

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 Терапевтических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051521
Ельчанинова Артема Александровича**

Научный руководитель
преподаватель Смирнова Т.В.

Рецензент
Врач пульмонологического отделения
ОГБУЗ «Городская больница № 2
г. Белгорода» Андреева Н.П.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....	6
1.1. Определение, классификация, этиопатогенез, факторы риска, клиника хронической обструктивной болезни легких.....	6
1.2. Лечение.. Диагностика. Профилактика.	19
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....	34
2.1. Результаты собственного исследования.....	34
2.2. Рекомендации пациентам с хронической обструктивной болезнью легких	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	49
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	50
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	51

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы обусловлена тем, что хроническая обструктивная болезнь легких – всемирно распространенное заболевание, в значительной степени снижающее качество жизни пациентов, являющееся одной из частых причин нетрудоспособности, инвалидности и занимающее четвертое место среди причин смерти в экономически развитых странах, в том числе и в России, после сердечно сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа и всевозможных травм. Согласно большинству современных консенсусов, ХОБЛ рассматривается как системное заболевание, проявления которого выходят далеко за пределы дыхательной системы. Возникающая на фоне заболевания системная гипоксемическая гипоксия способна приводить к морфофункциональным нарушениям во всех органах и системах, прежде всего в наиболее чувствительных к кислородной недостаточности: головной мозг, нервная и костная ткани, сердечная мышца.

«По данным ряда исследований распространенность ХОБЛ среди взрослого населения составляет 5–9%. ХОБЛ является частой причиной обращений к врачу, госпитализаций в стационар и отделения интенсивной терапии. Это — единственная болезнь, смертность от которой продолжает увеличиваться. Летальность от ХОБЛ занимает 4-е место среди всех причин смерти. В современном обществе ХОБЛ наряду с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом составляют ведущую группу хронических заболеваний: на их долю приходится более 30% среди всех других форм патологий человека» [6, с.276].

ХОБЛ является одним из наиболее коморбидных заболеваний человека, в структуре которых преобладают болезни сердца и сосудов, сахарный диабет, остеопороз, дефицит и саркопения, кахексия, депрессии и целый ряд других хронических недугов, инициация и прогрессирование которых происходит в

связи с нарастанием системной гипоксии на фоне ХОБЛ, стало основой для проведения настоящего исследования.

Цель работы: определить тактику фельдшера в диагностике, лечении и профилактике хронической обструктивной болезни легких.

Задачи:

1. Изучить литературу по теме исследования.
2. Провести анкетирование.
3. Определить тактику фельдшера в профилактике и лечении хронической обструктивной болезни легких.
4. Определить тактику фельдшера в диагностике хронической обструктивной болезни легких.

Объект исследования: пациенты с хронической обструктивной болезнью легких пульмонологического отделения.

Предмет исследования: профессиональная деятельность фельдшера при хронической обструктивной болезни легких.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости;
2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. Социологический: анкетирование;
4. Биографический анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
5. Психодиагностический (беседа);
6. Эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
7. Статистический - обработка информационного материала.

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

Время исследования: 2019 г.

ГЛАВА 1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1.1. Определение, классификация, этиология, патогенез, факторы риска, клиника хронической обструктивной болезни легких

«Хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) – является распространенным, предотвратимым и излечимым заболеванием, которое характеризуется стойкими респираторными симптомами и ограничением воздушного потока, что связано с дыхательными путями и/или альвеолярными аномалиями, обычно вызванными значительным воздействием вредных частиц или газов» [6, с.221].

Классификация

«Классификация ХОБЛ по степени тяжести

Стадия 0 – повышенный риск развития ХОБЛ. Характеризуется присутствием профессиональных факторов риска и/или никотиновой зависимости, проявляется хроническим кашлем и продукцией мокроты в ответ на воздействие факторов риска на фоне нормальной функции легких. Данная стадия трактуется как предболезнь, которая не всегда завершается развитием классической ХОБЛ.

Стадия 1 – легкое течение ХОБЛ, при котором выполнение повседневных физических нагрузок не вызывает дыхательного дискомфорта, но обструктивные нарушения вентиляции легких определяются ($ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%), больных беспокоит хронический кашель и продукция мокроты.

Стадия 2 – среднетяжелое течение ХОБЛ, при котором пациенты обращаются за медицинской помощью в связи с одышкой и обострением заболевания, что обусловлено нарастанием бронхообструктивных нарушений ($ОФВ_1$ менее 80%, но более 50%, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70% от должных величин), отмечается усиление одышки.

Стадия 3 – тяжелое течение ХОБЛ, характеризуется дальнейшим увеличением ограничения воздушного потока ($ОФВ_1$ менее 50%, но более 30% от должных величин, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%), нарастанием одышки, частоты обострений заболевания, что влияет на качество жизни пациентов.

Стадия 4 – крайне тяжелое течение ХОБЛ, при котором качество жизни заметно ухудшается, а обострения могут быть угрожающими для жизни. Болезнь приобретает инвалидизирующее течение, характеризуется крайне тяжелой бронхиальной обструкцией: $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%, $ОФВ_1$ менее 30% от должной или $ОФВ_1$ менее 50% от должной с наличием выраженных признаков дыхательной недостаточности» [6, с.280].

Этиопатогенез

ХОБЛ основаны на механизме взаимного влияния генетических факторов, обусловленных воздействием внешней среды. В патогенезе ХОБЛ наибольшую роль играют следующие процессы:

1. Воспалительный процесс
2. Дисбаланс протеиназ и антипротеиназ в легких.
3. Окислительный стресс.

«Хроническое воспаление затрагивает все отделы дыхательных путей, паренхиму и сосуды легких. Со временем воспалительный процесс разрушает лёгкие и ведет к необратимым патологическим изменениям. Дисбаланс ферментов и окислительный стресс могут быть следствием воспаления, действия окружающей среды или генетических факторов» [3, с.27].

Патологический процесс начинается в слизистой бронхов: в ответ на воздействие внешних патогенных факторов происходит изменение функции секреторного аппарата (гиперсекреция слизи, изменения бронхиального секрета), присоединяется инфекция, развивается каскад реакций, приводящих к повреждению бронхов, бронхиол и прилегающих альвеол. Нарушение соотношения протеолитических ферментов и антипротеиназ, дефекты антиоксидантной защиты лёгких усугубляют повреждение.

Воспаление дыхательных путей ХОБЛ характеризуется повышением количества нейтрофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов (особенно CD8+) в различных частях дыхательных путей и легких. Повышенное число воспалительных клеток у пациентов с ХОБЛ обнаруживают как в проксимальных, так и в дистальных дыхательных путях. При обострении у некоторых пациентов может наблюдаться увеличение числа эозинофилов.

«Ограничение воздушного потока и легочная гиперинфляция. Экспираторное ограничение воздушного потока является основным патофизиологическим нарушением при ХОБЛ. В его основе лежат как обратимые, так и необратимые компоненты. К необратимым относятся:

- фиброз и сужение просвета дыхательных путей;
- потеря эластичной тяги легких вследствие альвеолярной деструкции;
- потеря альвеолярной поддержки просвета малых дыхательных путей.

К обратимым причинам относятся:

- накопление воспалительных клеток, слизи и экссудата плазмы в бронхах;
- сокращение гладкой мускулатуры бронхов;
- динамическая гиперинфляция (т.е. повышенная воздушность легких) при физической нагрузке.

Существенное значение в патогенезе ХОБЛ имеет и другое патофизиологическое нарушение – легочная гиперинфляция (ЛГИ). В основе ЛГИ лежит воздушная ловушка, которая развивается из-за неполного опорожнения альвеол во время выдоха вследствие потери эластической тяги легких (статическая ЛГИ) или вследствие недостаточного времени выдоха в условиях выраженного ограничения экспираторного воздушного потока (динамическая ЛГИ).

Неблагоприятными последствиями ЛГИ являются:

- уплощение диафрагмы, что приводит к нарушению ее функции и функции других дыхательных мышц;
- ограничение возможности увеличения дыхательного объема во время физической нагрузки;
- нарастание гиперкапнии при физической нагрузке;
- создание внутреннего положительного давления в конце выдоха;
- повышение эластической нагрузки на респираторную систему;

Функциональные параметры, отражающие ЛГИ, в частности, изменение емкости вдоха, обладают очень высокой корреляционной связью с одышкой и толерантностью пациентов к физическим нагрузкам» [6, с.286].

Нарушения газообмена

ХОБЛ тяжелого течения характеризуется развитием гипоксемии и гиперкапнии. «Основным патогенетическим механизмом гипоксемии является нарушение вентиляционно-перфузионного отношения - VA/Q баланса (VA – альвеолярная вентиляция, Q -сердечный выброс). Участки легких с низким соотношением VA/Q вносят основной вклад в развитие гипоксемии. Наличие участков с повышенным отношением VA/Q ведет к увеличению физиологического мертвого пространства, вследствие чего для поддержания нормального уровня парциального напряжения углекислого газа в артериальной крови ($PaCO_2$) требуется увеличение общей вентиляции легких.

Легочная гипертензия

Легочная гипертензия может развиваться уже на поздних стадиях ХОБЛ вследствие обусловленного гипоксией спазма мелких артерий легких, который, в конечном счете, приводит к структурным изменениям: гиперплазии интимы и позднее гипертрофии/гиперплазии гладкомышечного слоя. В сосудах отмечается воспалительная реакция, сходная с реакцией в дыхательных путях, и дисфункция эндотелия. Прогрессирующая легочная гипертензия может

приводить к гипертрофии правого желудочка и в итоге к правожелудочковой недостаточности (легочному сердцу)» [6, с.321].

Характерной чертой ХОБЛ является наличие системных эффектов, основными из которых являются системное воспаление, кахексия, дисфункция скелетных мышц, остеопороз, сердечно-сосудистые события, анемия, депрессия и др. Механизмы, лежащие в основе данных системных проявлений, достаточно многообразны и пока недостаточно изучены. Известно, что среди них важное место занимают гипоксемия, курение, малоподвижный образ жизни, системное воспаление и др.

Факторы риска

«Хотя курение сигарет является наиболее хорошо изученным фактором риска ХОБЛ, это не единственный фактор риска, и существуют последовательные данные эпидемиологических исследований о том, что некурящие могут также развивать хроническое ограничение воздушного потока. Большая часть данных, касающихся факторов риска ХОБЛ, получена в результате межсекторальных эпидемиологических исследований, в ходе которых выявляются ассоциации, а не причинно-следственные связи. Тем не менее, по сравнению с курильщиками с ХОБЛ, никогда курильщики с хроническим ограничением воздушного потока имеют меньше симптомов, более мягкое заболевание и меньшую нагрузку системного воспаления. Интересно, что никогда курильщики с хроническим ограничением воздушного потока не имеют повышенного риска развития рака легких или сердечно-сосудистых сопутствующих заболеваний по сравнению с курильщиками без хронического ограничения воздушного потока. Однако есть данные, что они имеют повышенный риск пневмонии и смертности от дыхательной недостаточности» [6, с.271].

