или со скудной мокротой, болью в грудной клетке, общей

слабостью. Диагностика очаговой пневмонии основана на физикальных, рентгенологических данных, результатах лабораторных исследований (мокроты, периферической крови). Принципы лечения очаговой пневмонии заключаются в назначении антибиотикотерапии, бронхолитических и муколитических средств, лекарственных ингаляций, физиотерапевтических процедур (УВЧ, электрофореза), ЛФК, массажа.

Сегментарной - распространяться на один или несколько сегментов легкого. Заболевание чаще возникает у детей. Сегментарная пневмония характеризуется острым началом, высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией, отрывистым кашлем, болью в грудной клетке или животе. Может принимать затяжное течение, приводить к формированию пневмосклероза и бронхоэктазов. Сегментарная пневмония диагностируется по клиническим, физикальным, рентгенологическим и лабораторным данным. Лечение сегментарной пневмонии складывается из антибиотикотерапии, дезинтоксикации, оксигенотерапии, устранения бронхообструкции и сердечно-сосудистых нарушений.

Долевой – захватывает долю легкого, классическим примером долевой пневмонии является крупозная пневмония. Долевая пневмония проявляется ознобом, лихорадкой, головной и плевральной болью, общей слабостью, потливостью, одышкой, влажным кашлем. Диагноз долевой пневмонии ставят, исходя из анамнеза, аускультации, данных рентгенографии легких, клинического анализа крови. При долевой пневмонии важно раннее назначение антибиотиков, лечение ОДН, проведение симптоматической и дезинтоксикационной терапии, физиолечения.

Тотальной – распространение пневмонии на все легкие.

Кроме того, пневмония может быть односторонней, если поражено только одно легкое, и двусторонней, если оба легких.

Так же пневмония может быть первичной, если она выступает, как самостоятельное заболевание, и вторичное, если она развилась на фоне другой болезни, например, а вторичная пневмония – на фоне хронического бронхита.

По тяжести клинических проявлений различают лёгкие, среднетяжёлые (не осложнённые) и тяжёлые (осложнённые) формы пневмонии.

Лёгкие формы пневмонии характеризуются умеренной фебрильной лихорадкой (температура тела до 39 °С), незначительным нарушением самочувствия. Непостоянный периоральный цианоз, тахипноэ возникают только при физической нагрузке.

При среднетяжёлой форме заболевания появляются симптомы интоксикации (ухудшения самочувствия, беспокойство или вялость, снижение аппетита, нередко тошнота, рвота) [9, с.165]. Характерна фебрильная лихорадка (температура тела 39 °С и выше), периоральный цианоз, усиливающийся при крике, тахикардия, одышка с участием вспомогательной мускулатуры и втяжением межрёберных промежутков. В крови выявляют компенсированный дыхательный ацидоз, нередко со снижением содержания кислорода до 80% при физической нагрузке.

Для тяжёлой (осложнённой) формы пневмонии характерны выраженные дыхательная и сердечн о- сосудистая недостаточности, токсический синдром и признаки нарушения кислотно-щелочного состояния. Нередко развивается инфекционно-токсический шок. Общее состояние тяжёлое, иногда угрожающее.

Характерны гиперемия (температура тела до 40 °С и выше), цианоз и мраморность кожных покровов, акроцианоз, интенсивная одышка смешанного характера, возбуждение, возможны судороги. Серьёзное осложнение тяжёлой пневмонии – деструкция лёгочной ткани в области воспалительного инфильтрата.

1.2. Патогенез и этиология. Причины пневмоний. Лечение.

Основной путь проникновения инфекции в лёгкие – аэрогенный. Возбудители, попадая в дыхательные пути, распространяются по ним в респираторные отделы лёгких, чему способствует предшествующая ОРВИ. Вирусы, поражающие слизистую оболочку дыхательных путей, нарушают защитную барьерную функцию эпителия и мукоцилиарный клиренс. Избыточная продукция слизи в верхних дыхательных путях защищает микроорганизмы от бактерицидного действия бронхиального секрета, способствуя их проникновению в терминальные респираторные бронхиолы. Здесь микроорганизмы интенсивно размножаются и вызывают воспаление с вовлечением прилегающих участков паренхимы лёгкого. Формированию воспалительного очага в лёгких способствуют также нарушения проходимости бронхов, расстройства микроциркуляции, воспалительная инфильтрация, интерстициальный отёк и снижение воздушности лёгочной паренхимы приводят к нарушению диффузии газов и гипоксемии. Последняя сопровождается респираторным ацидозом, гиперкапнией, компенсаторной одышкой и появлением клинических признаков дыхательной недостаточности и гипоксии тканей. Пневмония нередко сопровождается не только дыхательной, но и сердечно-сосудистой недостаточностью, возникающей в результате циркуляторных нарушений, перегрузки малого круга кровообращения, обменно – дистрофических изменений миокарда.

Пневмония вызывается различными возбудителями: пневмококк, стафилококк, стрептококк, гемофильная палочка, микопlasма, хламидия, грибы, пневмоцисты, риккетсия, синегнойная палочка, вирусы.

Факторы, предрасполагающие к развитию пневмонии: переохлаждение; курение; хронические болезни носоглотки и лёгких; эндокринные заболевания; сердечная недостаточность; иммунодефицитные состояния; хирургические операции грудной клетки и брюшной полости; алкоголизм; наркомания.

