

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТАХ

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051404
Коськовой Юлии Ивановны**

Научный руководитель
преподаватель Бахристова Т.В.

Рецензент
врач общей практики
ОГКУЗ особого типа «Областной центр
медицинской профилактики»
Витонене Н.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТАХ.....	5
1.1. Общее понятие хронического бронхита.....	5
1.2. Этиология, патогенез и клиническая картина.....	5
1.3. Диагностика и лечение хронического бронхита.....	15
1.4. Профилактика и сестринский уход при хроническом бронхите	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТАХ	20
2.1. Методы исследования.....	20
2.2. Результаты собственного исследования.....	20
2.3. Рекомендации пациентам с хроническим бронхитом.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ	35
ПРИЛОЖЕНИЕ	38

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность:

Одной из актуальных проблем современной медицины являются заболевания органов дыхания по причине своей распространённости, значительным влиянием на качество жизни и воздействием на различные сферы жизнедеятельности человека.

Сегодня хронические обструктивные болезни легких выходят на четвертое место в мире. Ежегодно от этого заболевания умирают в мире порядка трёх миллионов человек.

Самая высокая смертность из-за этого заболевания зафиксирована в странах с низким уровнем доходов. ХОБЛ практически с одинаковой частотой встречается как у мужчин, так и женщин. Причиной возникновения обструктивных болезней легких являются неблагоприятная экология, вредные условия производства. Однако главной причиной болезни остаётся курение.

«Хронический бронхит – это заболевание, которое проявляется хроническим диффузным воспалением бронхов и морфологическими изменениями в слизистых оболочках» [5, с. 327].

Проведение исследовательских, врачебных, и реабилитационных мероприятий пациентов с патологией органов дыхания, связано с крупными расходами. Они обуславливают как медицинский, так и социальный аспект проблемы.

«Хронический бронхит опасен формированием тяжёлых патологий. Они могут приводить к проблемам с сердечно-сосудистой, легочной системой, и даже вести к летальному исходу. Прогноз лечения заболевания является благоприятным, если удастся вовремя выявить проблему.

Появление современных методов диагностики демонстрируют возрастание показателей заболеваемости, особенно хронические обструктивные болезни легких.

По статистике хроническая и острая формы воспаления бронхов входят в десять наиболее распространённых причин обращения людей в лечебные заведения во всех государствах мира» [5, с. 327].

Цель исследования: является изучение особенности организации сестринского ухода при хронических бронхитах.

Задачи исследования:

- Изучить научную, медицинскую и методическую литературу по теме хронические бронхиты.
- Проанализировать научно-медицинскую литературу теме исследования.
- Раскрыть этиологию и патогенез хронических бронхитов.
- Изучить особенности клинической картины хронического бронхита у взрослых.
- Выявить и обосновать условия организации сестринского процесса по уходу за взрослыми с хроническим бронхитом.

Объект исследования: пациенты с хроническим бронхитом.

Предмет исследования: сестринский уход при хронических бронхитах.

Методы исследования:

- Анализ медицинской литературы;
- Диагностический метод (тестирование, анкетирование);
- Метод математической обработки полученных данных;
- Социологический метод.

База исследования: пульмонологическое отделение ОГБУЗ «Городская больница № 2 города Белгорода».

Время исследования: 2018-2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТАХ

1.1. Общее понятие хронического бронхита

«Хронический бронхит – это поражение слизистой оболочки бронхиального дерева, спровоцированное длительным раздражением воздухоносных путей летучими поллютантами производственного или бытового характера, либо повреждением инфекционными факторами, характеризующееся морфологической перестройкой абсолютно всех структур слизистой оболочки и развитием воспалительного процесса, который сопровождается гиперсекрецией слизи и патологией дренажной функции бронхов» [5, с. 361].

«Еще недавно хронический бронхит разделяли на хронический необструктивный бронхит и хронический обструктивный бронхит.

Согласно определению ВОЗ к больным хроническим бронхитом следует относить пациентов, у которых кашель с мокротой продолжается три месяца в году и более на протяжении не менее двух смежных лет, если при этом нет других заболеваний бронхолегочной системы, которые могли бы вызвать эти симптомы» [6].

1.2. Этиология, патогенез и клиническая картина

Этиология

«Хронический бронхит в структуре расстройства органов дыхания среди взрослого населения занимает примерно 32%. Распространенность этого заболевания составляет около 73%» [6].

«Хроническим необструктивным бронхитом называют частое заболевание, не отражающееся в большинстве случаев на профессиональной работоспособности и продолжительности жизни больных» [6].

Разнообразные этиологические причины повреждают систему местной защиты с патологией мукоцилиарного клиренса, клеточного и гуморального иммунитета. Происходит формирование сред для микробной колонизации на слизистой оболочке бронхов, развивается воспаление, повышается продукция слизи, которая может оказывать дополнительное пагубное действие на эпителиальные клетки.

«Два фактора- экзогенные и эндогенные - выполняют важную роль в возникновении и развитии хронического бронхита. Сегодня доказано, что на первом месте среди этих факторов главную роль играют раздражающие и повреждающие поллютанты, которые оказывают механическое и химическое действие на слизистую оболочку бронхов.

К поллютантам относятся разнообразные химические вещества, которые при большом накоплении в атмосфере могут вызывать ухудшение здоровья как человека, так и животных [11, с. 127].

«Разделяют две основных разновидности загрязнений окружающей среды: фотохимический и промышленный смог. Как правило, второй вариант преобладает в больших промышленных регионах и считается итогом неполноценного сгорания жидкого и твердого топлива, которое выделяет в атмосферу диоксид азота, озон, кислоты, двуокись серы, окись углерода, твердые частицы. Фотохимический смог проявляется в местах скопления автомобильного транспорта при воздействии солнечного света, эти условия позволяют активировать фотохимические реакции в выхлопных газах. В большинстве случаев эти два вида загрязнений одновременно присутствуют в больших населённых пунктах и промышленных городах» [13, с. 327].

«Среди экзогенных факторов преобладает сигаретный дым. Второстепенная роль в возникновении хронического бронхита принадлежит инфекционным факторам. Благодаря этому в развитии обострения

хронического бронхита главное значение приобретает бактериальная и вирусная микоплазменная (пневмококк, гемофильная палочка) инфекция [13, с. 327].

«Кроме этого существуют различные внутренние причины для развития заболевания:

- носовое дыхание резко изменяется,
- в носоглотке происходят патологические изменения;
- рецидивирующий острый бронхит и инфекции поражающие верхние дыхательные пути;
- рецидивирующая инфекция дыхательных путей;
- снижение местного иммунитета и сбой в обмене веществ, которые приводят к лишнему весу и в последствии ожирению;
- заболевания носящие наследственный характер (нарушение ферментных систем, местного иммунитета)» [13, с. 327].

«Микроорганизмы, оказывающее повреждающее действие на слизистую оболочку бронхов:

- усугубляют нарушение мукоцилиарного клиренса;
- увеличивают выработку слизи;
- локально разрушают иммуноглобулины;
- угнетают фагоцитарную активность нейтрофилов и альвеолярных макрофагов;
- повреждают новые участки трахеобронхиального эпителия.

По клинико-лабораторной характеристике:

- катаральный;
- слизисто-гнойный;
- гнойный» [13, с. 327].

Классификация

«По патогенезу: первичный; вторичный (при туберкулезе, бронхоэктазах, уремии и т.д.).

Течение болезни по фазе делится на ремиссию и обострение.

Подтверждено, что у курящих людей хронический бронхит развивается чаще, при этом частота заболевания хронического бронхита возрастает пропорционально количеству выкуриваемых человеком сигарет. Согласно значению необходимо установить действие табачного дыма при курении, так же при пассивном курении.

Хронический бронхит может развиваться:

- в случае холодной и сырой погоды,
- снижение количества солнечных дней,
- в условиях сухого воздуха и высокой» [9, с. 207].

Рецидивы происходят намного чаще, если наблюдается холодная и сырая погода.

Патогенез

«В заболевании главную роль изменения в секреторной и защитной и очистительной функции, приносящие изменения в оболочках слизистой бронхов.

Изменения происходят, даже в слизистых оболочках и подслизистом слое.

Патологические процессы происходят в трахеобронхиальном дереве, подвергаясь влиянию внешних и внутренних факторов.

Структурно-функциональных изменения свойств слизистой оболочки и подслизистого слоя выражаются в гиперплазии и гиперфункции бокаловидных клеток, бронхиальных желез, гиперсекреции слизи и изменении ее свойств (слизистый секрет становится густым, вязким и засасывает реснички мерцательного эпителия), что приводит к нарушению системы мукоцилиарного транспорта.

Эффективность последнего зависит от двух основных факторов: мукоцилиарного эскалатора, определяемого функцией реснитчатого эпителия слизистой оболочки, и реологических свойств бронхиального секрета (вязкости и эластичности) – и обусловлена оптимальным соотношением двух его слоев – наружного (геля) и внутреннего (золя)» [10, с. 310].

Подверженное воздействию бактериальных и вирусных возбудителей, так же наследственные изменения, приводит к увеличению количества слизи и изменения состава секрета.

«Вирусы и бактерии стимулируют увеличение большего воспаления слизистой оболочки, вызывая при этом отек, который приводит к атрофии и метаплазии эпителия. В дальнейшем происходит снижение выработки иммуноглобулина.

Стимулируют изменения в структуре дыхательных путей, вызывающее отек слизистой оболочки и бронхоспазма, разнообразные раздражающие элементы, находящиеся в воздухе.

Катаральное содержимое изменяется в катарально-гнойное, а затем становится гнойным благодаря воздействию инфекций различного характера. Происходит нарушение, которое дает ослабление защитной функции слизистой оболочки бронхов» [11, с. 307].

Воспалительный процесс влияет на дистальный отдел бронхиального дерева и понижает активность альвеолярных макрофагов, приводя к нарушению фагоцитоза.

«Ряд различных факторов вызвавших нарушение выводящей задачи бронхов:

- повышение выработки слизи и изменение её вязкости, в следствии чего происходит закупорка бронхов густым секретом;

- под влиянием внешних факторов и воспалительных процессов, происходит спазм гладких мышц бронхов;

- нарушается выработка сурфактанта;

- происходит нарастание воспалительного отека и инфильтрация слизистой оболочки.

При не проявлении аллергического компонента, возможен дебют бронхиальной астмы.

При резком выражении бронхоспазма как признака воспаления, то говорят о развитии бронхоспастического (неаллергического) компонента.

Инфекционное поражение при обострении воспаления может способствовать присоединению аллергического компонента, который исчезает после ликвидации обострения хронического бронхита» [10, с. 227].

Клиническая форма зависит от изменения слизистой оболочки:

-при слизисто-гнойном (гнойном) – процессы инфекционного воспаления.

-при катаральном бронхите преобладают поверхностные изменения структурно-функциональных свойств слизистой оболочки.