«Курение является ведущим фактором экологического риска для ХОБЛ, но даже для заядлых курильщиков, менее 50% развивается ХОБЛ в течение своей жизни. Хотя генетика может играть определенную роль в изменении риска ХОБЛ у курильщиков, могут быть и другие факторы риска. Например,

секс может влиять на то, курит ли человек или испытывает определенные профессиональные или экологические воздействия; социально-экономический статус может быть связан с весом ребенка при рождении (поскольку он влияет на рост и развитие легких и, в свою очередь, на восприимчивость к развитию заболевания); и более длительная продолжительность жизни позволит увеличить подверженность факторам риска» [6, с.305]. Понимание взаимосвязей и взаимодействий между факторами риска требует дальнейшего изучения.

Генетический фактор

«Генетический фактор риска, который лучше всего документирован, - это тяжелый наследственный дефицит альфа-1 антитрипсина (ААТД), основного циркулирующего ингибитора сериновых протеаз. Хотя дефицит ААТД характерен лишь для небольшой части населения мира, он иллюстрирует взаимодействие между генами и воздействием окружающей среды, которое предрасполагает человека к ХОБЛ.

Значительный семейный риск ограничения воздушного потока наблюдался у людей, которые курят и являются братьями и сестрами пациентов с тяжелой ХОБЛ, предполагая, что генетика вместе с факторами окружающей среды может повлиять на эту восприимчивость. Отдельные гены, такие как ген, кодирующий матриксную металлопротеиназу 12 (ММП-12) и глутатион s-трансферазу, были связаны со снижением функции легких или риском ХОБЛ. Несколько исследований, посвященных общегеномным ассоциациям, связали генетические локусы с ХОБЛ (или FEV1 или FEV1/FVC в качестве фенотипа), включая маркеры вблизи Альфа-никотинового рецептора ацетилхолина, взаимодействующего белка ежа (ННП) и некоторые другие. Тем не менее остается неясным, несут ли эти гены прямую ответственность за ХОБЛ или являются просто маркерами причинно-следственных генов» [6, с.326].

Возраст и пол

Возраст часто указывается в качестве фактора риска ХОБЛ. Неясно, приводит ли здоровое старение как таковое к ХОБЛ или возраст отражает

сумму кумулятивных воздействий на протяжении всей жизни. Старение дыхательных путей и паренхимы имитирует некоторые структурные изменения, связанные с ХОБЛ. В прошлом в большинстве исследований сообщалось о том, что распространенность и смертность от ХОБЛ выше среди мужчин, чем среди женщин, однако более свежие данные из развитых стран свидетельствуют о том, что в настоящее время распространенность ХОБЛ почти одинакова среди мужчин и женщин, что, вероятно, отражает изменение моделей курения табака. Хотя и спорный, некоторые исследования даже предположили, что женщины более восприимчивы к воздействию табачного дыма, чем мужчины, что приводит к более тяжелым заболеваниям для эквивалентного количества потребляемых сигарет. Это понятие было подтверждено в исследованиях на животных и образцах патологии человека, которые продемонстрировали большее бремя небольших заболеваний дыхательных путей у женщин по сравнению с мужчинами с ХОБЛ, несмотря на аналогичную историю воздействия табачного дыма.

Рост и развитие легких

Процессы, происходящие во время беременности, родов и воздействия в детском и подростковом возрасте, влияют на рост легких. Любой фактор, влияющий на рост легких во время беременности и в детском возрасте, может увеличить риск развития ХОБЛ у человека. Например, большое исследование и метаанализ подтвердили положительную связь между весом при рождении и FEV1 во взрослом возрасте,⁶⁶ и несколько исследований обнаружили эффект ранних детских легочных инфекций.

«Профессиональное воздействие, включая органическую и неорганическую пыль, химические вещества и пары, является недооцененным фактором риска для ХОБЛ. Перекрестное наблюдательное исследование показало, что самоотчетное воздействие пыли и паров на рабочем месте связано не только с повышенным ограничением воздушного потока и респираторными симптомами, но и с большей эмфиземой и газовыделением, оцениваемыми с помощью компьютерной томографии, как у мужчин, так и у женщин. Анализ

крупных американских национальное обследование в области здравоохранения и питания населения III обследование почти 10 000 взрослых в возрасте 30-75 лет показало, что доля ХОБЛ, обусловленная воздействием на рабочем месте, составила 19,2% в целом, и 31,1% среди никогда курильщиц. Эти оценки согласуются с заявлением, опубликованным американским торакальным обществом, которое пришло к выводу, что на долю профессионального облучения приходится 10-20% симптомов или функциональных нарушений, соответствующих ХОБЛ. Риск профессионального облучения в менее регулируемых районах мира, вероятно, будет намного выше, чем сообщается в исследованиях, проведенных в Европе и Северной Америке» [6, с.348].

Плохая экология

Высокие уровни загрязнения воздуха в городах вредны для людей с существующими заболеваниями сердца или легких. Роль загрязнения наружного воздуха в качестве фактора риска ХОБЛ неясна, однако, как представляется, его роль у взрослых относительно невелика по сравнению с ролью курения сигарет. Недавно проведенный поперечный анализ показал наличие связи между уровнями содержания твердых частиц в окружающей среде (ТЧ_{2.5/10}) и распространенность ХОБЛ.

Социально-экономический статус

Бедность неизменно ассоциируется с обструкцией воздушного потока, а более низкий социально-экономический статус-с повышенным риском развития ХОБЛ. Однако неясно, отражает ли эта картина воздействие загрязнителей воздуха в помещениях и на открытом воздухе, перенаселенность, плохое питание, инфекции или другие факторы, связанные с низким социально-экономическим статусом.

Астма и гиперреактивность дыхательных путей

Астма может быть фактором риска развития хронического ограничения воздушного потока и ХОБЛ. Было обнаружено, что взрослые с астмой имеют 12-кратный более высокий риск приобретения ХОБЛ с течением времени по сравнению с теми, кто без астмы. Еще одно лонгитюдное исследование людей с

астмой показало, что примерно у 20% испытуемых развилось необратимое ограничение воздушного потока и снижение коэффициента передачи.

Гиперреактивность дыхательных путей может существовать без клинического диагноза астмы и, как было показано, является независимым предиктором ХОБЛ и респираторной смертности в популяционных исследованиях, а также показателем риска избыточного снижения функции легких у пациентов с легкой ХОБЛ.

Хронический бронхит

В семенном исследовании Флетчера и его коллег хронический бронхит не был связан с ускоренным снижением функции легких. Однако в последующих исследованиях наблюдалась связь между гиперсекрецией слизи и повышенным снижением FEV₁, а у молодых людей, которые курят, наличие хронического бронхита было связано с повышенной вероятностью развития ХОБЛ. Хронический бронхит также был связан с повышенным риском в общем количестве, а также тяжести обострений.

Инфекции

«История тяжелой детской респираторной инфекции была связана со снижением функции легких и увеличением респираторных симптомов во взрослом возрасте.⁹⁶ восприимчивость к инфекциям, играет определенную роль в обострениях ХОБЛ, но эффект на развитие заболевания менее понятна. Имеются данные о том, что ВИЧ-инфицированные пациенты подвергаются повышенному риску ХОБЛ по сравнению с ВИЧ-негативным контролем (исследований; соотношение Объединенных шансов 1,14 (95% CI 1,05, 1,25)¹⁰⁶; туберкулез также был идентифицирован как фактор риска ХОБЛ. Кроме того, туберкулез является как дифференциальным диагнозом ХОБЛ, так и потенциальной коморбидностью» [6, с.476].

Клиника

ХОБЛ следует рассматривать у любого пациента, страдающего одышкой, хроническим кашлем или мокротой и/или подверженного воздействию факторов риска заболевания.

«Хроническая и прогрессирующая одышка является наиболее характерным симптомом ХОБЛ. Кашель с мокротой присутствует до 30% больных. Эти симптомы могут варьироваться изо дня в день и могут предшествовать развитию ограничения воздушного потока на многие годы. Лица, особенно с факторами риска ХОБЛ, с этими симптомами должны быть обследованы для поиска основной причины. Человек может обратиться за медицинской помощью либо из-за хронических респираторных симптомов, либо из-за острого, преходящего эпизода обострения респираторных симптомов.

Одышка, кардинальный симптом ХОБЛ, является основной причиной инвалидности и тревоги, связанной с заболеванием. Типичные пациенты ХОБЛ описывают одышку как ощущение повышенных усилий при дыхании, тяжести в груди, голода или удушья.⁵ Однако термины, используемые для описания одышки, могут различаться как индивидуально, так и культурно.

Хронический кашель часто является первым симптомом ХОБЛ и часто игнорируется пациентом как ожидаемое следствие курения и/или воздействия окружающей среды. Первоначально кашель может быть прерывистым, но впоследствии может присутствовать каждый день, часто в течение дня. Хронический кашель при ХОБЛ может быть продуктивным или непродуктивным. В некоторых случаях, значительное ограничение воздушного потока может развиваться без наличия кашля. Другие причины хронического кашля представлены в таблице» [6, с.347].

Пациенты ХОБЛ обычно поднимают небольшое количество цепкой мокроты при кашле. Регулярная выработка мокроты в течение трех и более месяцев в течение двух лет подряд (при отсутствии каких-либо других условий, которые могут это объяснить) является классическим определением хронического бронхита, но это несколько произвольное определение, которое не отражает весь диапазон выработки мокроты, который происходит при ХОБЛ.. Наличие гнойной мокроты отражает увеличение медиаторов

воспаления, и ее развитие может указывать на начало бактериального обострения, хотя ассоциация относительно слабая

Хрипы и стеснение в груди являются симптомами, которые могут варьироваться между днями и в течение одного дня. Слышимый хрип может возникать на уровне гортани и не обязательно сопровождаться аномалиями, слышимыми при аускультации. Кроме того, при аускультации могут присутствовать широко распространенные вдохи и выдохи.

Усталость, потеря веса и анорексия являются общими проблемами у пациентов с тяжелой и очень тяжелой ХОБЛ. Они имеют прогностическое значение и также могут быть признаком других заболеваний, таких как туберкулез или рак легких, и поэтому всегда должны быть исследованы.

Обморок при кашле возникает из-за быстрого повышения внутригрудного давления при длительных приступах кашля. Приступы кашля также могут вызвать переломы ребер, которые иногда протекают бессимптомно. Отек лодыжки может быть единственным показателем наличия легочного сердца.