Причины заболевания:

К возникновению острых, особенно очаговых, пневмоний предрасполагают различные хронические заболевания лёгких (хронический

бронхит, пневмокониозы, бронхиальная астма, муковисцидоз, неспецифические лёгочные синдромы при системных заболеваниях) и врождённые дефекты бронхов и лёгких. При всех этих заболеваниях снижена устойчивость органов дыхания по отношению к различным инфекционным агентам. Курение также может предрасполагать к возникновению острой пневмонии, особенно у курильщиков, больных хронический бронхитом.

Аспирация инородного тела, с последующим развитием ателектаза, с нарушением дренажной и вентиляционной функции поражённого участка лёгкого, создаёт условия, способствующие возникновению пневмонии в зоне ателектаза. Рак бронха нередко осложняется пневмонией в зоне поражения.

Нарушение функции внешнего дыхания в послеоперационном периоде, особенно после абдоминальных операций, связанное с угнетающим действием анестетиков, нарушением подвижности диафрагмы, гиподинамией, явлениями застоя в лёгких, создаёт благоприятные условия для развития послеоперационных пневмоний. Опыт Великой Отечественной войны показал значительную роль травмы в возникновении пневмоний. Отмечалось увеличение частоты пневмоний при ранениях груди (18%), живота (35,8%), черепа (17,5%). После черепно-мозговой травмы пневмония развивались в первые сутки на противоположной ранению стороне, что Н. С. Молчанов и В. В. Ставская (1971) объясняют нейрогуморальными механизмами их возникновения.

Возникновению острых пневмоний способствуют воспалительные заболевания придаточных (околоносовых, частей) пазух носа, при этом нарушается носовое дыхание, что способствует скоплению инфицированного секрета в бронхах. Патологические изменения в придаточных пазухах носа у больных с острыми пневмониями встречаются в 2,5 раза чаще, чем у здоровых, в том числе синуситы в 3,6 раза, двусторонние гаймориты составляют 1/3 всех поражений гайморовых пазух.

К развитию пневмоний предрасполагает нарушение функции надгортанника, нередко возникающее при эпилептических припадках и других

болезнях нервной системы. Расстройство регуляции бронхов и сосудов лёгких, нарушение функционального состояния дыхательного и кашлевого центров у больных с неврологическими заболеваниями способствуют проникновению инфекции и развитию воспалительного процесса в лёгких.

При недостаточности кровообращения, длительном постельном режиме и вынужденном положении (на боку или спине при инфарктах миокарда, переломах и тому подобное) у ослабленных больных нередко возникает застой в лёгких, гиповентиляция, нарушается дренажная функция бронхов, что способствует возникновению острой пневмонии. Врождённые и приобретённые иммунодефицитные состояния, миеломная болезнь также предрасполагают к повторным пневмониям. У пожилых и ослабленных людей с нарушенным выделением бронхиального секрета и его задержкой в базальных сегментах, с гиповентиляцией лёгких может развиваться очаговая пневмония, преимущественно в базальных сегментах лёгких. К возникновению пневмонии предрасполагает хронический алкоголизм: крупозная пневмония у страдающих хроническим алкоголизмом наблюдается вдвое чаще, чем у лиц, не употребляющих алкоголь, и протекает значительно тяжелее. Лечение иммунодепрессивными и цитостатическими средствами, снижая иммунологические защитные механизмы, способствует возникновению заболевания.

Заболеваемость острыми пневмониями зависит от времени года. Наибольшее число больных крупозной пневмонией приходится на осень, зиму и весну. Связь возникновения острой пневмонии с переохлаждением была отмечена Н. С. Молчановым и В. В. Ставской (1971). Отрицательное влияние переохлаждения на органы дыхания связано не только со снижением общей сопротивляемости организма инфекции, но и с местными изменениями -- нарушением дренажной функции дыхательных путей вследствие изменений в слизистой оболочке трахеи и бронхов.

Лечение госпитальной пневмонии вызывает серьезные сложности. Они связаны не только с патогенностью микроорганизмов, но и их нечувствительностью к лекарственным препаратам.

Этапное лечение госпитального воспаления легких:

Антибиотик первого ряда обязательно должен воздействовать на грамотрицательные бактерии (цефалоспорины 3 поколения – цефпиром, цефтриаксон). Такая терапия проводится в первые 1-2 дня после выявления болезни;

Антибактериальный препарат второго этапа – назначается с 3-4 дня после получения результатов анализов о типе возбудителя. К таким средствам относятся: клиндамицин, амоксиклав и фторхинолон;

На третьем этапе (с 7 дня) после нормализации состояния пациента врачи назначают не парентеральные, а пероральные препараты. Лечение проводится цефалоспоридами 3 поколения, аминогликозидами, фторхинолонами (в зависимости от спектра бактерий).

В случае, когда микробиологическая диагностика не выявила возбудителя, а анализ трахеальной жидкости не принес положительных результатов, применяются сильные антибактериальные средства широкого спектра действия:

- Цефалоспорины 3 поколения – цефтазидим, цефотаксим;
- Фторхинолоны в комбинации с цефалоспоридами;
- Сочетание аминогликозидов и цефалоспоринов;
- Бета-лактамы антибиотики.

Эмпирическое лечение проводится, когда симптомы болезни не выражены, но в результатах анализов наблюдаются нейтропения (сниженное количество нейтрофилов). Обычно такое состояние наблюдается у людей со сниженной функцией иммунной системы, пациентов со злокачественными опухолями, на фоне лечения кортикостероидами (гормонами коры надпочечников).

При наличии нейтропении на фоне больничной пневмонии назначаются следующие антибиотики:

- Эритромицин.
- Карбапенемы.
- Цефалоспорины 3-4 поколений.
- Фторхинолоны.
- Аминогликозиды.