Так же возможен переход одной клинической формы бронхита в другую.

Подводя итог, можно сказать, что длительный катаральный бронхит долго протекает из-за добавления инфекции может перейти в слизисто-гнойный.

При повреждении мелких и средних бронхов проходит с бронхиальной непроходимостью, становясь заметнее при обострении хронического бронхита, это никак не заметно если вовлечены бронхи крупного размера.

В этом заболевании совсем незаметны изменения вентиляции легких.

ХОБЛ легких – постоянное воспалительное заболевание, проявляющееся под воздействием разнообразных условий факторов риска, основным из которых является табакокурение.

Болезнь протекает с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и паренхимы, а также с формированием эмфиземы и характеризуется частично обратимым или необратимым ограничением скорости воздушного потока. Заболевание формируется у склонных к этому людей, проявляется кашлем, отделением мокроты и увеличивающейся одышкой и имеет постоянно нарастающий характер с переходом в хроническую дыхательную недостаточность и легочное сердце.

Хроническая обструктивная болезнь легких усиливает воспалительную реакцию, отличающаяся от воспаления при бронхиальной астме, имеющаяся вне зависимости тяжести и оказывающая воздействие на весь организм в целом.

К факторам риска развития хронической обструктивной болезни легких относят активное и пассивное курение, атмосферное и домашнее загрязнение

воздуха, наследственность, влияние профессиональных вредностей (пылеобразование, химические поллютанты, пары кислот и щелочей) и промышленных поллютантов (SO₂, NO₂, черный дым и др.), заболевания органов дыхания в младенческом возрасте, недостаточный вес при появлении на свет.

Любой из упомянутых условий способен функционировать без помощи друг друга, либо вместе.

Классификация видов обострения затяжного бронхита в связи с выраженностью медицинской симптоматики:

-Тип I. Присутствие всех без исключения трех признаков: увеличение продукции мокроты, нарастание одышки, повышение степени гнойности мокроты.

-Тип II. Присутствие двух признаков из трех: нарастание одышки, повышение степени гнойности мокроты, увеличение продукции мокроты.

-Тип III. Наличие одного симптома из трех: нарастание одышки, увеличение продукции мокроты, повышение степени гнойности мокроты, к этому присоединяется как минимум один признак из следующих: инфекций верхних дыхательных путей (боль в горле, выделения из носа).

Клиническая картина.

«Первоначальный этап диагностики показывает основные признаки хронического бронхита - кашель и выделение мокроты. Помимо этого, концентрируют внимание на признаках общего характера - потливость, быстрая утомляемость, слабость, повышение температуры тела снижение трудоспособности, и другие.

Эти симптомы могут возникать при обострении болезни, выступать в качестве признаков гипоксии или при формировании дыхательной недостаточности и других осложнений.

В фазе стойкой медицинской ремиссии пациенты никак не предъявляют жалоб, их функциональность на протяжении многих лет может быть целиком сохранена [1, с. 177].

«Кашель в начальной стадии болезни может быть малопродуктивным, зачастую сухим. Отхождение мокроты, как правило, происходит утром.

Для этого заболевания характерна сезонность обострений в промежутки времени, так называемого, межсезонья. Обострения заболевания довольно редки, и у многих пациентов происходят не больше двух раз в год.

Согласно характеру кашля и мокроты, можно предположить этот либо другой вариант течения болезни. Покашливание – классический признак болезни» [3, с. 207].

«При катаральном бронхите кашель происходит с выделением незначительного количества слизистой, либо водянистой мокроты, чаще всего в утреннее время, уже после физических процедур.

Из-за обострения бронхита объем мокроты способен расти. Самое большее количество мокроты выделяется при гнойном бронхите, в случае если его течение осложняется формированием бронхоэктазов.

При гнойном и слизисто-гнойном бронхите пациентов более тревожит не кашель, а огромное количество мокроты.

В фазе обострения состояние здоровья пациента устанавливает соответствие двух ключевых синдромов - кашлевого и интоксикационного» [3, с. 307].

Обычно, хронический бронхит прогрессирует в медленном темпе. Диспноэ как правило формируется спустя двадцать-тридцать лет от начала болезни. Пациенты, обычно, не помнят момента начала заболевания.

Чаще всего возникновение болезни тесно связано с профессиональными вредностями на производстве. В анамнезе возможно выявить высокую восприимчивость к переохлаждению и у подавляющего числа больных - указание на продолжительное табакокурение.

При рассмотрении кашлевого анамнеза следует удостовериться в отсутствии у пациента иных патологических изменений бронхолегочного аппарата, сопровождаемые этими признаками.

Это незаменимое требование с целью отнесения отмеченных претензий к показателям затяжного бронхита.

«Рецидивирующее кровохарканье - признак геморрагической формы бронхита. У части пациентов в анамнезе есть указания на кровохарканье, что, как правило, связано с легкой ранимостью слизистой оболочки бронхов.

Кроме этого кровохарканье при хроническом, длительно протекающем бронхите может быть первым симптомом рака легкого, развивающегося у мужчин, длительно и много куривших. Кровохарканьем могут манифестировать и бронхоэктазы [6, с. 117].

На втором этапе диагностического поиска в первоначальном этапе заболевания могут отсутствовать все признаки заболевания. Как правило, выслушивают грубые жужжащие сухие хрипы, это говорит о вовлечении в процесс крупных и средних бронхов. В дальнейшем возникают аускультативные изменения: жесткое дыхание и сухие хрипы рассеянного характера.

«Изменения аускультативных данных будут минимальными при хроническом бронхите в стадии ремиссии и наиболее выраженными при обострении процесса, когда можно прослушать даже влажные хрипы, которые могут исчезать после хорошего откашливания и выделения мокроты.

Нередко при обострении хронического бронхита может присоединяться обструктивный компонент, сопровождающийся возникновением одышки. При обследовании больного обнаруживают признаки бронхиальной обструкции:

- свистящие хрипы на выдохе, которые хорошо слышны при форсированном дыхании и в положении лежа.
- удлинение фазы выдоха при спокойном и особенно при форсированном дыхании.

В запущенных случаях заболевания отмечают признаки эмфиземы легких и дыхательной недостаточности. Эволюция бронхита, а также присоединяющиеся осложнения изменяют данные непосредственного обследования больного. Присоединение астматического (аллергического)

компонента существенно изменяет картину хронического бронхита, которая становится подобной таковой при бронхиальной астме, что дает основание изменить диагноз» [7, с. 120].

Третий этап диагностического поиска в связи от стадии течения процесса имеет различный уровень значимости в диагностике хронического бронхита.

«В первоначальном периоде болезни или в фазе ремиссии изменений лабораторно-инструментальных показателей может, не бывает, но на определенных стадиях течения бронхита, они приобретают существенное значение.

Их используют для определения активности воспалительного процесса, уточнения клинической формы заболевания, диагностики осложнений, а также дифференциальной диагностики с заболеваниями, имеющими сходные клинические симптомы.

Всем пациентам с хроническим бронхитом проводят рентгенологическое исследование органов грудной клетки. У большинства пациентов на рентгенограммах отсутствуют изменения в легких. При длительном течении процесса могут отмечаться признаки эмфиземы легких.

Подобное исследование органов грудной клетки оказывает помощь в диагностике осложнений и дифференциальной диагностике с заболеваниями, при которых симптомы бронхита могут сопутствовать основному процессу.

В диагностике хронического бронхита и его дифференциальной диагностике с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину, большое значение имеет бронхоскопия» [7, с. 173].

Бронхография, которую раньше использовали для определения бронхоэктазов, в настоящее время проводят редко, более эффективно современное исследование МРТ.

«Бронхоскопическое исследование позволяет выяснить характер воспаления, выявить функциональные нарушения трахеобронхиального дерева, подтвердить существование воспалительного процесса и оценить степень его активности, обнаружить органические поражения» [10, с. 127].

1.3. Диагностика и лечение хронического бронхита

«При затяжном бронхите у пациента следует обратить внимание на этимологию кашля. Это может быть:

1. Кашель из-за патологии носоглотки;
2. Кашель курящего;
3. Покашливание в следствии раздражения репарационных путей производственными вредностями (газами, парами, дымами и так далее);
4. Дискомфорт при дыхании и покашливание из-за контакта с летучими раздражающими веществами;
5. Затяжное либо рецидивирующее протекание острого бронхита;
6. Сочетание вышеназванных условий;
7. Воспалительные перемены в бронхах по данным бронхоскопии;
8. Типичная аускультативная ситуация: грубое жесткое дыхание с вытянутым выдохом, рассеянные сухие и влажные хрипы;
9. Нарушения бронхиальной проходимости при исследовании функции внешнего дыхания;
10. В редких случаях других болезней, проявляющихся долголетним продуктивным кашлем [9, с. 165].

В поликлинике пациент проходит ряд различных обследований таких, как общий анализ мочи, исследование функции внешнего дыхания, общий анализ крови; электрокардиограмму, общий анализ мокроты, рентген органов грудной клетки, осмотр врача отоларинголога.

В стационаре проводят дополнительные исследования:

- расширенные фармакологические пробы при исследовании
- функции внешнего дыхания;
- диагностическая и лечебная бронхоскопия (при гнойном бронхите и бронхоэктазах);

- биохимические исследования крови с оценкой острофазовых показателей, ферментов, креатинина, при хронической обструктивной болезни легких - содержание α_1 -антитрипсина;

- определение парциального напряжения кислорода и углекислого газа в капиллярной крови.

- бактериологическое исследование мокроты;

Отличительную диагностику выполняют согласно принципу изъятия иных болезней бронхолегочной системы - бронхиальной астмы, рака легкого, бронхоэктатической болезни, в промежуток обострения хронического бронхита разграничивают от пневмонии.

Лечение

«Лечение пациентов проходит амбулаторно, важное место занимает борьба с этиологическими и предрасполагающими условиями: воздержание от курения, предотвращение влияния иных условий воздействия других факторов, раздражающих бронхи.

Базисной при лечении обструктивного хронического бронхита является ингаляционное лечение, в комбинации с которой используются все без исключения лечебные ресурсы и способы.

В следствии обострения показаны антибиотики.

Хирургическое лечение

Для уменьшения одышки, проводят операцию по уменьшению легочного объема.

Чтобы улучшить реабилитацию больных, они проходят программы по обучению, получают психологическую поддержку и физиотерапию.

В целях профилактики рекомендуют отказаться от курения и избегать работ на вредных производствах.

На госпитальном этапе определяющими в тактике лечения будут как уровень гипоксемии, так и наличие или отсутствие гиперкапнии» [3, с. 434].

«Признаки дыхательной недостаточности или декомпенсация хронической дыхательной недостаточности у больных с хроническим

обструктивным бронхитом и хронической обструктивной болезнью легких подразумевают обязательную госпитализацию и терапию, направленную на разрешение или стабилизацию ситуации.