Симптомы депрессии и / или тревоги заслуживают специального исследования при получении истории болезни, поскольку они распространены в ХОБЛ и связаны с повышенным риском обострений и ухудшения состояния здоровья.

1.2. Диагностика. Лечение. Профилактика

Диагностика

«Диагностика ХОБЛ основана на анамнестических данных, клинических проявлениях и результатах исследования вентиляционной функции легких. Заболевание обычно развивается в среднем возрасте и медленно прогрессирует. Факторами риска являются привычка к курению, профессиональные вредности, атмосферные загрязнения, дым от домашних отопительных приборов,

кухонный чад, химические раздражающие вещества. Основными клиническими проявлениями являются кашель с мокротой и одышка. Кашель и отделение скудной мокроты могут отмечаться только в утренние часы. Обычно кашель отмечается на протяжении всего дня, реже только в ночное время. Количество мокроты обычно небольшое, вне обострений она слизистая, нередко отделение мокроты происходит после продолжительного кашля. Одышка обычно со временем прогрессирует. Она усиливается при физической нагрузке, во влажную погоду, при обострениях. При осмотре пациента выслушиваются рассеянные сухие хрипы различного тембра. Иногда аускультативные феномены в легких не определяются и для их выявления необходимо предложить пациенту сделать форсированный выдох. В поздних стадиях ХОБЛ наличествуют клинические признаки эмфиземы легких (увеличенный переднезадний размер грудной клетки, расширенные межреберные промежутки, коробочный звук при перкуссии). При развитии хронической дыхательной недостаточности и легочной гипертензии отмечаются "теплый" акроцианоз, набухшие шейные вены» [6, 405].

Общий анализ крови, общий анализ мочи, мокроты с исследованием атипических клеток и БК, исследование функции внешнего дыхания, с проведением бронходилатационного теста, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, при необходимости - КТ грудной клетки, бронхоскопия [7, с.14].

«Золотым диагностическим стандартом является выявление частично необратимой бронхиальной обструкции при исследовании вентиляционной функции легких. Объем форсированного выдоха в первую секунду (ОФВ1) снижен и уменьшается по мере прогрессирования заболевания. Для оценки обратимости обструктивных нарушений вентиляции проводят фармакологическую пробу. Прирост ОФВ более чем на 15-12% или на 200 мл и более свидетельствует об обратимости бронхиальной обструкции. При бронхиальной астме обычны высокие приросты воздушных объемов, а при

ХОБЛ они минимальные. Эта проба входит в критерии дифференциальной диагностики ХОБЛ» [6, с.347].

Лечение

Эффективное лечение должно основываться на индивидуализированной оценке для уменьшения как текущих симптомов, так и будущих рисков обострений.

Вакцинации

Противогриппозная вакцина

Вакцинация против гриппа может уменьшить серьезные заболевания (например, инфекции нижних дыхательных путей, требующие госпитализации) и смертность у больных ХОБЛ. Только несколько исследований оценивали обострения, и они показали значительное снижение общего числа обострений на вакцинированного субъекта по сравнению с теми, кто получил плацебо. Вакцины, содержащие убитые или живые инактивированные вирусы, рекомендуются, поскольку они более эффективны у пожилых пациентов с ХОБЛ. Результаты популяционного исследования показали, что пациенты ХОБЛ, особенно пожилые люди, снизился риск развития ишемической болезни сердца при вакцинации против гриппа вакциной на протяжении многих лет. Возникновение побочных реакций обычно незначительны и преходящи.

«Пневмококковая вакцина

Пневмококковые прививки, PCV13 и PPSV23, рекомендуются всем пациентам ≥ 65 лет. В PPSV23 также рекомендуется для молодых пациентов ХОБЛ с серьезными сопутствующими заболеваниями, в том числе хроническими заболеваниями сердца и легких. Вакцинация снижает вероятность обострения ХОБЛ, а данные умеренного качества свидетельствуют о преимуществах пневмококковой вакцинации у больных ХОБЛ. В крупном РКИ PCV13 продемонстрировал значительную эффективность для профилактики внебольничной пневмонии вакцинного типа (45,6%) и инвазивного пневмококкового заболевания вакцинного типа (75%) среди взрослых ≥ 65 лет и эффективность сохранялась не менее 4 лет» [6, с.347]..

Физическая активность

Метаанализ показал, что только физические упражнения или с добавлением консультаций по активности значительно улучшили уровень физической активности у пациентов с ХОБЛ. Сочетание постоянной нагрузки или интервальная тренировка с силовой тренинг обеспечивает лучшие результаты, чем каждый из методов.

Тренировочные упражнения могут быть усилены за счет оптимизации бронходилататоров, Тренировка инспираторных мышц увеличивает силу инспираторных мышц, но это не всегда приводит к повышению производительности, уменьшению одышки или улучшению качества жизни, связанного со здоровьем, при добавлении к комплексной программе реабилитации легких.

Нутритивная поддержка

Для недоедающих пациентов с ХОБЛ рекомендуется пищевая добавка. Это основано на систематических обзорах положительных эффектов на массу тела, жировой массы и безжировой массы, когда пищевых добавок осуществляется только для пациентов ХОБЛ (особенно если недоедает) и при использовании в качестве дополнения к тренировке. Оптимальный объем и длительность лечения точно не установлены.⁵⁶ Пациентов, получавших пищевые добавки, продемонстрировали значительное улучшение по сравнению с исходным уровнем для теста 6-минутной ходьбы, силы дыхательных мышц и состояния здоровья (только у недоедающих пациентов).

Кислородная терапия

«Долгосрочная оксигенотерапия показана для стабильных пациентов, которые имеют:

PaO₂ при температуре 7,3 кПа или ниже (55 мм рт. ст.) или SaO₂ при температуре 88% или ниже, с гиперкапнией или без нее, подтвержденной дважды в течение трехнедельного периода; или

PaO₂ от 7,3 кПа (55 мм рт.ст.) до 8,0 кПа (60 мм рт. ст.), или SaO₂ 88%, если имеются признаки легочной гипертензии, периферического отека,

свидетельствующего о застойной сердечной недостаточности, или полицитемии (гематокрит > 55%).

После помещения на длительную кислородную терапию (LTOT) пациент должен быть повторно оценен через 60-90 дней с повторным артериальным газом крови (ABG) или насыщением кислородом, вдохновляя тот же уровень кислорода или воздуха в помещении, чтобы определить, является ли кислород терапевтическим и все еще показан, соответственно.

ИВЛ NIV иногда используется у пациентов со стабильной очень тяжелой ХОБЛ. НМВ может рассматриваться в качестве некоторого применения у выбранной группы пациентов, особенно у пациентов с выраженной дневной гиперкапнией и недавней госпитализацией, хотя систематический обзор не может подтвердить или опровергнуть это. Однако у пациентов как с ХОБЛ, так и с обструктивным апноэ во сне имеются четкие показания для непрерывного положительного давления в дыхательных путях (CPAP)» [6, с.490].

К первичным причинам обострения ХОБЛ относятся трахеобронхиальные инфекции (чаще вирусной этиологии) и экспозиция аэрополлютантов.

К числу т.н. вторичных причин обострения ХОБЛ относят: тромбоз ветвей легочной артерии, пневмоторакс, пневмонию, травму грудной клетки, назначение бета-адреноблокаторов и других лекарственных средств, сердечную недостаточность, нарушения ритма сердца и др.

«Все обострения следует рассматривать как фактор прогрессирования ХОБЛ, в связи с чем рекомендуется более интенсивная терапия. В первую очередь это относится к бронхолитической терапии: увеличивают дозы препаратов и модифицируют способы их доставки (предпочтение отдается небулайзерной терапии). С этой целью используются специальные растворы бронхолитических препаратов -- ипратропия бромида, фенотерола, сальбутамола или комбинации ипратропия бромида с фенотеролом.

В зависимости от тяжести течения и степени обострения ХОБЛ лечение может проводиться как амбулаторно (легкое обострение или среднетяжелое

обострение у больных с легким течением ХОБЛ), так и в стационарных условиях.

В качестве бронхолитиков при обострении ХОБЛ тяжелого течения рекомендуется назначение небулизированных растворов бета2-агонистов короткого действия (уровень доказательности А). Режим больших доз бронхолитиков способен принести существенный положительный эффект при острой дыхательной недостаточности.

При лечении тяжелых больных с наличием полиорганной патологии, тахикардии, гипоксемии возрастает роль АХП препаратов. Ипратропия бромид назначается как в качестве монотерапии, так и в сочетании с бета2-агонистами. Назначению любых других бронхолитиков или их лекарственных форм (ксантины, бронхолитики для внутривенного введения) должно предшествовать применение максимальных доз этих лекарственных средств, назначаемых через небулайзер или спейсер.

Преимуществами ингаляций через небулайзер являются:

- отсутствие необходимости координации вдоха с ингаляцией;
- простота выполнения техники ингаляции для пожилых и тяжелых больных;
- возможность введения высокой дозы лекарственного вещества;
- возможность включения небулайзера в контур подачи кислорода или контур ИВЛ;
- отсутствие фреона и других пропелентов;
- удобство применения» [6, с.494].

Ввиду многообразия нежелательных явлений теофиллина его применение требует осторожности. В то же время при невозможности, по разным причинам, использования ингаляционных форм лекарственных средств, а также при недостаточно эффективном применении других бронхолитиков и глюкокортикоидов возможно назначение препаратов теофиллина. Применение теофиллина при обострениях ХОБЛ дискутируется, так как в контролируемых

исследованиях эффективность теофиллина у больных с обострением ХОБЛ оказалась недостаточно высокой, а в ряде случаев лечение сопровождалось такими нежелательными реакциями, как гипоксемия. Высокий риск нежелательных побочных реакций обуславливает необходимость измерения концентрации препарата в крови, что в практике врача представляется весьма затруднительным.

Для купирования обострения наряду с бронхолитической терапией применяют антибиотики, глюкокортикоиды, и в условиях стационара -- контролируемую оксигенотерапию и неинвазивную вентиляцию легких.

«Глюкокортикоиды. При обострении ХОБЛ, сопровождающемся снижением $ОФВ_1 < 50\%$ от должного, используют глюкокортикоиды параллельно с бронхолитической терапией. Предпочтение отдают системным глюкокортикоидам: например, назначают по 30-40 мг преднизолона в течение 10-14 дней с последующим переводом на ингаляционный путь введения.

Терапия системными глюкокортикоидами (внутрь или парентерально) способствует более быстрому увеличению $ОФВ_1$, уменьшению одышки, улучшению оксигенации артериальной крови, укорочению сроков госпитализации (уровень доказательности А). Назначать их следует как можно раньше, еще при поступлении в приемное отделение.