1.3. Сестринский процесс при госпитальной пневмонии у пациентов.

1 этап. Сбор информации.

Субъективные методы обследования:

Характерные жалобы: гипертермия с ознобом при крупозной пневмонии; снижение мокроты при крупозной пневмонии: боль в грудной клетке, одышка. История заболевания: начало острая с повышением температуры тела.

Объективные методы обследования.

Осмотр: самочувствие пациента нарушено, вялый, лихорадка; кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника; дыхание: стонущие, одышка, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры втяжением межреберных промежутков, тахикардия. При перкуссии и- укорочение легочного звука; при аускультации-ослабленное дыхание, наличие влажных хрипов. Результаты методов диагностики (из амбулаторной карты или истории болезни): общий анализ крови : нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ; рентгенография легки х- наличие инфильтрации очаговой, сегментарной, поли сегментарной или занимающей часть или всю долю.

2 этап. Выявление проблем больного.

У пациентов с пневмонией нарушаются потребности: поддерживать температуру тела, поддерживать общее состояние, дышать, есть, спать, отдыхать, общаться.

Существующие проблемы, обусловленные интоксикацией: повышение температуры тела, недомогание , Слабость, головная боль, снижение аппетита, одышка, тахикардия.

Потенциальные проблемы: острая дыхательная недостаточность; острая сердечно – сосудистой недостаточностью: затяжное и хроническое течение.

3-4 этап. Планирование реализация ухода за пациентом.

Цель ухода: способствовать выздоровлению, не допустить развитие осложнения. План сестринского ухода за пациентом в условиях лечения «стационар на дому». Медицинская сестра обеспечивает организацию постельного режима на весь период лихорадка, до улучшения самочувствия и общего состояния. Организацию питания; молочно – растительную диету. При отсутствии аппетита-суточный объем пищи уменьшить на $\frac{1}{2}$ или $\frac{1}{3}$ восполняя обильным питьем жидкости. В соответствии с назначениями врача: антибактериальную терапию , прием отхаркивающих и мокроторазжижающих средств, симптоматическую терапию, домашнюю физиотерапию.

Независимые вмешательства:

Активное посещение больного до полного выздоровления;

Наблюдение за реакцией пациента на лечение;

Динамическое наблюдение и оценка общего состояния больного.

Обучение пациента «технике кашля» , вибрационного массажа для эвакуации мокроты, созданию дренажного положения , проведение домашней физиотерапии (горчичники, ингаляция);

Консультирование родственников относительно его здоровья;

Проведение санитарно – просветительных бесед о заболеваемости , профилактике осложнений.

Сестринский процесс при пневмонии:

План ухода:

Обеспечить организацию и контроль над соблюдением лечебно-охранительного режима.

Обеспечить организацию и контроль над питанием.

Организация ухода.

Создание комфортных условий в палате.

Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий и приеме пищи.

Выполнять назначение врача.

Обеспечить динамическое наблюдение за реакцией пациентов на лечение.

5 этап. Оценка эффективности ухода.

При правильной организации сестринского ухода наступает выздоровление пациента, пациент выписывается под наблюдением участкового терапевта. Пациент и его родственники должны знать об особенностях режима, питания, физической нагрузки, которые должен соблюдать пациент после заболевания, о необходимости диспансерного наблюдения и строгом соблюдении всех рекомендаций

Проблемы пациентов при пневмониях.

- 1) Дефицит информированности о заболевании;
- 2) Боли в груди при дыхании;
- 3) Лихорадка, озноб;
- 4) Непродуктивный (позже влажный) кашель;
- 5) Отсутствие аппетита, запор;
- 6) Боли в сердце (при крупозной пневмонии);
- 7) Нарушение сна;
- 8) Беспокойство из-за невозможности работать.

При планировании ухода используются модели В. Хендерсон (выполнение назначений врача) и Д. Орэм (пробуждение пациента к самоуходу).

1.4. Профилактика госпитальной пневмонии.

Основу профилактики возникновения госпитальной пневмонии составляет соблюдение рекомендаций санитарно-эпидемиологических норм и схем ведения тяжелых больных.

Влажные уборки в стационаре проводят согласно техническому предписанию с применением дезинфицирующих растворов нужной концентрации. Использование аппарата ИВЛ и проведение эндоскопических методов обследования проводится только в случае необходимости.

Для предупреждения застойных явлений рекомендовано ограничить срок пребывания пациентов на строгом постельном режиме, а для лежачих больных проводить регулярные физические упражнения пассивного типа. Инструменты и материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями человека и полостью рта, обрабатывают согласно имеющемуся протоколу. Средства дезинфекции подлежат плановой замене для исключения развития устойчивости патогенов.

Разумный подход к профилактике и своевременное начатое лечение госпитальной пневмонии позволяют сохранить здоровье пациентов стационара.

Госпитальная пневмония вызывает огромный процент смертности (до 80%), даже несмотря на наличие новейших антибиотиков. В замкнутых условиях штаммы бактерий приспосабливаются к новым лекарственным препаратам с невероятной скоростью, поэтому если одному пациенту определенная антибактериальная терапия подошла, то следующему, заразившемуся от него человеку, она уже едва ли поможет.

Легкие, однажды подвергшиеся подобному заражению, будут впредь в большей опасности, чем легкие человека, никогда не болевшего пневмонией. Однако в настоящий момент нет средства, которое бы уничтожило штаммы микроорганизмов, вызывающих пневмонию, на 100%, поэтому даже полное соблюдение санитарных норм и правил, регулярное кварцевание палат и кабинетов не способно полностью оградить пациентов больниц и клиник от возможности заболевания легочной инфекцией.