В стационаре так же необходимо решить вопрос о проведении длительной кислородотерапии в амбулаторных условиях при помощи концентраторов кислорода (длительность – 16-18 часов в сутки, поток – от 2 до 5 литров в минуту)» [13, с. 327].

«Дальнейшее повышение парциального напряжения кислорода будет незначительно влиять на его общее содержание в артериальной крови, но зато может приводить к аккумуляции углекислоты, и поэтому не является рациональным.

Наиболее важным этапом терапии пациентов с хроническим бронхитом и хронической обструктивной болезнью легких составляет амбулаторное лечение. Базисная терапия не только увеличивает продолжительность жизни, но и повышает ее качество, включая возможность трудоспособности.

Вопрос о госпитализации поднимается в тех случаях, когда обострение не может эффективно контролироваться в амбулаторных условиях, а также при усугублении проявлений дыхательной недостаточности или декомпенсации легочного сердца» [4, с. 128].

1.4. Профилактика и сестринский уход при хроническом бронхите

Профилактика хронического бронхита

Отказаться от вредных привычек- первое, что необходимо сделать больному хроническим бронхитом, так как одним из самых важных факторов, способствующих развитию заболевания, является курение. Больной должен вести здоровый образ жизни, заниматься спортом, а также проводить закаливание организма.

Если работа больного, имеющего в анамнезе бронхит, включает в себя наличие вредных факторов, то ему нужно либо изменить место работы, либо ограничить доступ этих факторов.

При возникновении каких-либо симптомов простуды, а так же воспалительных процессов верхних дыхательных путей или легких, для эффективности профилактики хронического бронхита, нужно стараться как можно скорее вылечить заболевание. Также, особое внимание следует уделить таким детским заболеваниям как корь и коклюш. В профилактике хронического бронхита имеет значение своевременное очищение носоглотки от мокроты.

При несвоевременном устранении таких заболеваний уха, горла, носа как ангины, полипы, тонзиллиты, гаймориты, риниты, аденоиды- тоже имеется риск заболеть хроническим бронхитом. Все они являются источником инфекции в организме человека и способствуют развитию других заболеваний.

Людам, склонным к хроническим бронхитам показан отдых на курортах с горным или степным ландшафтом, морское побережье. Также для профилактики хронического бронхита полезно оздоровительное лечение в санаторно-лечебных учреждениях. Но при выборе места отдыха, следует помнить, что резкая смена климата с перепадом температуры может привести к приступу заболевания.

Полезны в профилактике заболеваний верхних дыхательных путей и легких регулярные занятия дыхательной гимнастикой и обтирания прохладной водой, также контрастный душ, закаливание, занятия общей и лечебной физкультурой, пешие прогулки, зарядка.

План сестринского ухода при хроническом бронхите.

«У пациента фиксируются нарушения потребностей: выделять, дышать, есть, спать, пить, поддерживать температуру тела.

Медицинская сестра сталкивается с такими проблемами пациента, как кашель с мокротой, одышка, чувство жара, сухой кашель, потливость, озноб.

Особенностью сестринского ухода является контроль выполнения предписанного врачом режима, контроль температуры тела, ЧДД, частоты

пульса, АД, проведением влажной уборки два раза в день, сменой нательного и постельного белья, а также она обязана обеспечить его индивидуальными плевательницами

Медсестра должна дать пациенту рекомендации по особенностям питания - необходимо включить в диету продукты, богатые белком, т.к. пациент теряет белок с мокротой, и витаминами (фрукты и овощи) и обеспечить обильное тёплое питьё. А также обучить обрабатывать плевательницу; контролировать характер и количество мокроты; осуществлять уход за кожей, пользоваться индивидуальными ингаляторами.

В ее обязанности так же входит подготовка больного к проведению бронхоскопии, спирографии, пневмотахометрии и оказание помощи при одышке.

Имеет значение дыхательная гимнастика для освобождения легких от мокроты, физиотерапевтические методы лечения при стихании воспалительного процесса, горчичники в период разрешения. По окончании обострения возможно санаторно-курортное лечение [7, с. 197].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТАХ

2.1. Методы исследования

Для достижения поставленных целей методом анонимного анкетирования были опрошены 30 пациентов ОГБУЗ «Городская клиническая больница №2 г. Белгорода», женского и мужского пола, имеющие хронический бронхит.

Для выявления факторов риска возникновения бронхитов нами была разработана анкета для самостоятельного заполнения пациентами.

В ряде вопросов были предложены варианты ответов, с тем, чтобы пациенты выбрали наиболее приемлемый по их самочувствию ответ.

Обработка анкет проходила по каждому пункту, с дальнейшей интерпретацией результатов в виде диаграмм.

2.2. Результаты собственного исследования

В анкетировании принимали участие пациенты пульмонологического отделения, в составе которого выявлено - мужчины 80% и женщины 20%

(Рис. 1).

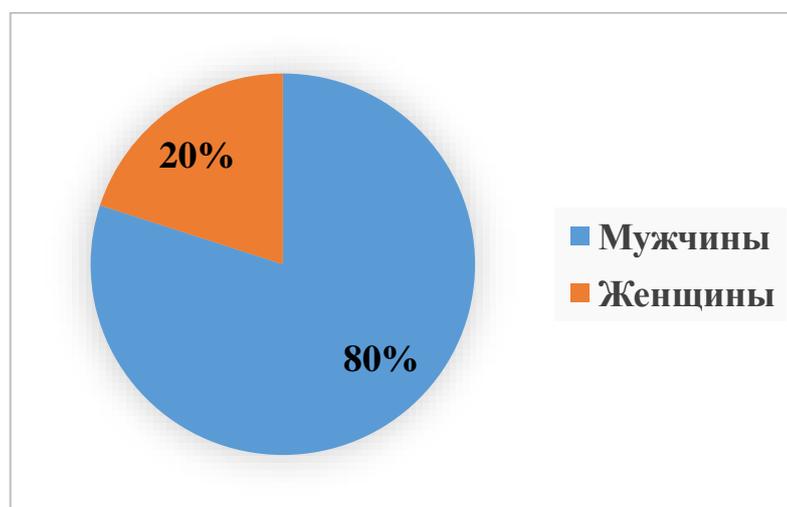


Рис. 1. Распределение по полу

Результаты исследования, показали, что респонденты распределились по разным возрастным группам: 18-25 лет 7%; 25-35 лет 15%; 35-45 лет 35%; 45-59 лет 20%; 60 и старше 23% (Рис. 2).

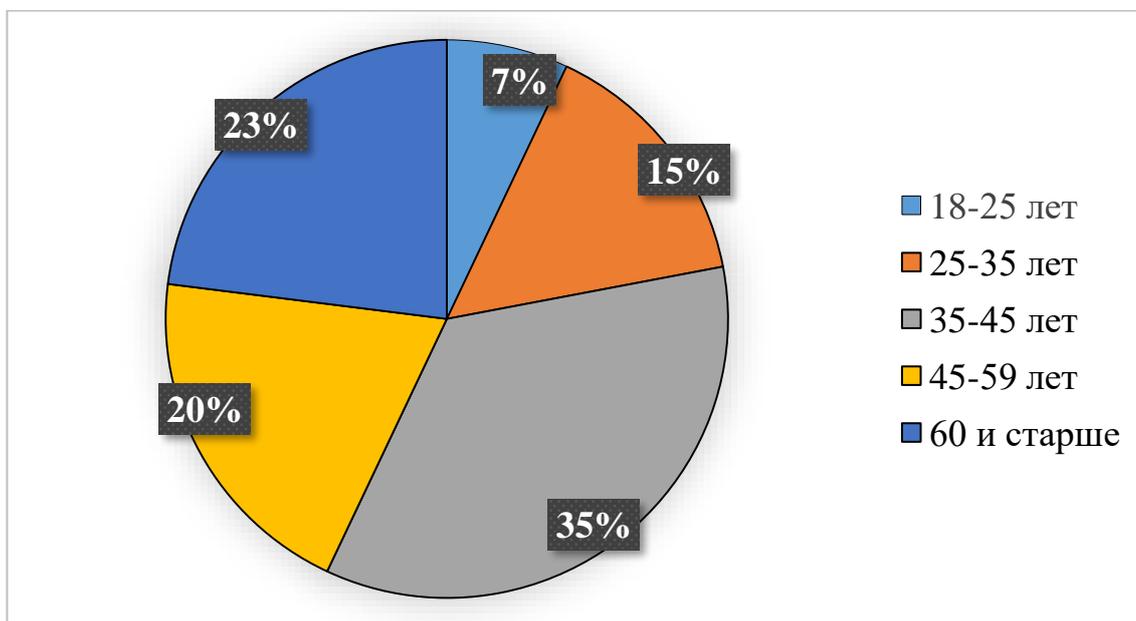


Рис. 2. Распределение респондентов по возрасту

По результатам исследования, анкетированные проживают в сельской местности 25%; в городе 75% (Рис. 3).

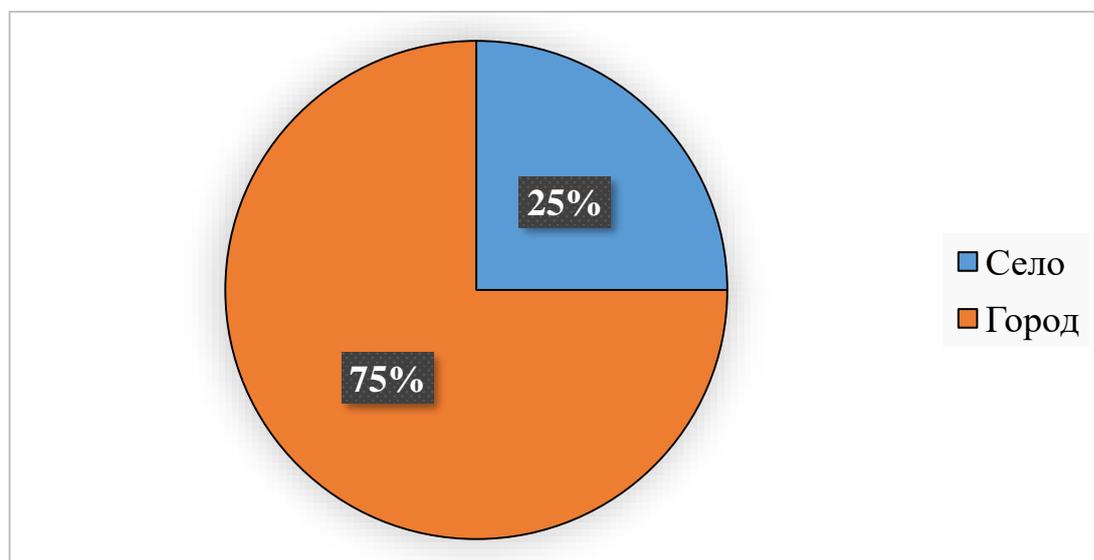


Рис. 3. Место жительства

Респонденты, проживающие в квартире, составляют 40%; в частном доме -25%; съемная квартира 35% (Рис. 4).