Пероральное или внутривенное введение глюкокортикоидов при обострениях ХОБЛ на госпитальном этапе осуществляется параллельно с бронхолитической терапией (по показаниям в комбинации с антибиотиками и оксигенотерапией)» [6, с.489].

Антибактериальные средства показаны при усилении одышки, увеличении объема мокроты и ее гнойном характере. В большинстве случаев при обострениях ХОБЛ антибиотики можно назначать внутрь. Продолжительность антибактериальной терапии - от 7 до 14 дней.

«При неосложненном обострении препаратом выбора является амоксициллин (в качестве альтернативы могут использоваться респираторные фторхинолоны или амоксициллин/клавуланат, а также «новые» макролиды --

азитромицин, кларитромицин). При осложненных обострениях препаратами выбора являются респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) или цефалоспорины II-III поколения, в том числе с антисинегнойной активностью» [6, с.558].

Показаниями для парентерального применения антибиотиков являются:

- отсутствие пероральной формы препарата;
- нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта;
- тяжелое обострение заболевания;
- ИВЛ;
- низкий комплаенс с больным.

«Оксигенотерапия является одним из ключевых направлений комплексного лечения больных с обострением ХОБЛ в условиях стационара. Адекватный уровень оксигенации, а именно $pO_2 > 8,0$ кПа (более 60 мм рт. ст.) или $pCO_2 > 90\%$, как правило, быстро достигается при неосложненных обострениях ХОБЛ. После начала оксигенотерапии через назальные катетеры (скорость потока -- 1-2 л/мин) или маску Вентури (содержание кислорода во вдыхаемой кислородно-воздушной смеси 24-28%) газовый состав крови должен контролироваться через 30-45 мин (адекватность оксигенации, исключение ацидоза, гиперкапнии).

Если после 30-45-минутной ингаляции кислорода больному с острой дыхательной недостаточностью эффективность оксигенотерапии минимальна или отсутствует, следует принимать решение о вспомогательной вентиляции легких. В последнее время особое внимание уделяется неинвазивной вентиляции легких с положительным давлением. Эффективность этого метода лечения дыхательной недостаточности достигает 80-85% и сопровождается нормализацией газового состава артериальной крови, уменьшением одышки, и, что более важно, снижением летальности больных, снижением числа инвазивных процедур и связанных с ними инфекционных осложнений, а также

снижением длительности госпитального периода лечения (уровень доказательности А)» [6, с.512].

Профилактика

Профилактика заболевания бывает первичной и вторичной.

«Первичная профилактика

1. Полностью отказаться от курения. Для этого применяются различные методики. Чаще всего используется консультирование врачей, а также никотинзаместительная терапия. Программа лечения может быть длительной (предусматривает полный отказ от курения), короткой (предполагает усиление мотивации к отказу от сигарет). А еще существуют методы, снижающие интенсивность курения.

2. Перестать контактировать с профессиональными поллютантами. Это касается и рабочего места, и быта. Тут следует учитывать анамнез человека, восприимчивость его организма к негативным факторам. Например, если он живет в районе с сильно загрязненным воздухом, то лучше сменить место проживания.

3. Устранить даже самую возможность пассивного курения, начиная с детского возраста.

4. Производить своевременную профилактику и лечение ОРВИ. Острый бронхит и пневмонию следует лечить своевременно. Самолечением заниматься не стоит, так как это только усугубит состояние больного и повысит риск заболевания ХОБЛ. Любое недолеченное заболевание переходит в хроническую форму и вызывает осложнения.

5. Закаливать организм.

6. Соблюдать чистоту в быту и на рабочем месте.

7. Выполнять подходящие физические упражнения, способствующие улучшению функции дыхания. Очень полезным является и плавание. Эти процедуры помогут уменьшить склонность к ХОБЛ.

Первичная профилактика поможет избежать развития заболевания

Вторичная профилактика

1. Заниматься укреплением иммунитета. Особенно полезными в этом случае являются дыхательные упражнения.

2. Понимать всю природу патологии, а также знать те факторы, которые провоцируют ее обострение. Памятка пациенту выдается в лечебном учреждении. Производится своеобразное обучение больного, как правильно жить с ХОБЛ, так как эта болезнь считается неизлечимой.

3. Проходить оптимальную бронхолитическую терапию.

4. Осуществлять вакцинацию и ревакцинацию пневмококковой и гриппозной инфекции. Особенно важно проводить ее пациентам после 65 лет.

5. Проходить периодические курсы витаминной терапии, лечебной физкультуры и дыхательной гимнастики.

6. Правильно использовать ингаляторы при ХОБЛ. Используемый препарат должен обязательно попадать в бронхиальное дерево.

7. Периодически проходить лечение в специализированных санаториях и курортах. Это даст возможность поддерживать легочную ткань в нормальном состоянии, обеспечивать ее функциональность на оптимальном уровне.

Вторичная профилактика при ХОБЛ предусматривает также организацию больному нормальных условий труда, в зависимости от степени тяжести патологии и индивидуальных особенностей организма. Это позволит уменьшить частоту и интенсивность рецидивов» [6, с.558].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.

2.1. Собственное исследование

Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения ОГБУЗ «Городская больница № 2 города Белгорода» методом анкетирования. В исследовании принимали участие 30 человек. Получены следующие данные:

Распределение по половой принадлежности: Мужчин среди исследуемых было – (65%), женщин – (35%) (Рис. 1).

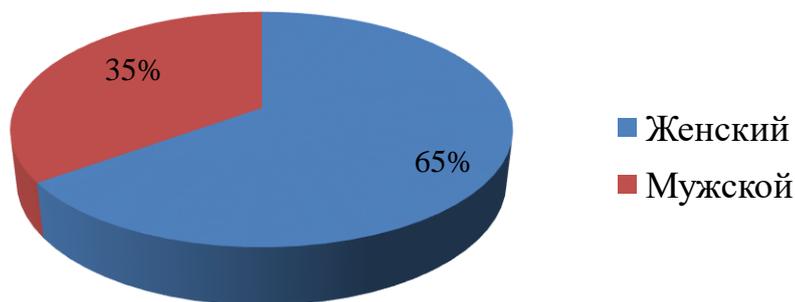


Рис. 1. Распределение по половой принадлежности

Возрастные промежутки: 30-40 лет - (35%), 40-50 лет - (20%) 50-60 лет - (25%), 60 и более лет - (20%) (Рис.2).

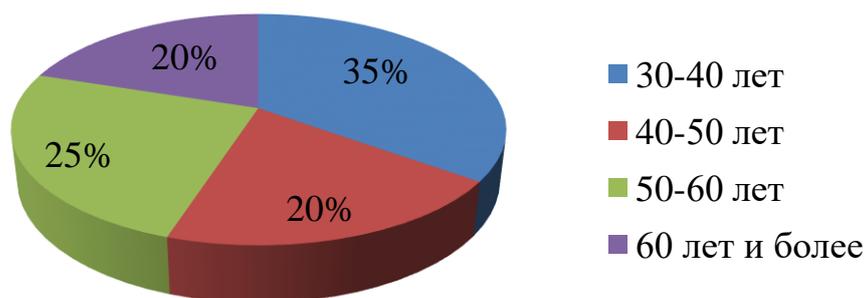


Рис. 2. Возрастные промежутки

Образование: Высшее имеют (45%) исследуемых, среднее специальное - (30%), среднее - (20%), незаконченное среднее – (5%) (Рис.3).

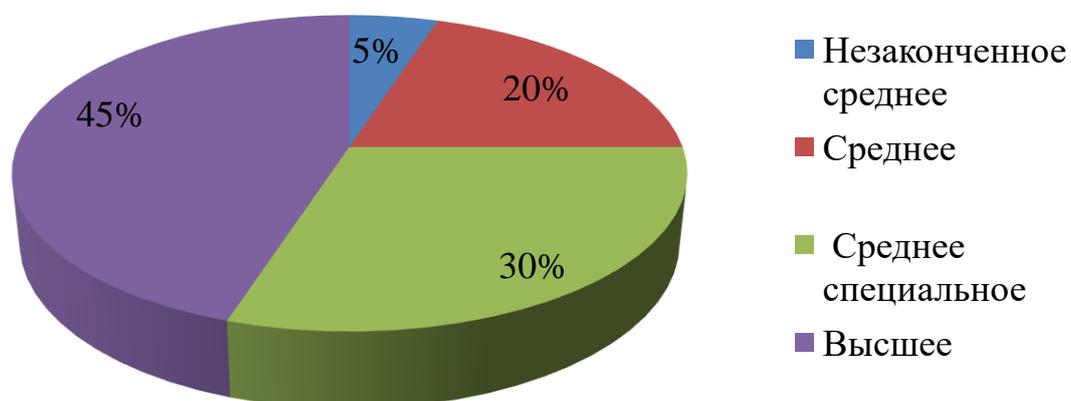


Рис. 3. Наличие образования.

Семейное положение: Состоят в браке - (77%), в разводе - (7%), вдовы - (13%), одинокие - (13%) (Рис.4).

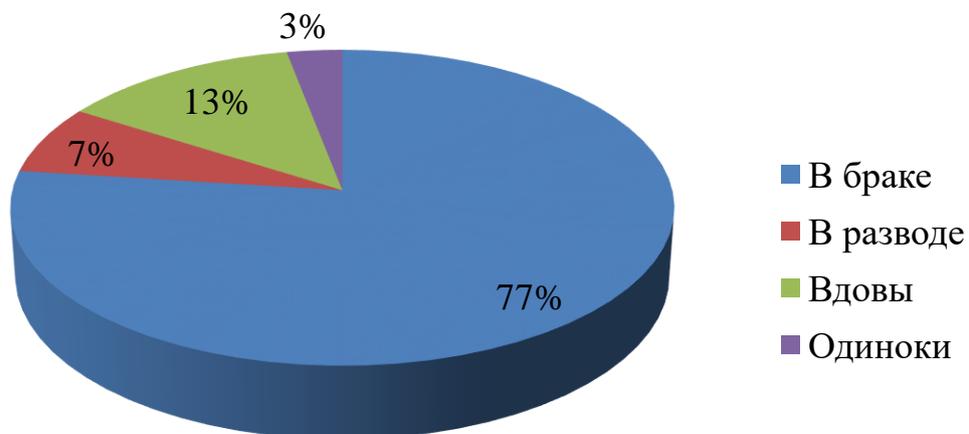


Рис. 4. Семейное положение

Место проживания: В селе проживает - (20%), в городе - (80%) (Рис.5).