Режим и диета.

Для успешного лечения пневмонии необходим охранительный режим: все манипуляции и исследования должны быть максимально щадящими, необходим индивидуальный уход за пациентом, лучше всего родственниками. Больному назначают постельный режим, при этом ему необходимо часто менять положение. Следует ограничить физическую активность пациента на время острого периода заболевания с постепенным увеличением нагрузки после улучшения состояния. Физические нагрузки после тяжелой пневмонии противопоказаны еще в течении и 6-12 недель.

Питание пациента должно соответствовать возрастным потребностям в энергии, белка, жирах и углеводах. Однако, учитывая снижение аппетита в острый период заболевания, больного следует кормить часто, малыми порциями, предлагать ему любимые блюда. После улучшения самочувствия, нормализации температуры тела аппетит быстро восстанавливается. Следует ограничить количество углеводов, так как они усиливают бродильный процесс в кишечнике, а метеоризм, высокое стояние диафрагмы затрудняют дыхательные движения, усиливают одышку. Очень важен рациональный питьевой режим с учетом физиологической суточной потребности в жидкости. Объем получаемой жидкости следует корректировать соответственно дополнительным неощутимым потерям (повышенная температура тела и одышка).

На завтрак при воспалении легких можно подать кашу, творожную запеканку, компот. Следующий прием пищи — через 2-3 часа. Первым полдником при пневмонии могут стать кисель, свежее яблоко. Обед при пневмонии состоит из овощного супа, картофельного пюре, отварной рыбы, котлет, приготовленных на пару.

Перечисленные блюда можно дополнить чаем, целебными настоями из сушеных ягод малины. На второй полдник дают фрукты, морс, свежавыжатые соки. Ужин: молоко, минеральная вода без газа, творожная смесь или овсяное

печенье. Суточный рацион при пневмонии составляют, учитывая вкусовые пристрастия пациента.

Диета после пневмонии

Рацион, подобранный после пневмонии, ускоряет процесс восстановления функциональной ткани. Дополнительным бонусом становится активизация метаболизма. В результате устраняется энергетический дисбаланс, улучшается газообмен. В перечне полезных блюд:

яйца всмятку;

теплое молоко с несладкой булочкой;

овощные салаты и супы;

суфле из рыбы;

запеканка;

голубцы.

Среди напитков выделяют клюквенный сок с сахаром, яблочный компот, чай с лимоном.

Правила составления в зависимости от вида заболевания:

Подбор диеты при пневмонии осуществляют, ориентируясь на общее состояние пациента, разновидность недуга и интенсивность клинических проявлений. Питаться нужно дробно: количество приемов пищи увеличивают до 5-6 раз в сутки, разовую порцию уменьшают в несколько раз. Минимальный объем жидкости равен 2 л. Пациента нельзя заставлять кушать. Это может спровоцировать ухудшение общего самочувствия. Питаться следует блюдами, приготовленными посредством запекания и варки.

При острой пневмонии

Во время рецидива пневмонии применяют продукты, не нагружающие желудок. Многие из них являются источниками жизненно важных элементов. Каротин (витамин А) есть в сливках, ягодах облепихи, яичных желтках, салатах, сладком перце, абрикосах и петрушке. Белок при пневмонии может быть получен при употреблении нежирного мяса индейки и курицы, свежие фрукты и овощи содержат большое количество углеводов.

Мед и другие продукты пчеловодства не используют, если пациент страдает от гиперчувствительности к ним. В списке разрешенных продуктов присутствуют варенье из ягод, соки с кислым привкусом. Последние готовят из граната, яблок, цитрусов и айвы. Мясные или куриные бульоны должны быть некрепкими.

При крупозной пневмонии

Крупозное воспаление легких представляет собой острый недуг, поражающий оба органа дыхательной системы. В клинической картине пневмонии присутствуют признаки аллергической реакции и проявления фиброза. Пневмония этого типа передается лимфогенным и гематогенным путями.

К факторам, усугубляющим общее состояние больного при пневмонии, причисляют алкогольную интоксикацию, физическое или эмоциональное перенапряжение, застой мокроты в легких. Режим питания при крупозном воспалении не отличается от диеты, назначаемой при других разновидностях пневмонии.

Примеры меню при пневмонии

На завтрак при воспалении легких можно подать кашу, творожную запеканку, компот. Следующий прием пищи — через 2-3 часа. Первым полдником при пневмонии могут стать кисель, свежее яблоко. Обед при пневмонии состоит из овощного супа, картофельного пюре, отварной рыбы, котлет, приготовленных на пару. Перечисленные блюда можно дополнить чаем, целебными настоями из сушеных ягод малины. На второй полдник дают фрукты, морс, свежевыжатые соки. Ужин: молоко, минеральная вода без газа, творожная смесь или овсяное печенье. Суточный рацион при пневмонии составляют, учитывая вкусовые пристрастия пациента.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ.

2.1. Исследование организации сестринского ухода на примере Яковлевской центральной районной больницы

Развитие здравоохранения в Яковлевском районе имеет почти полувековую историю.

В 1959 году в п.Строитель был открыт здравпункт в приспособленном помещении по улице Промышленной, где работали заведующий здравпунктом Полетов Павел Семенович, акушерка Горлова Татьяна Гавриловна, медицинские сестры Каменская Полина Петровна, Курганская Мария Трифоновна, Варвашенко Тамара Григорьевна.

В августе 1960 года в п. Строитель была открыта участковая больница на 50 коек и поликлиника. Она занимала два восьмиквартирных двухэтажных дома, здесь же была и аптека. В больнице работали тогда родильные, хирургические, гинекологические, терапевтические, детские и неврологические койки. Была своя прачечная, продуктовый склад и овощехранилище.