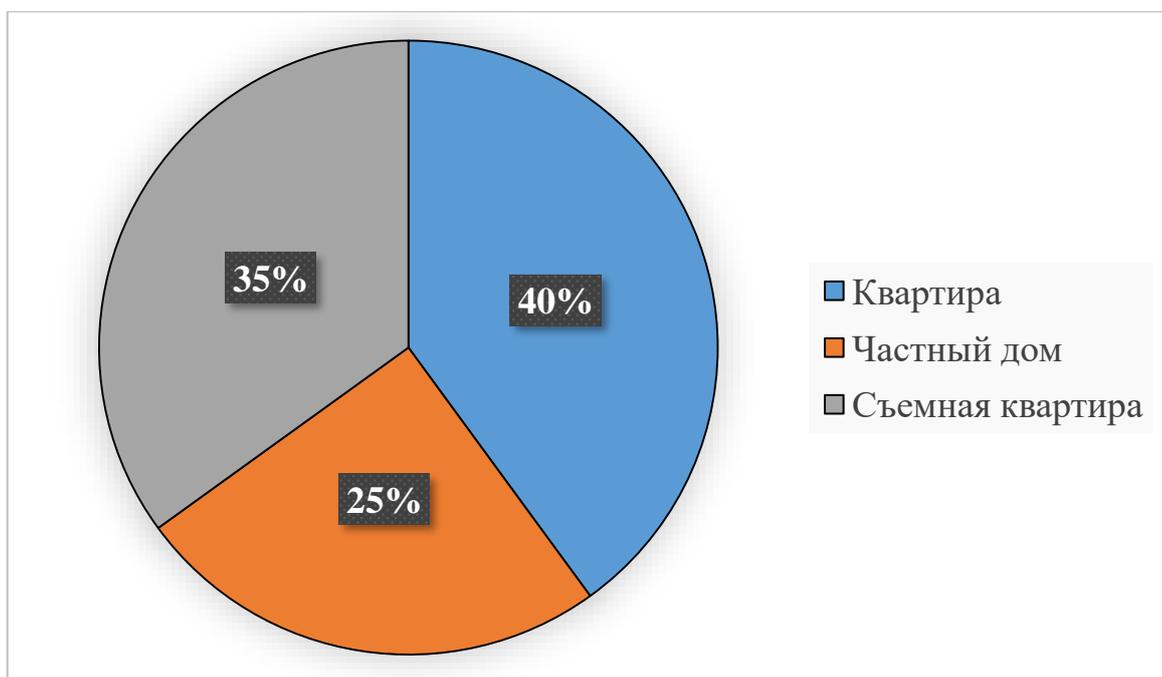


Рис. 4. Условия проживания

Исследование показало, что у респондентов, имеющих в анамнезе наследственные заболевания: да -43%, нет- 57% (Рис. 5).

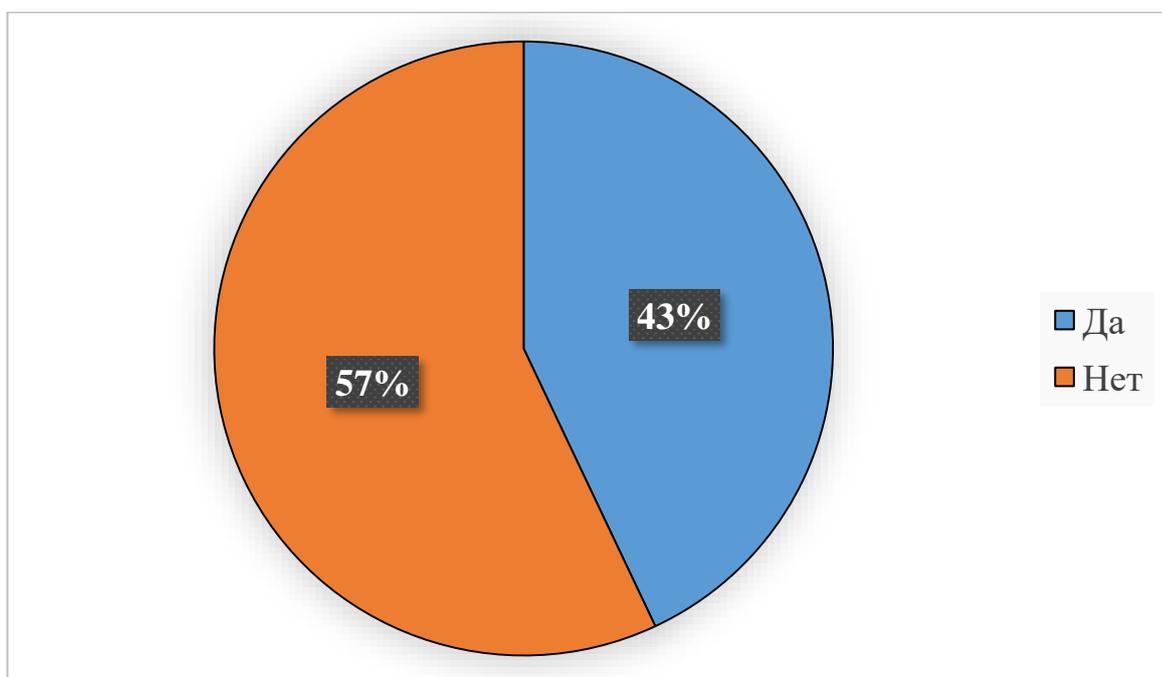


Рис. 5. Наследственные заболевания

Исследования показали, что у анкетированных имеются профессиональные вредности: да 35%, нет 65%. (Рис. 6).

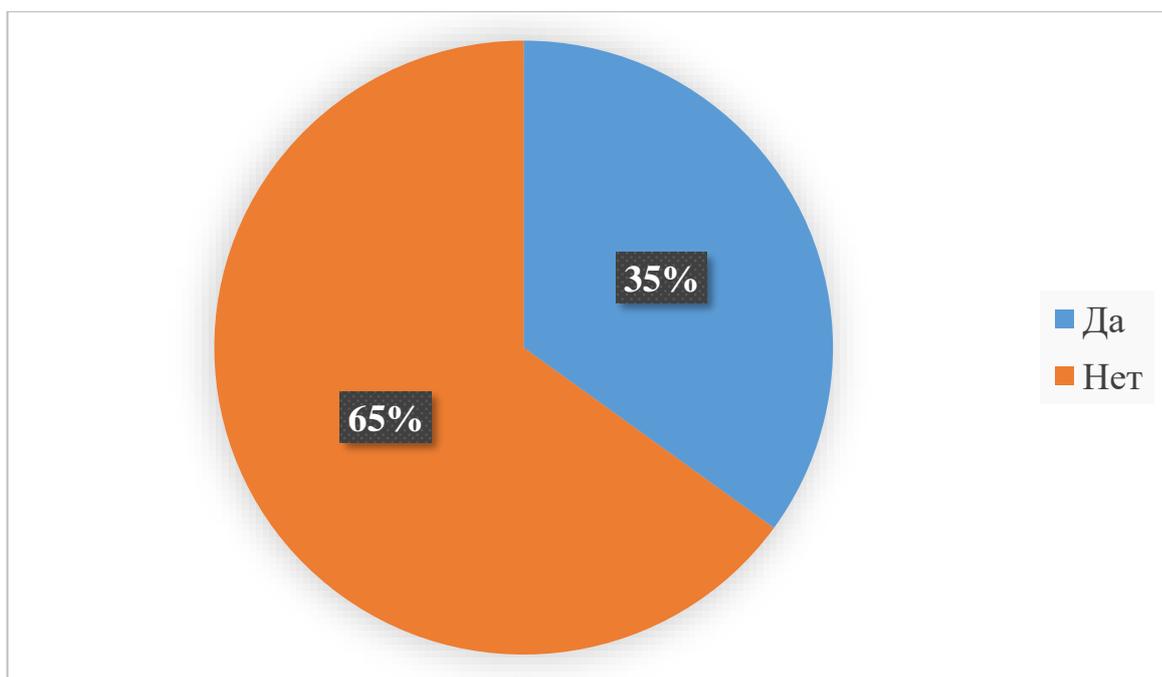


Рис. 6. Наличие профессиональных вредностей

По результатам исследования респонденты, имеющие контакт с химическими веществами: да 25%, нет 50%, иногда - 25% (Рис.7).

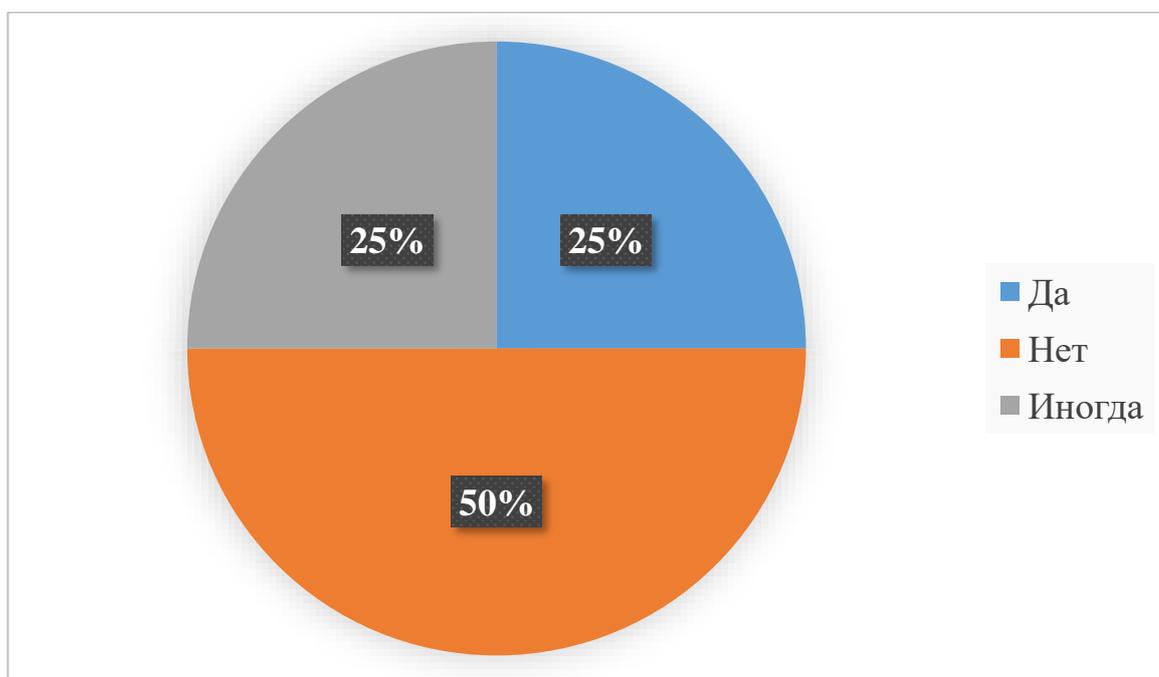


Рис. 7. Контакт с химическими веществами

Исследования показали, что у респондентов присутствуют постоянные стрессовые ситуации: да -63%, нет- 15%, иногда - 22%. (Рис. 8).