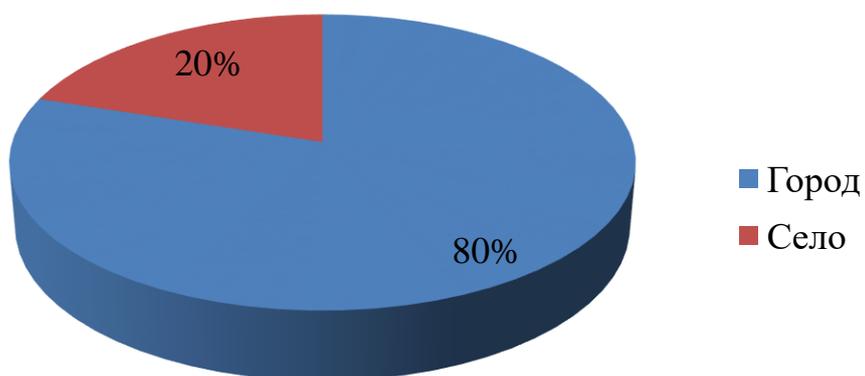


Рис. 5. Место проживания.

Трудовая занятость: работают - (55%) пациентов, на пенсии - (20%), не работают (25%) (Рис.6).

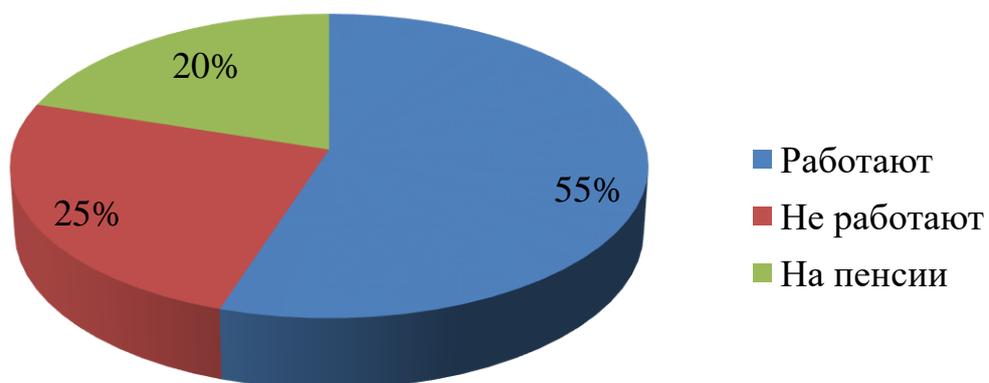


Рис. 6. Трудовая занятость населения.

Жилищные условия: в квартире проживают (64%) респондентов, в своем доме - (31%), на съемной квартире - (4%), в общежитии - (1%) (Рис.7).

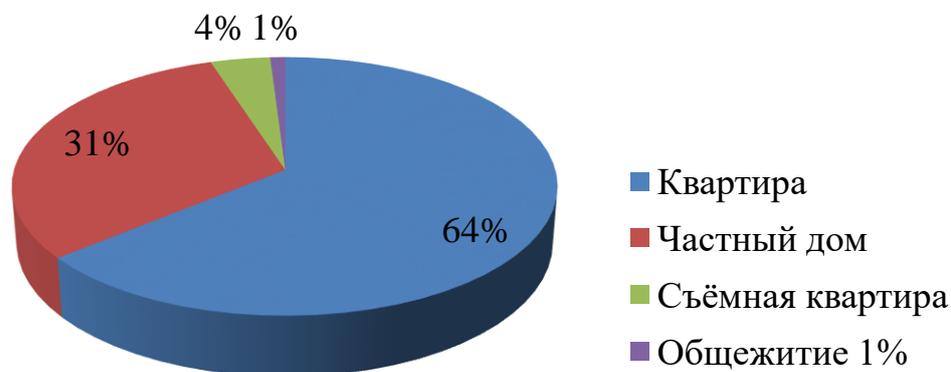


Рис. 7. Жилищные условия

Знают ли, с каким диагнозом поступили в больницу?: Да, знают - (85%), Нет, не знают - (15%) (Рис 8).

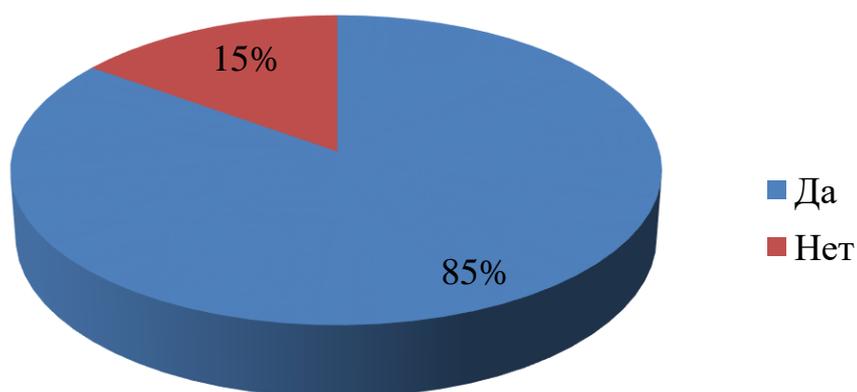


Рис. 8. Знание о диагнозе

Знают ли, что такое хроническая дыхательная недостаточность?: Да, знают - (80%), Нет, не знают – (5%), Немного (15%) (Рис 9).

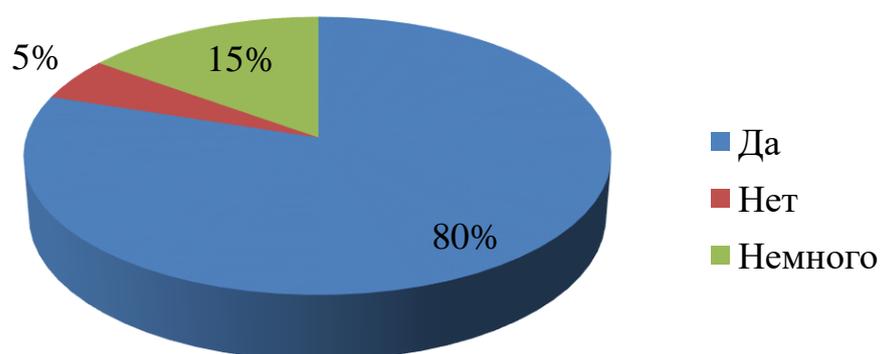


Рис. 9. Информация о существующей патологии

Источники информации о патологии: От врача (75%), из СМИ (10%), от знакомых (10%) другие источники (5%) (Рис 10).

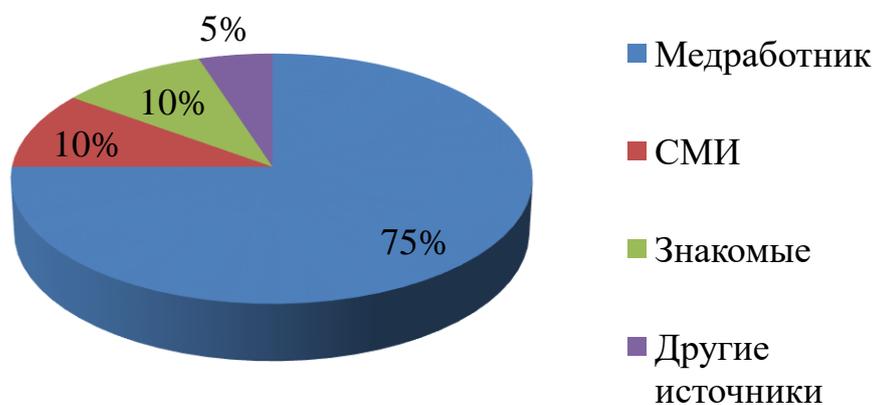


Рис. 10. Источники информации о патологии

Связь работы с переохлаждением, сквозняками: Да - (30%), Нет - (70%) (Рис 11).

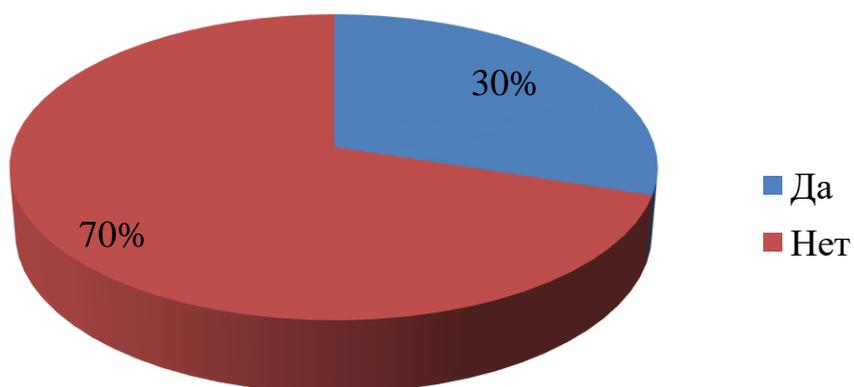


Рис. 11. Связь работы с переохлаждениями, сквозняками

Переохлаждения по дороге до места работы: Да - (65%), Нет - (35%)
(Рис. 12).

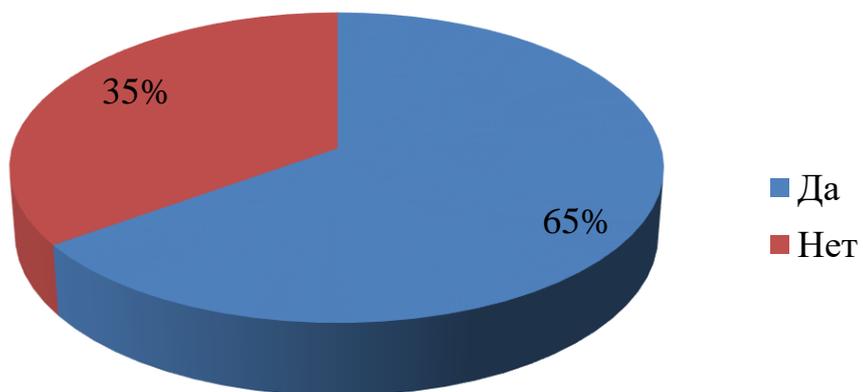


Рис. 12. Переохлаждения по дороге на работу

Наличие стрессов дома, на работе: Да - (55%), Нет - (15%), Иногда - (30%)
(Рис 13).