Первыми сотрудниками, которые работали в больнице с августа 1960 года по январь 1965 года были: главный врач Корниенко Василий Иванович, хирург Горбатовский Илья Иванович, терапевт Никулина Александра Федоровна, старшая медсестра больницы Лихачева Надежда Степановна, операционная медсестра Протопопова Раиса Алексеевна, операционная санитарка Лошакова Нина Васильевна.

В больнице проводилось рентгенологическое и лабораторное обследование, функционировал физиотерапевтический кабинет, где работала медсестра Корниенко Татьяна Александровна.

В начале 60-х годов был организован фельдшерский здравпункт на комбинате ЖБИ - 3, заведующим которым стал Никифоров Петр Егорович.

В с. Гостищево до 1958 года существовала амбулатория, в которой работали врач Масленникова Вера Степановна (заведующая), акушерка Беседина Татьяна Ильинична, санитарка Маракина Клавдия Савельевна.

В 1958 году была открыта Гостищевская больница на 100 коек во вновь выстроенном здании, она являлась центральной районной больницей, там же был оргметодкабинет, куда сдавались все годовые отчеты. Главным врачом был

Елизаров Василий Егорович. В то время и до 1965 года в больнице работали 17 врачей и 70 средних медработников.

12 января 1965 года был образован Яковлевский район. С июля 1967 года центром Яковлевского здравоохранения стал п. Строитель. Главным врачом Яковлевского района был назначен Горбатовский Илья Иванович, который работал в этой должности до 1984 года. В 1972 году больница п. Строитель переводится в 3 приспособленные здания общежитий по улице Промышленной. Коечный фонд больницы расширен до 225 коек с акушерско-гинекологическим, педиатрическим, терапевтическим и неврологическим отделениями.

В п.Яковлево в апреле 1958 года была открыта участковая больница на 25 коек. Главный врач - Мельникова Надежда Петровна, старшая медсестра Локтионова Александра Николаевна. В 60-х годах коечный фонд расширен до 50 коек. Главным врачом был назначен Черкасов Петр Иванович, затем Матрешин Александр Васильевич, а с 1967 года Архипкин Владимир Васильевич.

В 1972 году Яковлевская участковая больница была объединена с центральной районной больницей п. Строитель и стала ее филиалом, где было развернуто терапевтическое и инфекционное отделения.

В настоящее время на базе бывшей Яковлевской больницы открыт центр врача общей практики.

В мае 1992 года вступил в строй новый корпус центральной районной больницы в п. Строитель со всеми удобствами.

В настоящее время центральная районная больница оснащена современным медицинским оборудованием.

В состав ЛПУ Яковлевского района входит также Томаровская районная больница, которая была организована как врачебный участок с амбулаторией и стационаром на 10 коек в конце XIX столетия (ориентировочно - 21 октября 1885 года) Курским губернским земством для обслуживания населения отдаленных сел Белгородского, Грайворонского и Обоянского уездов. В ее

штате был 1 врач, 2 акушерки, 2 фельдшера (взято из книги «Здравоохранение Курской губернии»).

В 1915 году построено кирпичное одноэтажное здание стационара на 25 коек, в 1936 году построено второе кирпичное здание и стационар расширен до 55 коек. С 1953 года был открыт фтизиатрический кабинет. Первым фтизиатром больницы была Кузубова Мария Григорьевна. С 1998 года больница стала называться объединенной районной больницей, был внедрен участковый принцип работы.

В 1959 году на средства колхозов было построено здание межколхозного родильного дома на 20 коек.

В 1960 году было построено еще одно одноэтажное здание для размещения санэпидстанции. С 1962 года по 1993 год главным врачом был Сальтевский Иван Сергеевич, заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения, Почетный гражданин Яковлевского района.

В 1964 году было реконструировано здание хирургического корпуса, в результате чего число коек увеличилось до 160.

В 1984 году построена поликлиника на 300 посещений в смену.

В 1989 году больница получила устойчивое электрическое снабжение. Организована лаборатория, работает кабинет функциональной диагностики, фиброгастроскопии, ультразвуковой диагностики, физиотерапия с применением лазерной и КВЧ - терапии и т.д. Работают 7 участковых врачей терапевтов, 4 участковых педиатра, 2 участковых акушера-гинеколога и другие специалисты.

С 31.01.1997 года по настоящее время возглавляет Томаровскую районную больницу Говорун Евгений Александрович.

Званием "Заслуженный врач РФ" отмечены: Шипилов Виталий Алексеевич - главный врач ЦРБ, Архипкин Владимир Васильевич - заведующий хирургическим отделением ЦРБ, Суджанская Раиса Ильинична - заведующая гинекологическим отделением Томаровской районной больницы,

Кулиев Тельман Гилалович - заведующий терапевтическим отделением Томаровской районной больницы.

Работа лечебно-профилактических учреждений района осуществляется в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям района на основе утвержденных муниципальных заказов и с соответствующим финансовым обеспечением. Охрана здоровья населения является одним из приоритетных направлений социальной политики администрации района.

Решая стратегическую задачу – организацию доступной и качественной медицинской помощи, мы ежегодно расширяем сеть офисов врачей общей практики. Они работают в сёлах Бутово, Алексеевка, Терновка, Кустовое, посёлке Яковлево, при поликлиниках в райцентре и посёлке Томаровка, а в Гостищево действует отделение общей врачебной практики. В 2009 году открыт ещё один такой центр – в селе Кривцово с кабинетом врача, стоматологическим, процедурным, физиотерапевтическим кабинетами, залом ЛФК, кабинетами приёма гинеколога и педиатра, дневным стационаром. Его капитальный ремонт и оснащение проведены полностью за счёт средств районного бюджета.