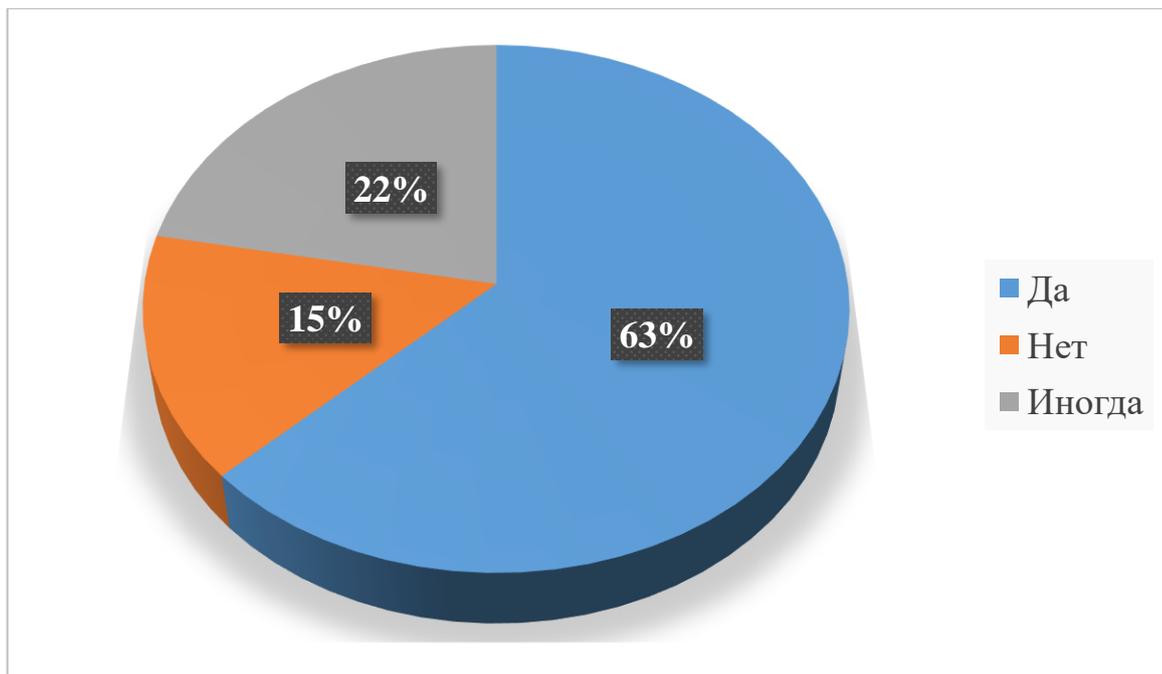


Рис. 8. Наличие стресса

По результатам исследования, выявлено что 75% являются курильщиками, нет - 20%, 5% - курят иногда (Рис.9).

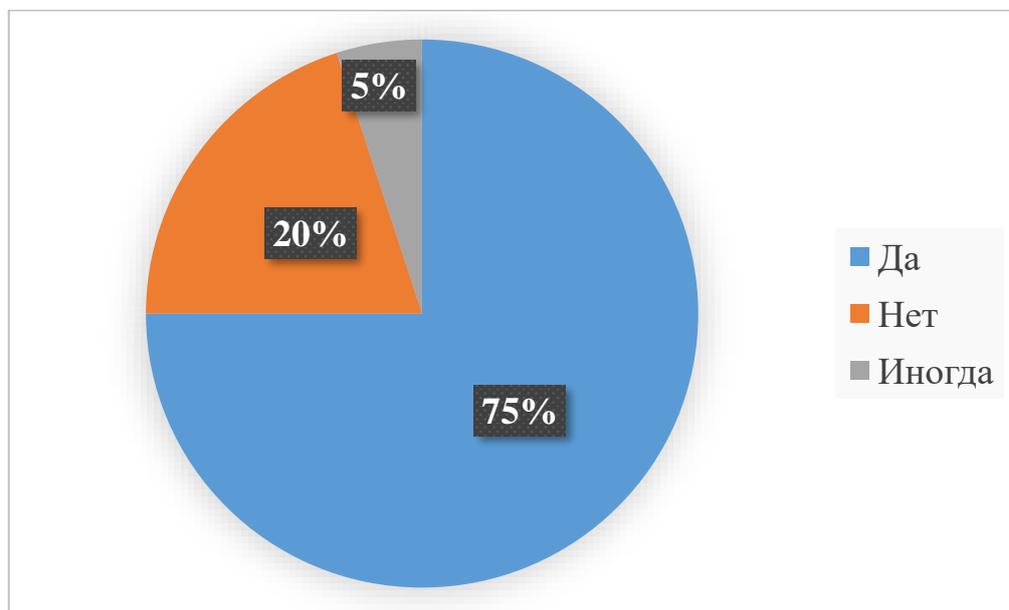


Рис. 9. Курение

Выявлено, что 25% анкетированных употребляют крепкие алкогольные напитки: нет 36%, иногда 39% (Рис. 10).

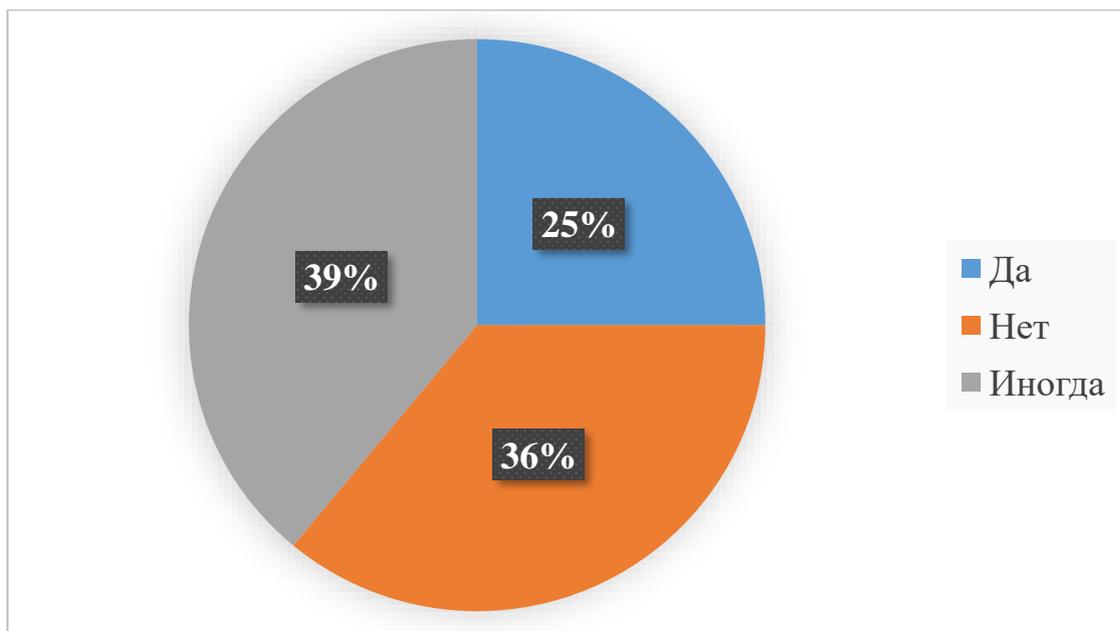


Рис. 10. Алкоголь

Исследования показали, что респондентов обращающихся в поликлинику: 1-2 раза в год -25%, 3-4 раза- 57%, 5 и более раз- 18% (Рис.11).

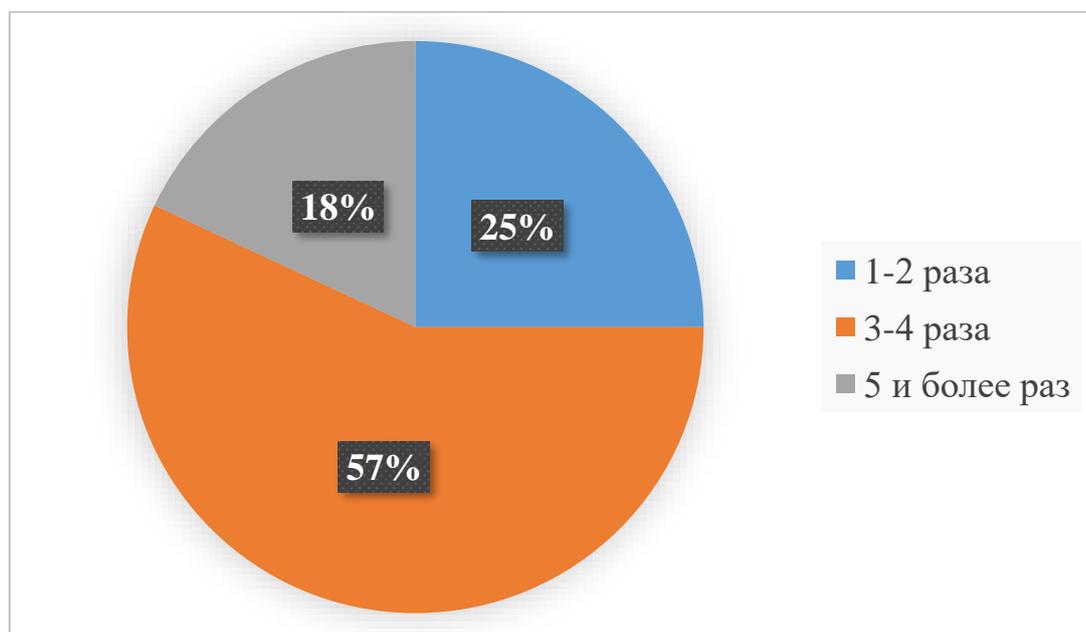


Рис. 11. Частота обращения

Выявлено, что пациентов, переносящих 1 раз в год острые респираторные вирусные инфекции(ОРВИ), острые респираторные заболевания (ОРЗ), грипп, бронхит - 15%, 2 раза -53%, 3 и более раз 32% (Рис. 12).