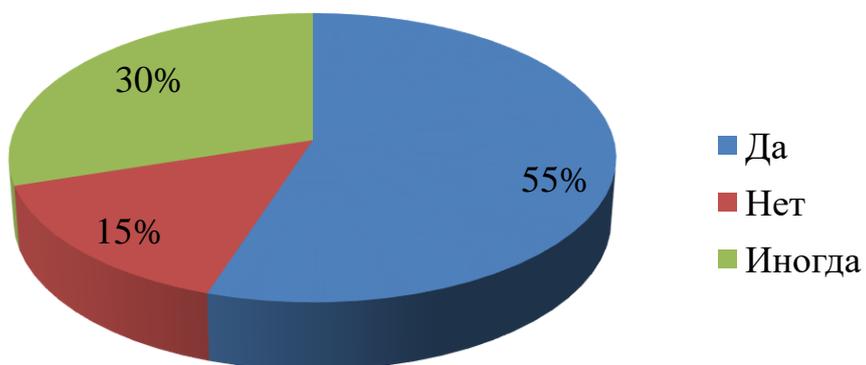


Рис. 13. Наличие стрессов дома, на работе

Курение: Пачка в день - (85%), изредка - (10%), не курят – (5%) (Рис. 14).

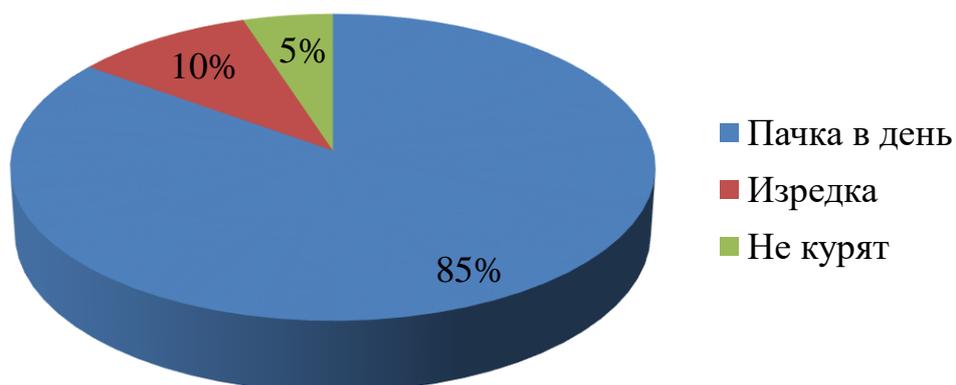


Рис 14. Курение

Употребление алкоголя: Иногда - (15%), по праздникам, часто, нет, - (85%) (Рис 15).

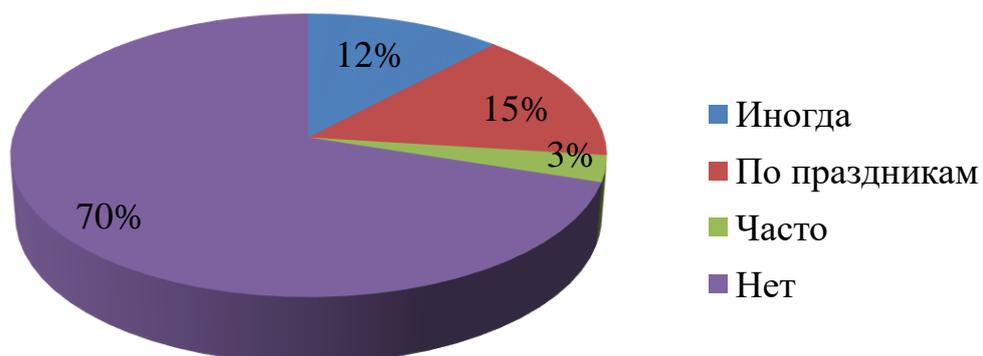


Рис. 15. Употребление алкоголя

Частота простудных заболеваний: Да, часто - (50%), Нет, иногда - (30%), Никогда (20%) (Рис 16).

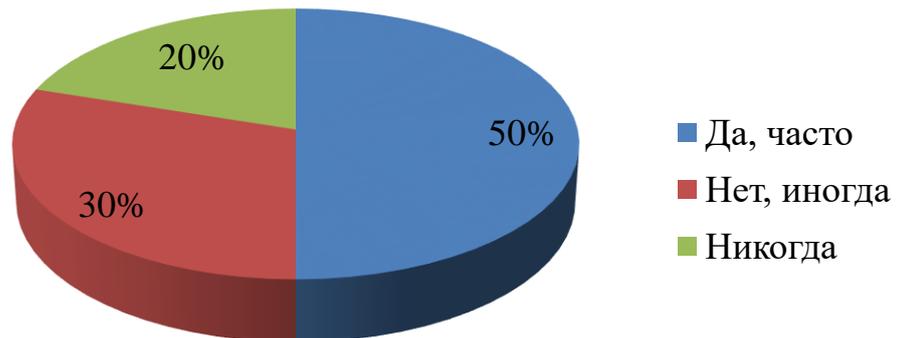


Рис. 16. Перенесённые вирусные заболевания накануне.

Занятия лечебной физической культурой: Да, почти регулярно - (30%), Нет, не занимаюсь - (70%) (Рис 17).

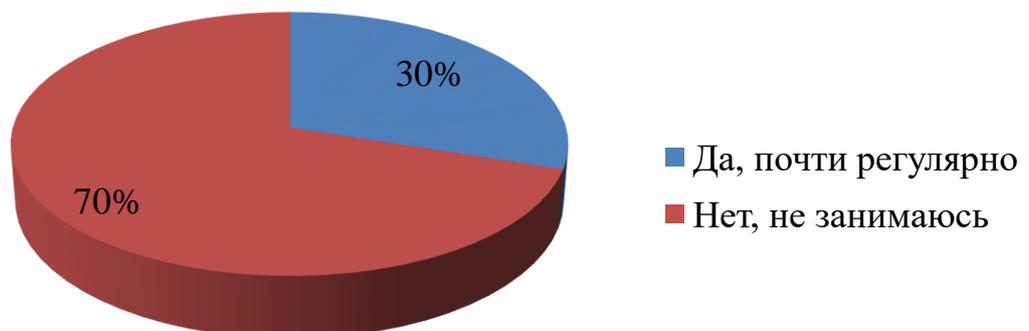


Рис. 17. Занятия лечебной физической культурой

Собственная оценка состояния своего здоровья: Плохое - (15%),
Удовлетворительное - (80%), Хорошее - (5%) (Рис 18).

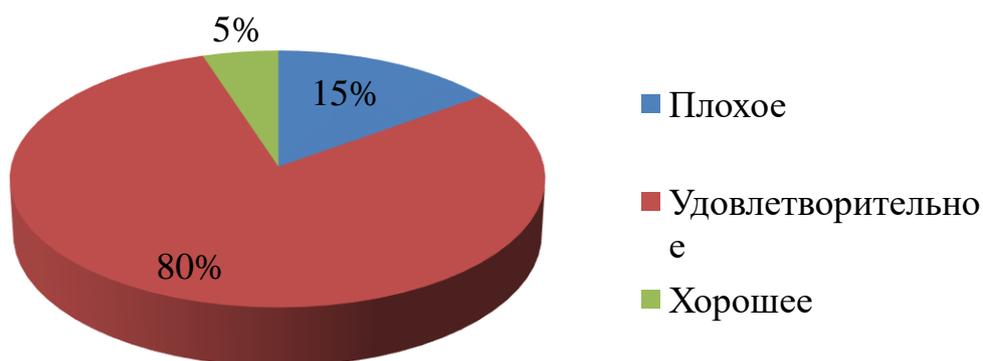


Рис. 18. Собственная оценка состояния своего здоровья

Наблюдение у врача: Да - (67%), Нет - (33%) (Рис 19).

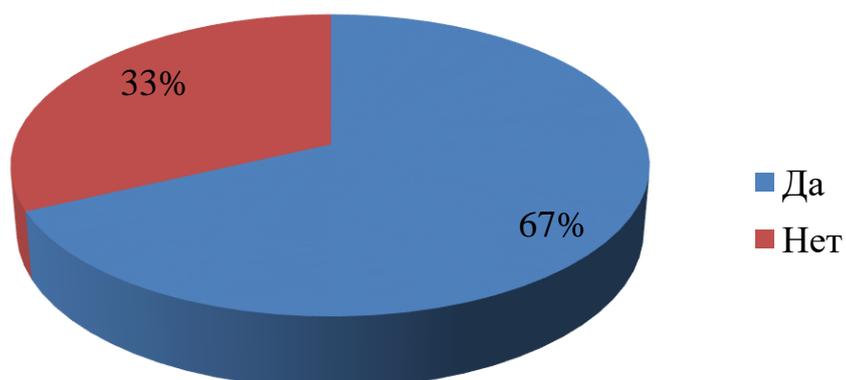


Рис. 19. Наблюдение у врача

Частота обращения к врачу: Регулярно - (32%), при ухудшении состояния - (68%) (Рис 20).

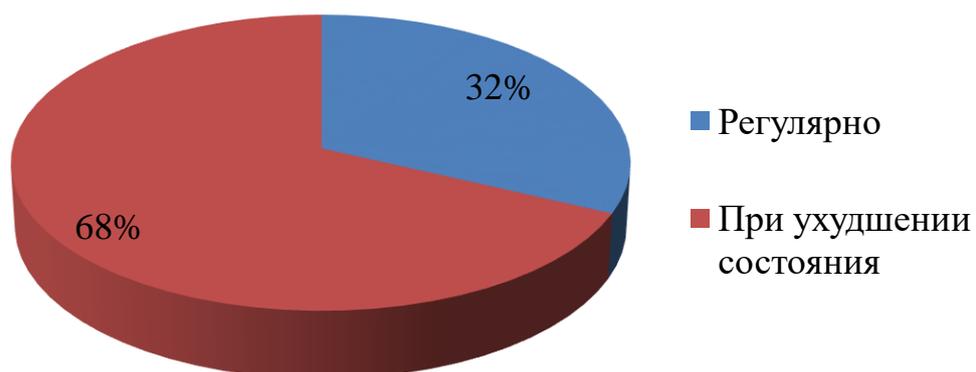


Рис. 20. Частота обращения к врач

Влияние заболевания на повседневную жизнь: Да, повлияло - (56%), Нет, не повлияло - (44%) (Рис 21).

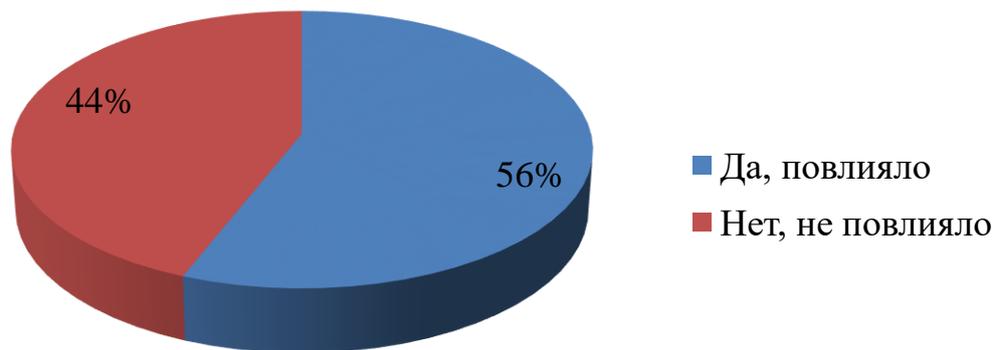


Рис. 21. Влияние болезни на повседневную жизнь

Соблюдение рекомендаций врача: Да, постоянно - (98%), Нет, не всегда - (2%) (Рис 22).