С целью ранней диагностики заболеваний, выявления их факторов риска на базе поликлиники ЦРБ организован Центр здоровья, приобретён передвижной флюорограф. В минувшем году продолжала свою работу выездная поликлиника, которая оказывала специализированную медицинскую помощь жителям района по месту жительства.

В ходе исследования были проанализированы статистические данные по заболеваемости за 2018 – 2019 год. Из этого было выявлено, что в пульмонологическое отделение поступило 995 человек, экстренно 705 человек, из них 315 человек с диагнозом пневмония. Пациента возрастом до 40 лет – 5 человек, от 40-60 лет – 217 человек, а пациенты старше 50 лет – 94 человека. Эти данные отображены на диаграмме. Таким образом, среди больных

преобладают пациенты возраста от 40 до 60 лет. Подавляющее число пациентов доставлено экстренно (Рис. 1).

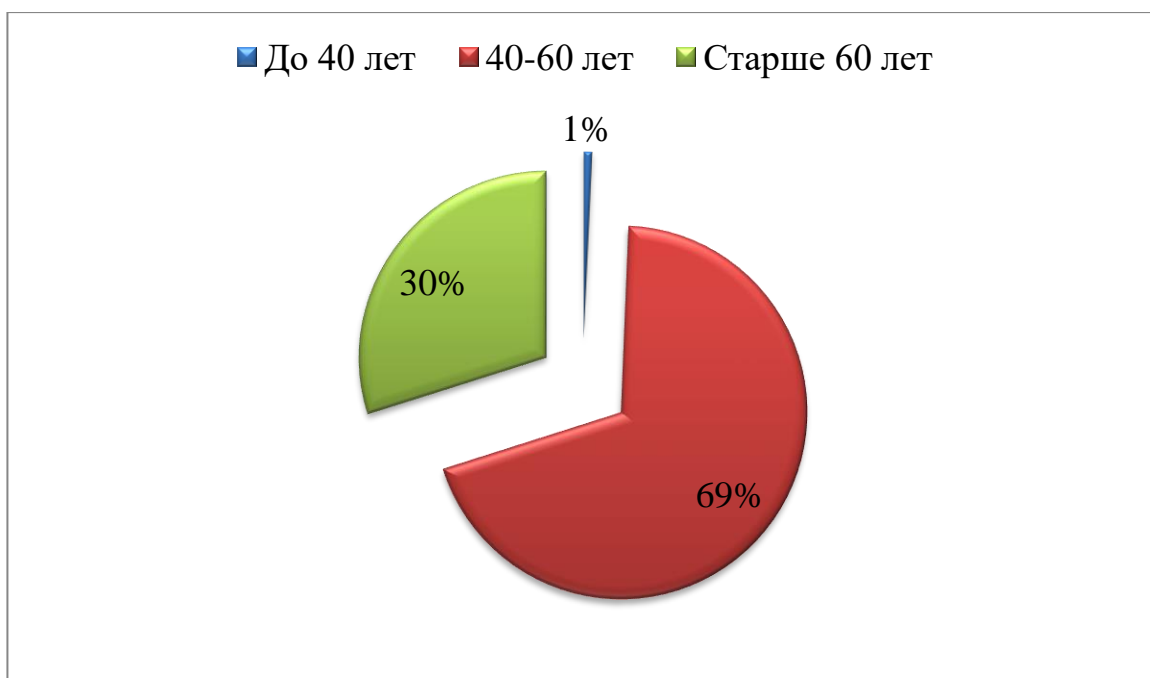


Рис. 1. Распространенность госпитальной пневмонии среди больных по возрасту.

Из 873 пожилых пациентов, поступивших в отделение: 54 человека с ОРВИ; 311 человек с госпитальной пневмонией; 65 человек с хроническим бронхитом; 175 человек с хронической обструктивной болезнью лёгких, с бронхиальной астмой 76 случаев, и других заболеваний – 192. Данные отображены на диаграмме (Рис. 2).