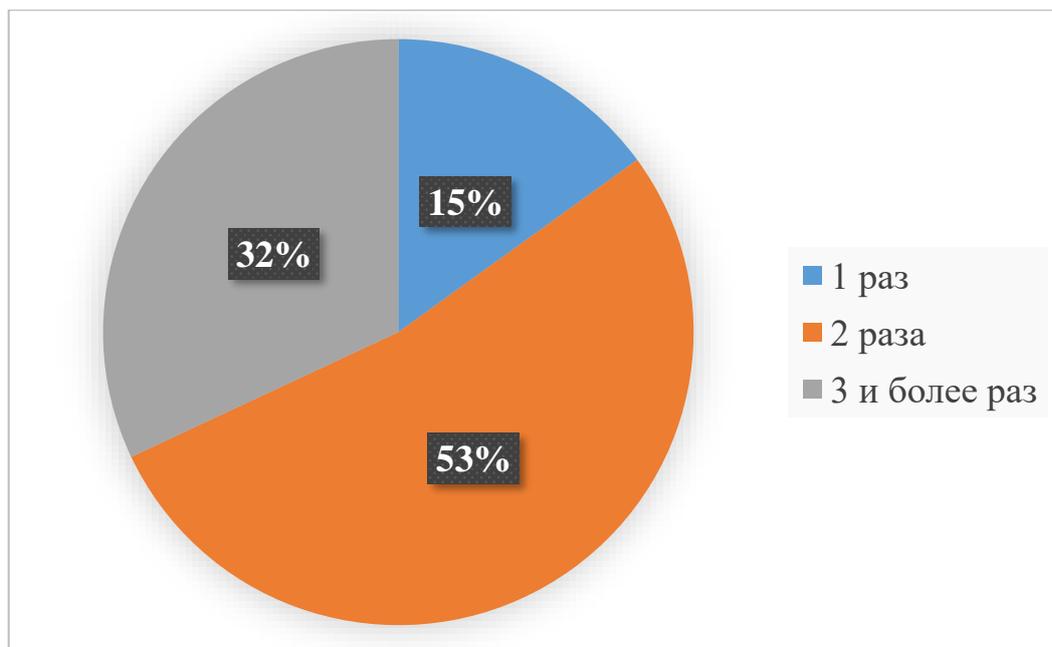


Рис. 12. Переносят ОРВИ, ОРЗ, грипп, бронхит

По результатам исследования у респондентов наблюдаются приступы одышки: да -36%, нет -64% (Рис. 13).

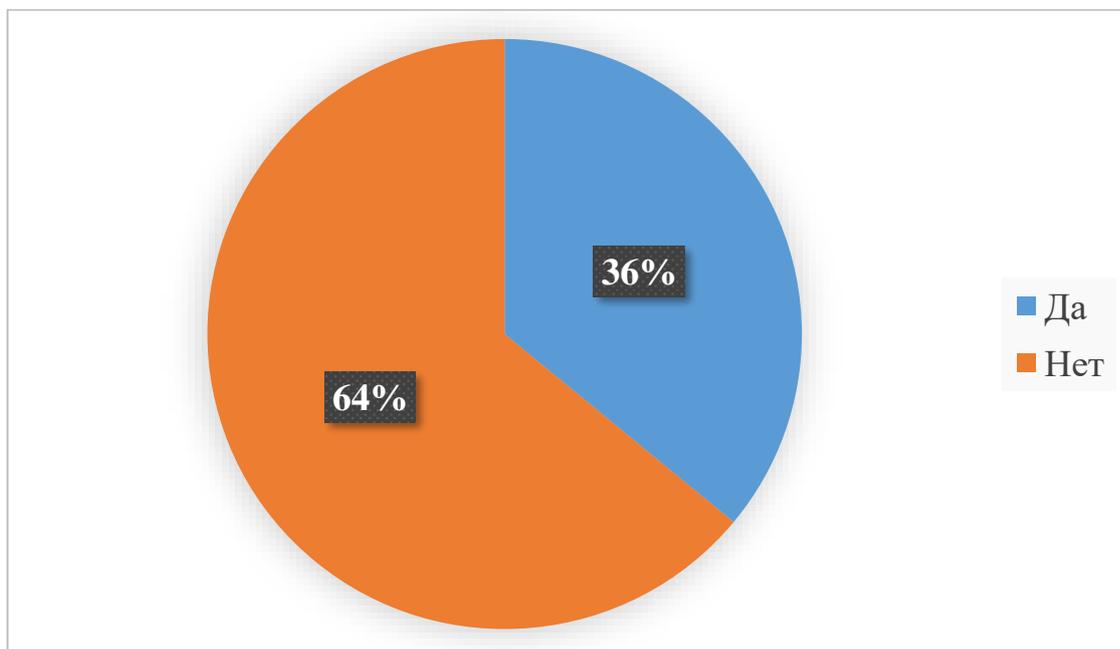


Рис. 13. Одышка

Выявлено, что 27% анкетированных имеют проблему с затрудненным вдохом, 36% - затруднение выдоха, 37% - смешанную (Рис. 14).

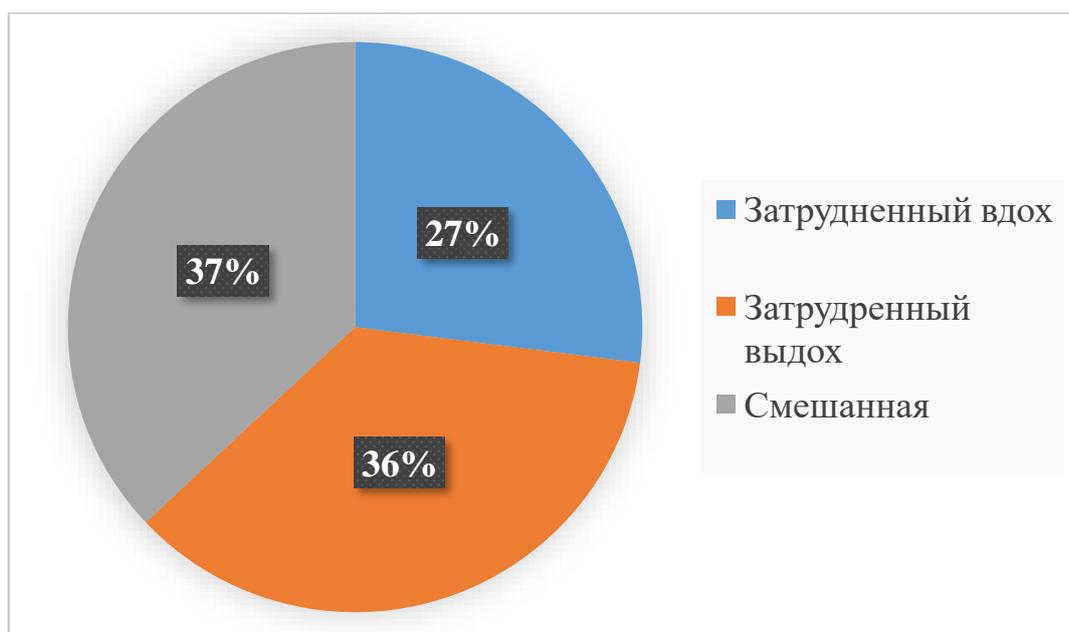


Рис. 14. Одышка

Результаты показали, что 71% имеют сухой приступообразный кашель в ночное время, нет - 29% (Рис. 15).

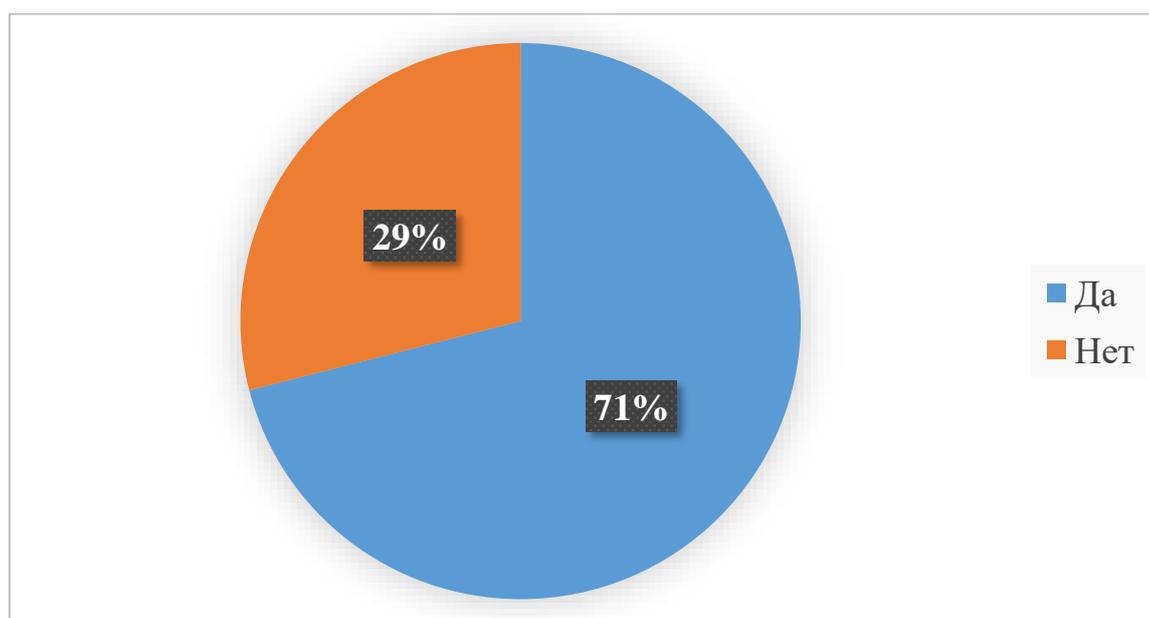


Рис. 15. Приступообразный кашель в ночное время

Исследования показали, что кашель сопровождается выделением мокроты: водянистая 15%, прозрачная 10%, слизистая 66%, с примесью крови и гноя 9% (Рис. 16).

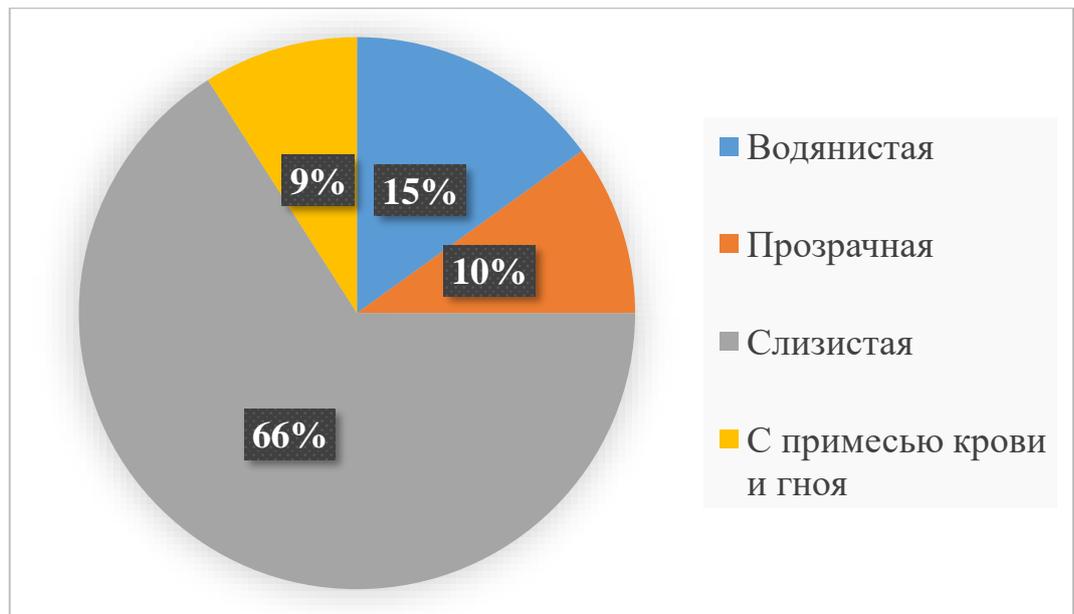


Рис. 16. Мокрота

Выявлено, что 36% проходят стационарное лечение во время обострения, нет 25%, иногда 39% (Рис. 17).