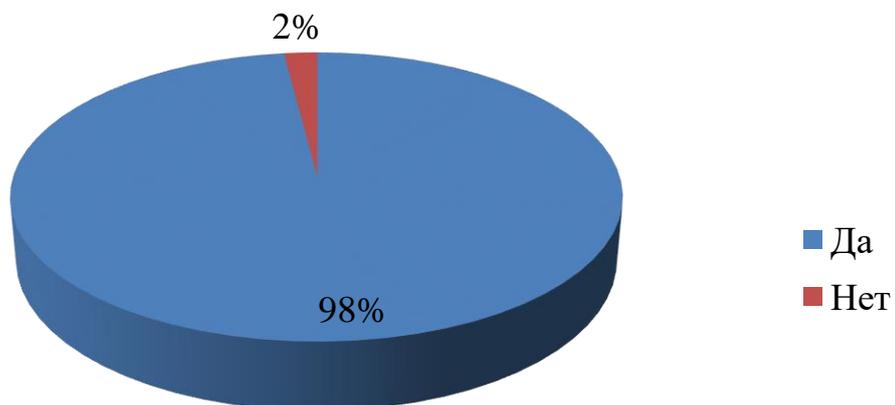


Рис. 22. Соблюдение рекомендаций

Регулярность приема лекарства: Да, регулярно - (89%), Нет, при ухудшении состояния - (11%) (Рис 23).

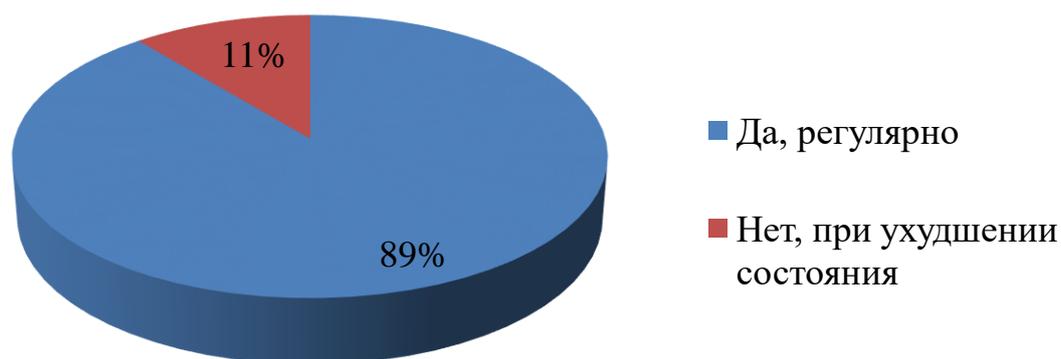


Рис. 23. Регулярность приема лекарства

Использование ингалятора: Да - (100%), Нет - (0%) (Рис 24).

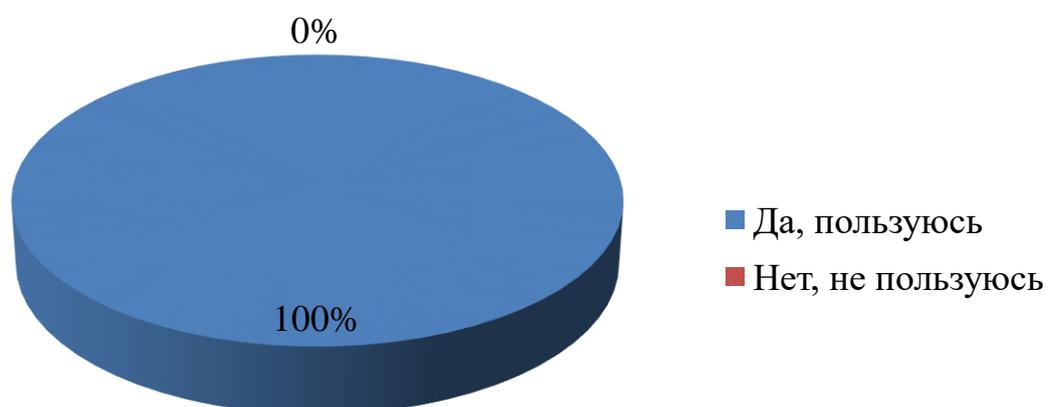


Рис. 24. Использование ингалятора

Положительный эффект от приема ингалятора: Да - (98%), Нет, не всегда - (2%) (Рис 25).

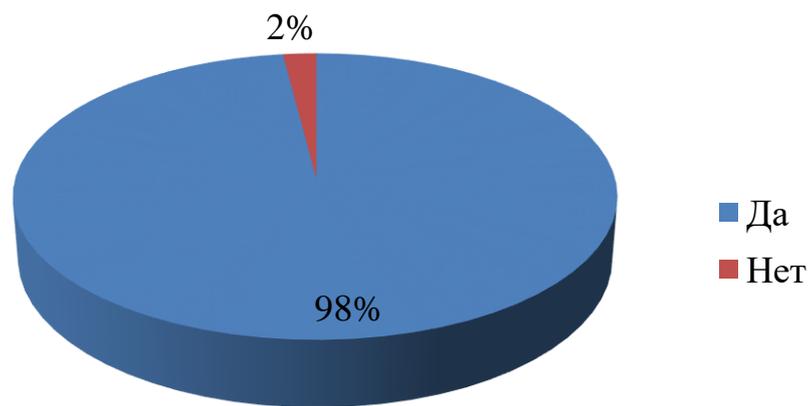


Рис. 25. Положительный эффект от приема ингалятора

Обращаемость за медицинской помощью к медсестре: Да, обращался - (71%), Нет, не обращался - (29%) (Рис 26).

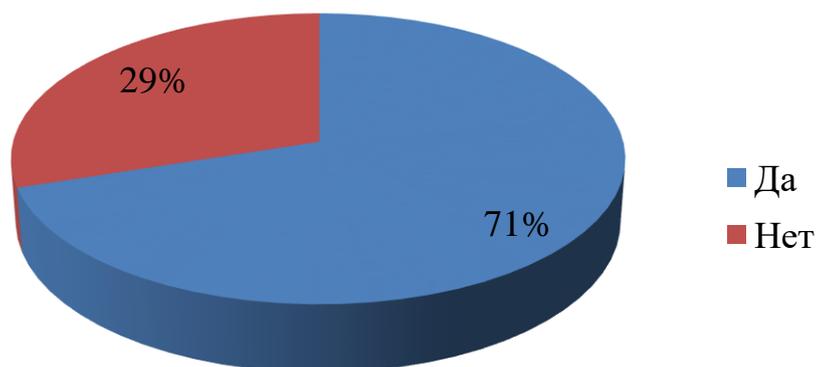


Рис 26. Обращаемость за медицинской помощью к медсестре

Получение медицинской помощи от медсестры: Да, получил медицинскую помощь - (94%), Нет, считаю, что не получил ее - (6%) (Рис 27).

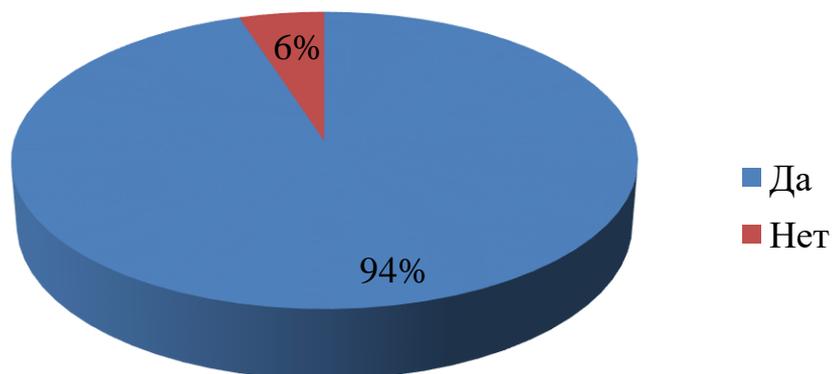


Рис. 27. Получение медицинской помощи от медсестры

Устраивает ли вас отношение медперсонала этого отделения к больным: Да, устраивает- (92%), Нет, не устраивает - (8%) (Рис 28).

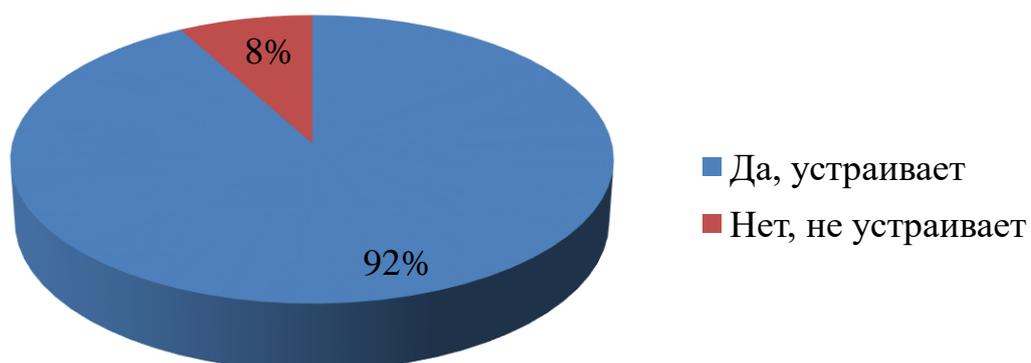


Рис 28. Отношение медперсонала

Объясняют ли вам медсестры, какие продукты вам можно передавать: Да, объясняют - (92%), Нет, не объясняют - (8%) (Рис 29).