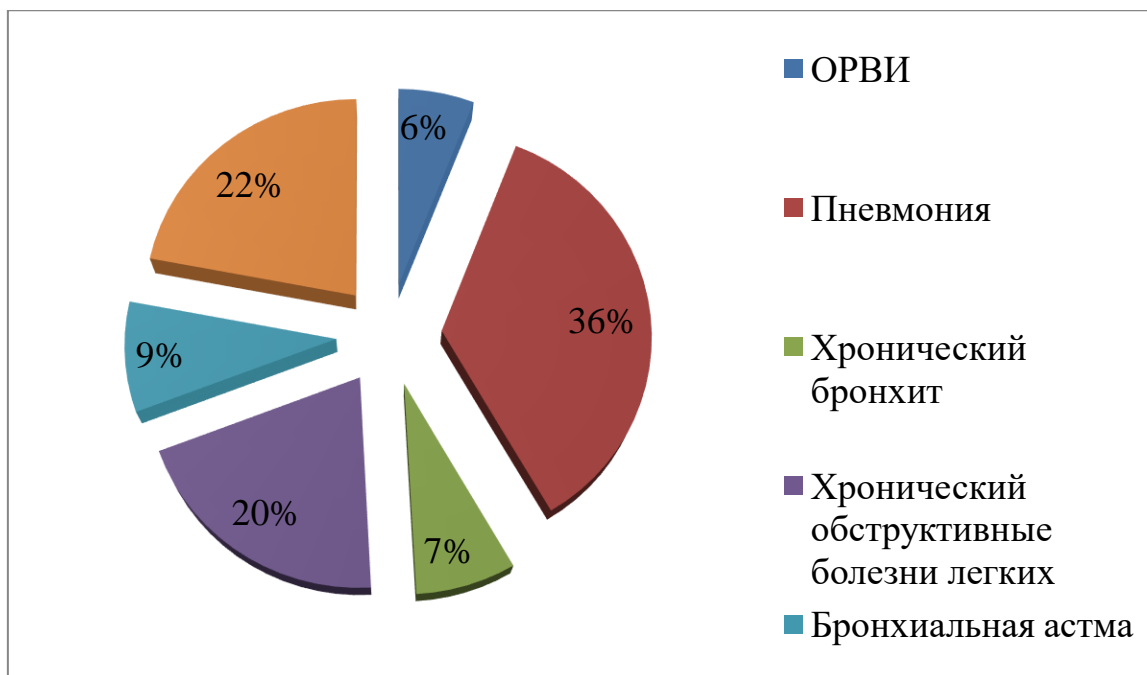


Рис. 2. Структура заболеваемости пациентов.

Таким образом, среди всех заболеваний отделения пневмония является самым распространенным заболеванием среди перечисленных.

В ходе исследования было проведено анкетирование 26 пациентов с диагнозом госпитальной пневмонии.

В результате анкетирования было выявлено, что у первой группы 10 пациентов выявлены следующие проблемы: недостаточное внимание к вопросам своего здоровья, боли в грудной клетке, плохой сон, частые стрессовые ситуации, неправильное питание, отсутствие аппетита, и не соблюдение здорового образа жизни.

У пациентов второй группы 16 человек меньше количество проблем, так как они смотрят на жизнь другими глазами, ведут здоровый образ жизни, умеют контролировать свои эмоции, чувствуют поддержку от окружающих людей, от близких и родных, не имеют вредных привычек, следят за питанием и за своим здоровьем.

В первой группе пациентов наиболее часто имеют место такие состояния, как депрессия, частые подъемы артериального давления, боли в

грудной клетке, отсутствие аппетита, нарушение сна, так как эти пациенты относятся халатно к своей болезни и к своему здоровью, они не соблюдают постельный режим, правил питания и указаниям врача.

Вторая группа пациентов отличалась оптимизмом, артериальная гипертензия была в норме, из-за поддержки близких людей, пациенты стремились к быстрому выздоровлению, они соблюдали все назначения врача,

Интересовались своей болезнью и вели здоровый образ жизни. Эти данные отображены на диаграмме (Рис. 3).

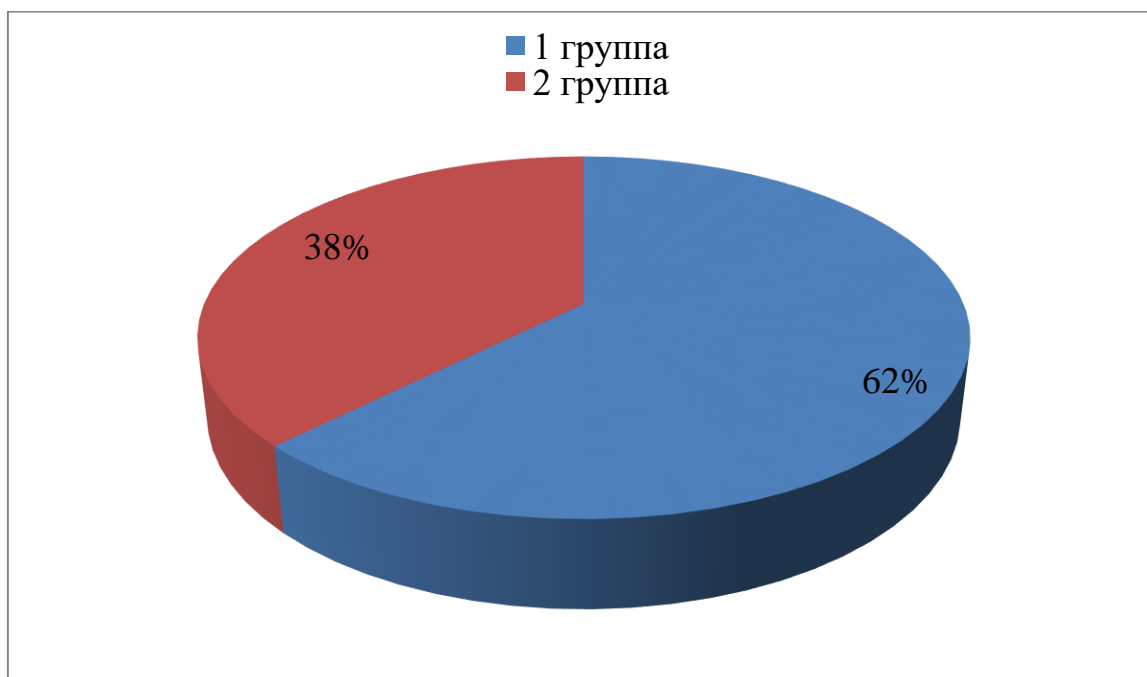


Рис. 3. Данные анкетирования пациентов с диагнозом госпитальной пневмонии.

Среди анкетированных пациентов было выявлено, что у большинства из них имеются вредные привычки. Данные представлены на диаграмме. (Рис. 4).