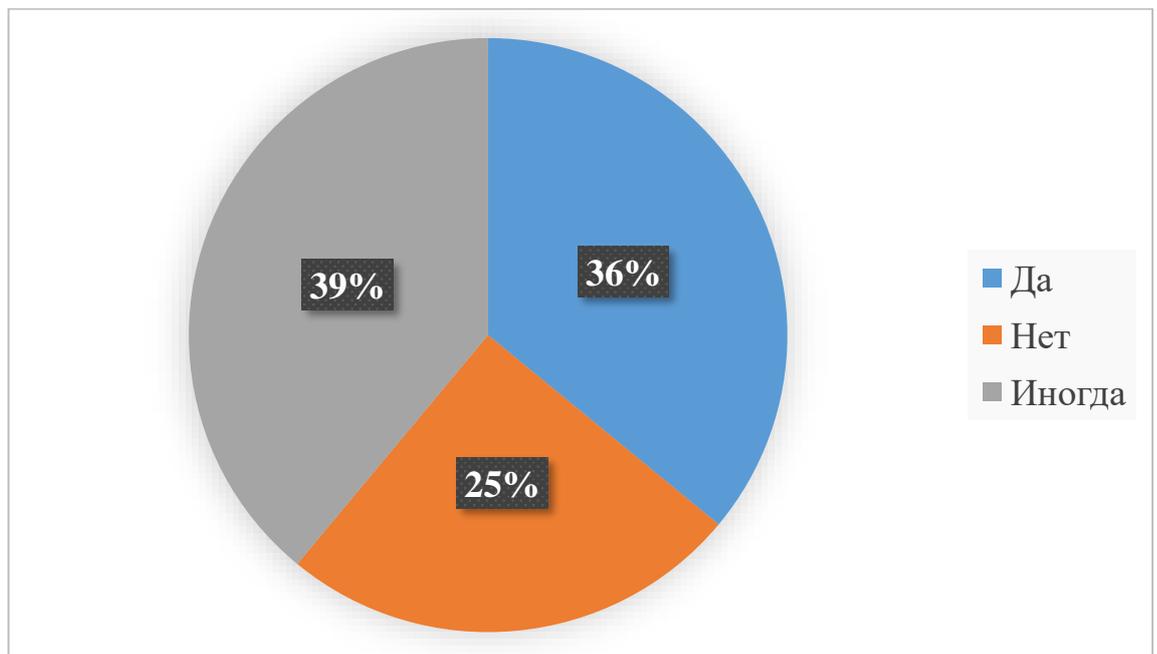


Рис. 17. Стационарное лечение

Исследования показали, что анкетированные проходят амбулаторное лечение: да 76%, нет 24% (Рис. 18).

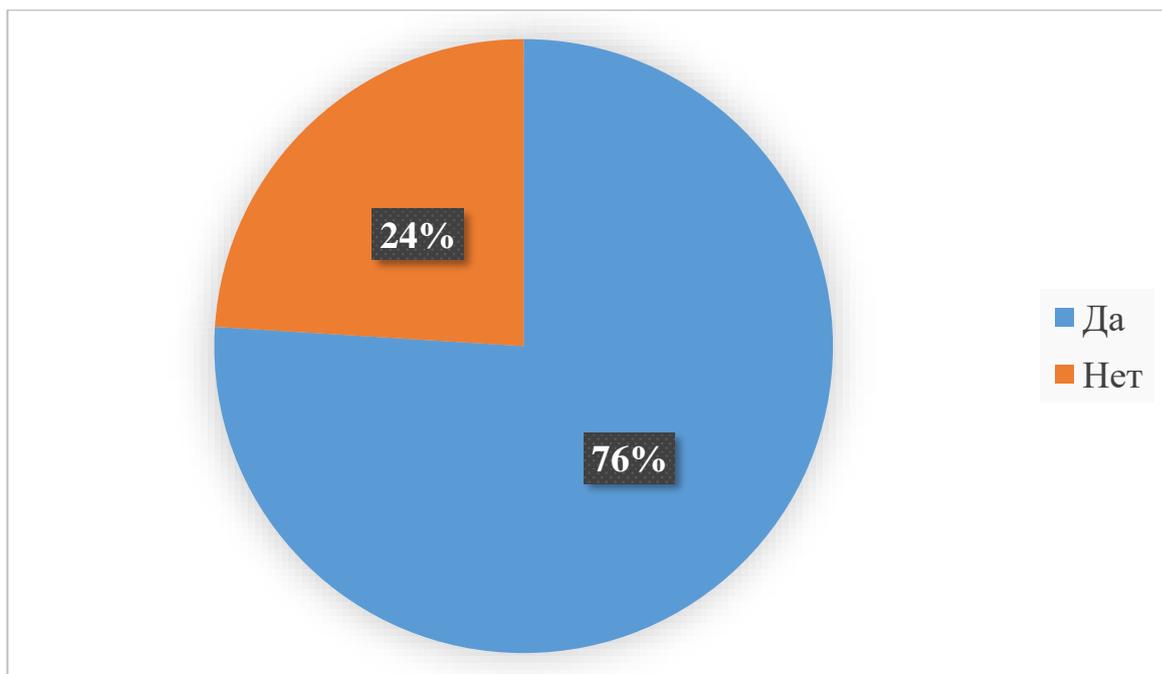


Рис. 18. Амбулаторное лечение

По результатам исследования, респонденты выполняют врачебное назначение: да 64%, нет 36% (Рис. 19).

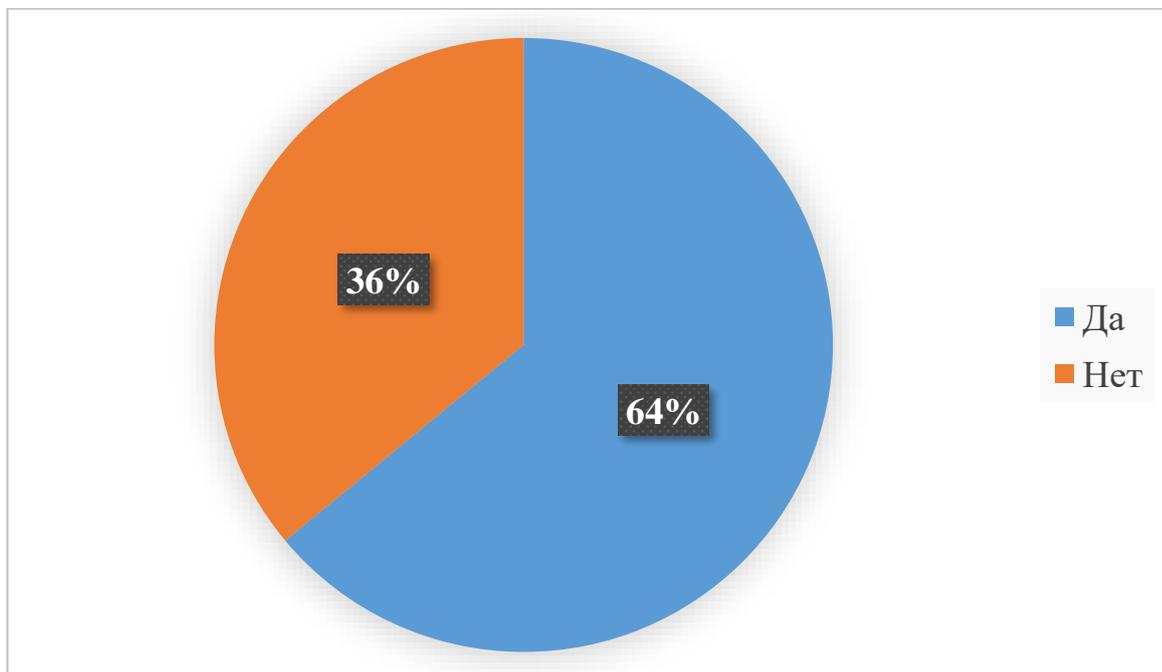


Рис. 19. Выполнение врачебных назначений

Результаты исследования показали, что 36% анкетированных выполняют дыхательную гимнастику, нет 64% (Рис. 20).

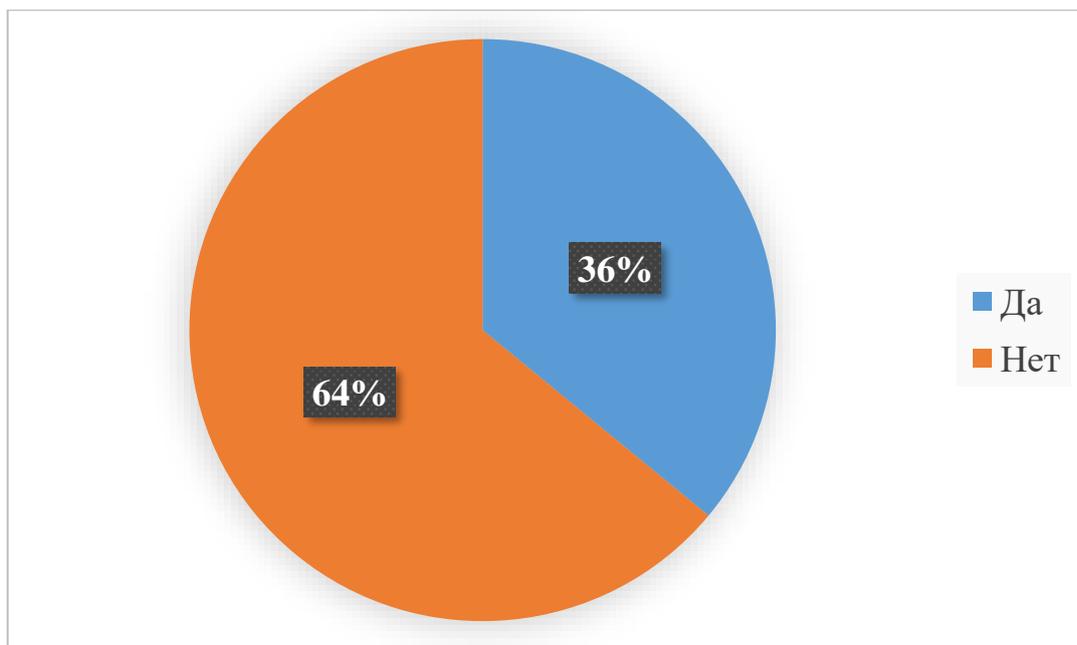


Рис. 20. Дыхательная гимнастика

Выявлено, что удовлетворенность сестринским уходом во время стационарного лечения: да 53 %, нет 13%, иногда 34% (Рис. 21).

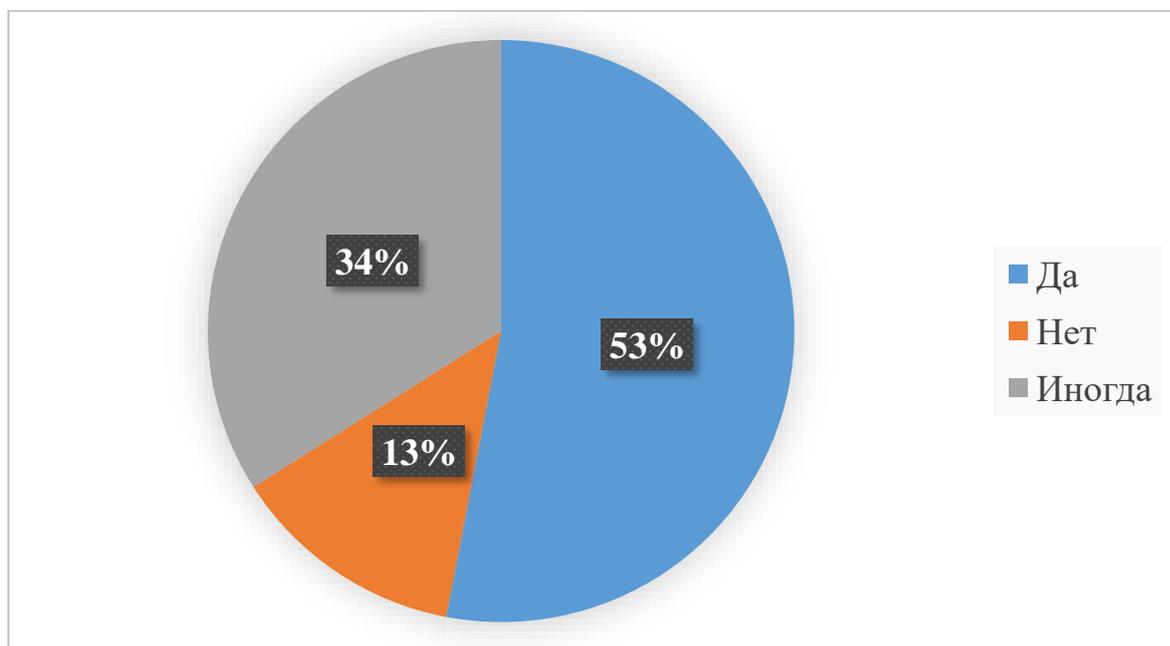


Рис. 21. Удовлетворенность сестринским уходом

Было проведено исследование, на базе пульмонологического отделения ОГБУЗ «Городская больница № 2» города Белгорода.

Проведя анкетирование, мы сделали следующие выводы: у 75% пациентов проживающих в городе имеется хронический бронхит, и всему виной плохая экология и загрязнённый воздух.

Пик заболеваемости приходится на возраст 35-45 лет. В большинстве случаях болеют мужчины - 80%, женщин -20%.

Огромное значение в развитии заболевания играют стрессовые ситуации, выявлено, что 63% анкетированных постоянно подвергаются стрессовым ситуациям, нет -15%, иногда- 22%.

Было выявлено, что 75% респондентов являются курильщиками, не курят - 20%, иногда - 5%.

Так же было выявлено, что у 71% анкетированных присутствует приступообразный кашель в ночное время, нет - у 29%.

Было обнаружено, что 64% опрашиваемых выполняют врачебные назначения, 36% не выполняют, пренебрегая своим здоровьем.

Так же 64% не выполняют, так необходимую дыхательную гимнастику, и лишь 36% ответили да.

2.3. Рекомендации пациентам с хроническим бронхитом

- Отказ от курения как пассивного, так и активного.
- Ограничение в употреблении алкоголя
- Прохождение диспансеризации и наблюдение у пульмонолога
- Проведение рентгенографии органов грудной клетки, общий анализ крови, цитологическое исследование мокроты, электрокардиограмма обязательно.
- Избегание контактов с химическими веществами и пылью.
- Плановое посещение отоларинголога.
- Выполнение дыхательной гимнастики.
- Ежегодная вакцинация против гриппа.

- Вакцинация от болезней, вызываемых пневмококковыми инфекциями, в том числе и пациентов с уже наличествующим хроническим бронхитом.
- Ведение здорового образа жизни: закаливание, умеренные физические нагрузки, прогулки на свежем воздухе.
- Профилактика переохлаждений и сквозняков, а также сырых не проветриваемых помещений.
- Ежегодный санаторный отдых на морском побережье или в сухом горном климате.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический бронхит – это заболевание 21 века, во времена процветания табачной продукции, алкоголя и плохой экологии. Многие люди болеют хроническим бронхитом.

Чтобы избавиться от факторов риска развития заболевания, необходимо пересмотреть свои жизненные ценности и установки, отказаться от табакокурения и алкоголя, начать вести здоровый образ жизни.

Зная предрасположенность к заболеванию, можно нанести превентивный удар: делать дыхательную гимнастику, начать закаляться, проходить в день не меньше 10 тысяч шагов.

Медицинская сестра активно принимает участие в ходе выздоровления пациента. Она осуществляет контроль за выполнением назначенного лечения пациентами, ведет разъяснительную работу, убеждая их проходить необходимые курсы лечения, проводит санитарное просвещение и Школы здоровья.

Санитарно-просветительная работа с пациентами и мотивирование их на ведение здорового образа жизни охватывает большой пласт профилактической работы. Но для того, чтобы вылечиться, пациент должен сам уделять достаточное внимания своему самочувствию и здоровью.

При подготовке дипломной работы был изучен теоретический материал, посвященный современному взгляду на лечение и профилактику хронического бронхита, проанализированы статистические сведения, подготовлены практические рекомендации пациентам, реализованы мероприятия сестринской помощи в условиях стационара.

Благоприятного исхода лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких можно достичь, если пациент будет иметь четкое представление о собственном заболевании.

Таким образом, он может сам осуществлять контроль над течением заболевания, и осознано выполнять рекомендации лечащего врача, которые приведут к стабилизации состояния и улучшению качества жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

1. Быковская Т.Ю., МДК 01.02. Основы профилактики: ПМ 01. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] / Быковская Т.Ю. [и др.]; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 254 с. - ISBN 978-5-222-27703-4 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222277034.html>

2. Вёрткин А.Л., Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова и др. ; под ред. А. Л. Вёрткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-4096-4 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440964.html>

3. Ерёмушкин М.А., Медицинский массаж. Базовый курс: классическая техника массажа [Электронный ресурс] : учеб. пособие / М.А. Ерёмушкин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-3041-5 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430415.html>

4. Кулешова Л.И., Основы сестринского дела : курс лекций, сестринские технологии [Электронный ресурс] : учебник / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова ; под ред. В.В. Морозова. - Изд. 3-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 716 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-29749-0 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222297490.html>

5. Лычев В.Г., Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник [Электронный ресурс] / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-4724-6 -
Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>

6. Мухина С.А., Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс]: учебник / Мухина С.А., Тарновская И.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-4997-4 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449974.html>

7. Нечаев В.М., Лечение пациентов терапевтического профиля [Электронный ресурс] : учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-4013-1 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440131.html>

8. Обуховец Т.П., Основы сестринского дела [Электронный ресурс]: практикум / Т.П. Обуховец - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 603 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-26372-3 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263723.html>

9. Островская И.В., Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3940-1 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439401.html>

10. Салухов В. В., Практическая пульмонология: руководство для врачей [Электронный ресурс] / под ред. В. В. Салухова, М. А. Харитоновна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-4235-7 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442357.html>

11. Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания [Электронный ресурс] / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4220-3 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442203.html>

12. Смолева Э.В., Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской [Электронный ресурс] / Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 473 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-29997-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222299975.html> - 768 стр.

13. Фомина И.Г., Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Фомина И. Г., Фомин В. В., Тарзиманова А. И., Дьякова Т. А., Ветлужский А. В. - М. : Медицина, 2008. - 720 с. (Учеб. лит. Для студ. мед. Вузов) - ISBN 5-225-03977-4 –

Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN5225039774.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

Особенности сестринского ухода при хронических бронхитах.

Данное анкетирование проводится с целью выявления особенностей сестринского ухода при хронических бронхитах в стационаре.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты сестринского ухода и определить мероприятия по его улучшению.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. **Возраст** а) 18-25; б) 25-35; в) 35-45; г) 45-59; д) 60 и старше
2. **Пол:** а) муж; б) жен;
3. **Место жительства:** а) город; б) село;
4. **Условия проживания:** а) квартира; б) частный дом; в) съемная квартира.
5. **Наследственность:** а) да, б) нет
6. **Наличие профессиональных вредностей:** а) да; б) нет.
7. **Контакт с химическими веществами:** а) да; б) нет; в) иногда
8. **Наличие стресса:** а) да; б) нет; в) иногда
9. **Курение:** а) да; б) нет; в) иногда.
10. **Алкоголь:** а) да; б) нет; в) иногда.
11. **Частота обращения:** а) 1-2, б) 3-4, в) 5 и более.
12. **Сколько раз в год переносите ОРВИ, ОРЗ, грипп, бронхит:** а) 1, б) 2, в) 3 и более
13. **Приступы одышки:** а) да, б) нет
14. **Вид одышки:** а) Затруднение вдоха б) Затруднение выдоха в) Смешанная.
15. **Затяжной сухой приступообразный кашель в ночное время:** а) да, б) нет.
16. **Кашель сопровождается выделением мокроты:** а) водянистая, б) прозрачная, в) слизистая, г) с примесью крови и гноя.
17. **Стационарное лечение во время обострения** а) нет, б) да, в) иногда.
18. **Амбулаторное лечение** а) нет, б) да.
19. **Выполнение врачебных назначений:** а) да, б) нет, в) иногда.
20. **Дыхательная гимнастика:** а) да; б) нет; в) иногда
21. **Удовлетворенность сестринским уходом во время стационарного лечения:** а) да, б) нет, в) иногда
22. **Рекомендации медработникам для улучшения их работы**

Благодарим за сотрудничество!