2.2. Рекомендации пациентам при госпитальной пневмонии

Необходимые рекомендации пациентам учитывают основные проблемы при пневмониях:

- Необходимо тщательно придерживаться требований, касающихся общей и личной гигиены.
- Пищу следует принимать высококалорийную, богатую витаминными. Кроме того, еда должна быть химически и механически безопасной.
- Обязательно обильное питье: теплое молоко с медом или содой, минеральная вода, чай с малиной, клюквенный морс.
- Несмотря на строгий постельный режим, больной пневмонией должен периодически менять положение тела, ненадолго садиться, откашливать мокроту.

Основные рекомендации при госпитальной пневмонии заключаются в применении назначенных врачом препаратов: антибиотиков, средств, разжижающих мокроту, препаратов, стимулирующих общее состояние организма.

Выводы:

1. Среди пациентов преобладают люди в возрасте от 40 до 60 лет.
2. Подавляющее большинство пациентов поступили экстренно, т.е. были госпитализированы скорой медицинской помощью.
3. В структуре заболеваемости пациентов пульмонологического отделения, пневмония наиболее часто встречающаяся патология.
4. По результатам анкетирования мы видим, что преобладают пациенты 2 группы, у них меньше количество проблем.
5. Медицинский работник, общаясь с пациентом, должен своевременно выявлять основные его проблемы и незамедлительно решать их с целью предотвращения осложнений и способствовать выздоровлению.
6. С пациентом необходимо проводить информационную работу в виде доброжелательных бесед о здоровом образе жизни.
7. Необходимо уделять больше внимания профилактике заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе изученной литературы, статистических данных и анкетирования можно сделать следующие выводы: знание этиологии и факторов риска, способствующих возникновению пневмонии, а также проблем пациентов с пневмониями и профилактика позволяет предупредить развитие заболевания и обострение уже имеющегося процесса.

Пневмония встречается часто среди населения, поэтому участковые медсестры под руководством участкового терапевта могут и должны проводить широкие профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, диспансеризацию и оказывать квалифицированную медицинскую помощь.

Кроме того, необходимо проводить санитарно – просветительную работу в течение всего периода лечения и диспансеризации больного. Не следует забывать о санитарно-просветительной работе среди родственников больного, от которых порой зависит и характер питания, и правильная организация образа жизни больного, ликвидация некоторых неблагоприятных факторов, поддерживающих болезнь.

Медико – социальная значимость пневмоний определяется их широкой распространенностью. Более высокая заболеваемость пневмоний наблюдается у пациентов пожилого возраста.

Факторами риска пневмонии является недостаточное или несбалансированное питание, не здоровый образ жизни, профессиональные вредности, безразличное отношение к своему здоровью. Диагностика пневмонии складывается на основании истории болезни, анамнеза жизни, клинических наблюдений и лабораторных тестов. Ведущим в диагностике пневмонии является своевременное рентгенологическое исследование органов грудной клетки, позволяющее выявлять инфильтративные воспалительные изменения в лёгких, их характер и локализацию. Профилактикой пневмонии в

первую очередь заключается в здоровом бразе жизни, хорошем уходе за пациентом и рациональным его закаливании.

На основании теоретического анализа и проведенного социологического исследования установлено, что в профилактических мероприятиях по борьбе с пневмонией большая роль принадлежит медицинской сестре, как активному пропагандисту среди населения своего участка, знаний и действий по предупреждению возникновения пневмонии.

Медицинская сестра, путем выявления проблем пациентов и осуществляя сестринский процесс, выхаживает больного, оказывает большое влияние на течение и прогноз пневмонии, а так медицинская сестра должна выполнять профессиональные обязанности в укреплении и сохранении здоровья пациентов, вести санитарно – просветительную работу среди населения, способствовать формированию физической культуры, прививать навыки здорового образа жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение [Текст] / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса. - Москва, 2014. - 474 с.
2. Лобзина, Ю. В. Руководство по инфекционным болезням [Текст] / Ю. В. Лобзина, К. В. Жданова. - Москва, 2013. - 744 с.
3. Лучшева В.И. Атлас инфекционных болезней [Текст] / В. И. Лучшева, С. Н. Жарова, В. В. Никифорова.- Москва, 2014. – 354 с.
4. Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология [Текст] / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико, Б. К. Данилкин. – Москва, 2014. - 278 с.
5. Румянцев, А. Г. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения [Текст] / А. Г. Румянцев. - Москва, 20015. - 528 с.
6. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Болезни нервной системы»: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Р.Г. Сединкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с. Режим доступа :<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
7. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст] / Э.В. Смолева, Б.В. Кабарухина.- Москва, 2014. – 473 с.
8. Тимченко, В. Н. Инфекционные болезни у детей [Текст] / В.Н. Тимченко. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. - 623 с.
9. Ющук, Н. Д. Эпидемиология инфекционных болезней [Текст] / Н. Д. Ющук. - Москва, 2014. - 496 с.
10. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни [Текст] / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - Москва, 2016. - 1056 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

ФИО _____ Ваш возраст _____ Пол _____

ВОПРОСЫ	Да	Не знаю	Нет
Имеется место жительства?			
Находитесь в браке?			
Занимались ли Вы спортом в течение всей жизни?			
Присутствует ли у Вас отсутствие аппетита?			
Часто вы находитесь в стрессовых ситуациях?			
Умеете ли Вы контролировать свои эмоции?			
Чувствуете ли Вы постоянную поддержку своих близких людей?			
Есть ли вредные привычки?			
Частые у Вас боли в грудной клетке?			
Есть ли у Вас боли в сердце?			
Присутствуют симптомы кашля?			
Если у Вас информация о вашей болезни?			