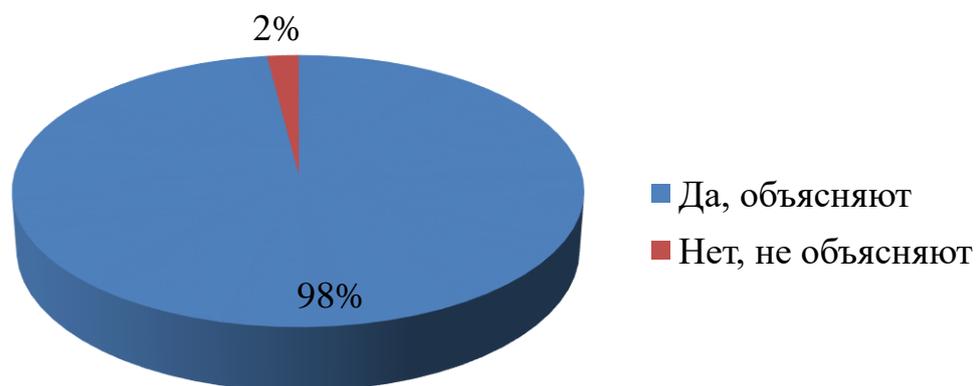


Рис. 29. Разрешаемые продукты

Объяснение медперсоналом, какие лекарственные препараты принимает:
 Да - (98%), Нет - (2%) (Рис 30).

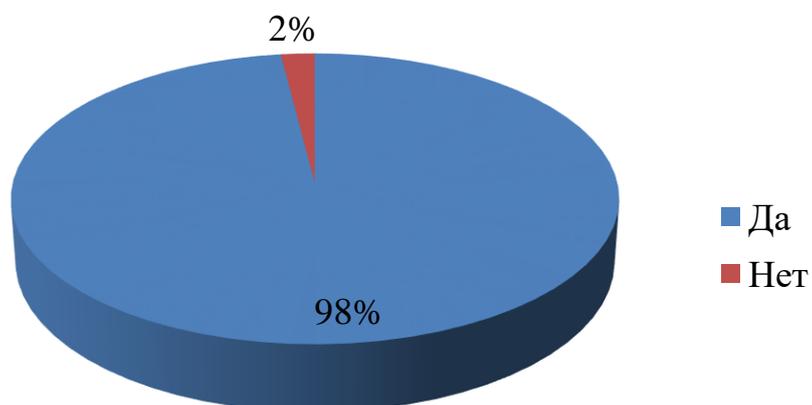


Рис. 30. Принимаемые лекарственные препараты

Объяснение медперсоналом, что делать при появлении головокружения и нехватки воздуха: Объясняют - (98%), Не объясняют - (2%) (Рис 31).

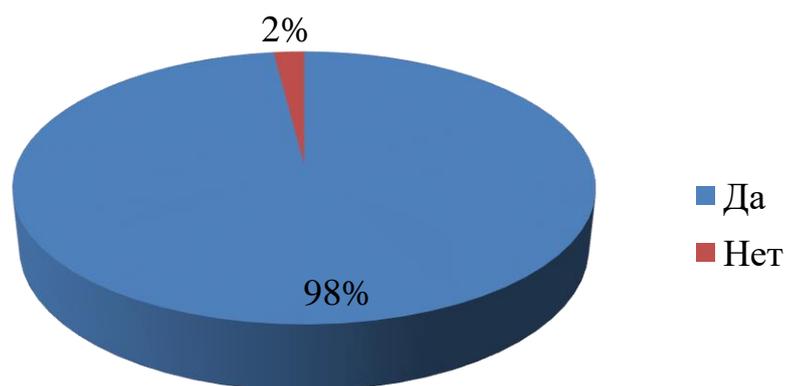


Рис. 31. Объяснение медперсоналом, что делать при появлении головокружения и нехватки воздуха

На вопрос «Как вы относитесь к созданию в больнице «Школы здоровья», были получены следующие ответы: Да, ответили (80%). Нет - (12%). Затрудняюсь ответить - (8%) (Рис 32).

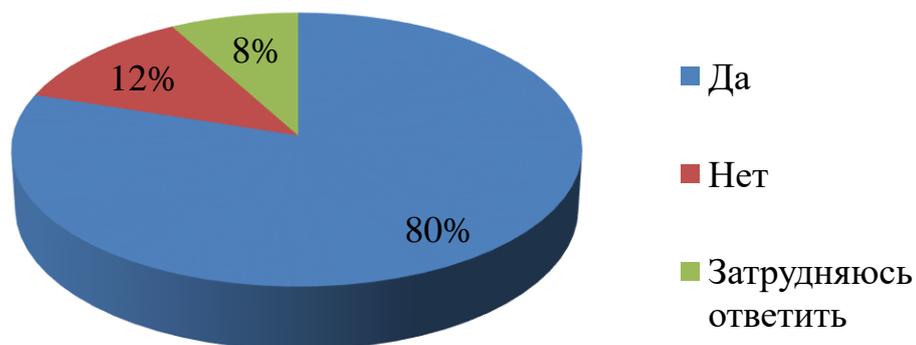


Рис. 32. Желание создать «Школу здоровья» в больнице

На вопрос, «Вы бы посещали «Школу здоровья», были получены следующие ответы: Да - (80%). Нет - (12%). Затрудняюсь ответить - (8%) (Рис 33).

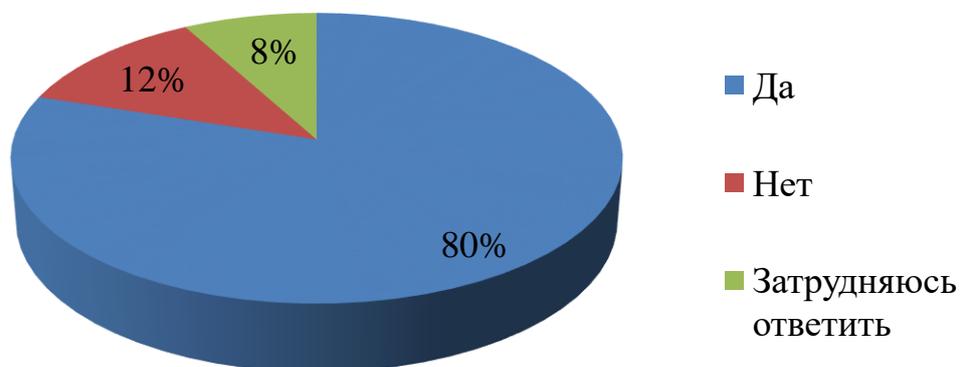


Рис. 33. Желание посещать «Школу здоровья»

Выводы

Чаще всего ХОБЛ болеют мужчины (65%) трудоспособного возраста (80%), имеющие средне специальное или высшее образование (75%), с отягощенной наследственностью по легочной патологии, состоящие в браке(77%), проживающие в городе (80%), часто болеющие простудными заболеваниями (65%), испытывающие стрессы (55%) и переохлаждение на работе и по дороге к ней(67%), злостные курильщики (80%), предпочитающие пассивный отдых (70%), которые обращаются к врачу лишь при ухудшении состояния (68%), в основном (100%) пользующиеся ингаляторами, заинтересованные в создании «Школы здоровья»(80%) и большинство из них посещали бы ее (80%).

2.2. Рекомендации пациентам с хронической обструктивной болезнью легких

1. Вести здоровый образ жизни, прекратить курить
2. Постоянно наблюдаться у врача и выполнять все его рекомендации
3. Избегать переохлаждения сквозняков.
4. Санировать все очаги инфекции.
5. Ежедневно проводить дыхательную гимнастику.
6. Больше бывать на свежем воздухе.
7. Принимать сбалансированное питание с большим содержанием витаминов и белков
8. При создании «Школы здоровья», посещать ее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека. По приблизительным оценкам, во всем мире ХОБЛ страдает около 210 млн. человек. В структуре заболеваемости она входит в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимают четвертое место среди причин смерти после сердечно-сосудистой патологии, рака легкого и церебрально-сосудистых заболеваний. В России ХОБЛ занимает 1-ое место (55%) в структуре распространенности болезней органов дыхания, существенно опережая бронхиальную астму (19%) и пневмонию (14%).

Выявление, уменьшение воздействия и контролирование факторов риска являются важнейшими шагами профилактики и лечения любой болезни. В случае ХОБЛ такими факторами являются табачный дым, профессиональные воздействия, а также поллютанты и ирританты внутри жилищ и в атмосфере. Поскольку курение сигарет повсеместно является самым распространенным фактором риска при ХОБЛ, необходимо внедрение антитабачных программ (программ по предупреждению курения), причем программы отказа от курения должны быть легкодоступны и должны предлагаться для всех курильщиков. Уменьшение общего воздействия табачного дыма, профессиональной пыли и химикатов, а также поллютантов в помещениях и в атмосфере является важной задачей по предупреждению развития и прогрессирования ХОБЛ. Медицинские работники должны побуждать каждого курильщика бросить курить, даже если он пришел в медицинское учреждение по не связанным с курением причинам и не имеет симптомов ХОБЛ, признаков ограничения скорости воздушного потока или других заболеваний, обусловленных курением. Беседа, проведенная врачом или другим медицинским работником, значительно увеличивает степень отказа от курения по сравнению с попытками, сделанными самим курящим» [6, с.534]. Диагноз ХОБЛ следует заподозрить у всех пациентов с

одышкой, хроническим кашлем или выделением мокроты и/или с воздействием характерных для этой болезни факторов риска в анамнезе.

В результате проведенного исследования были выполнены все поставленные задачи:

1. Изучена литература по теме исследования.
2. Проведена анкетирование пациентов с ХОБЛ.
3. Определена тактика фельдшера в диагностике хронической обструктивной болезни легких.
4. Определена тактика фельдшера в лечении и профилактике хронической обструктивной болезни легких.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулхаков Р. А., Внутренние болезни: учеб. для мед. вузов в 2 т [Текст] / Р. А. Абдулхаков, В. Г. Авдеев, В. А. Алмазов и др. ; под ред. Н. А. Мухина и др. – 2-е изд., испр. и доп. – Т. 1. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 436 с.
2. Виноградова И. В., Основы формирования здорового образа жизни [Текст] /И.В. Виноградова //Справочник поликлинического врача. – 2017. – 345 с.
3. Визель А. А., Тройная терапия хронической обструктивной болезни легких: от анализа к практике [Текст] / Визель А. А., Визель И. Ю., Салахова И. Н., Вафина А. Р. // Фарматека. – 2017. - № 14 - С. 34-41.
4. Дарби М, Клиническая интерпретация рентгенограммы легких [Текст] : Справочник / М. Дарби и др.; под ред. В. Н. Трояна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 216 с.
5. Ерофеев М. П., Хронические обструктивные заболевания легких [Текст] / М. П. Ерофеев // Главврач. – 2017. - № 9 - С. 7-20.
6. Зайцев А. А., Обострение хронической обструктивной болезни легких: эпидемиология, основы диагностики, режимы антибактериальной терапии [Текст] / Зайцев А. А., Крюков Е. В. // Практ. пульмонология. – 2017. - № 4 - С. 58-62.
7. Зырянов С. К., Фармакоэкономическая оценка двойной бронходилатационной терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких [Текст] / С. К. Зырянов, И. Н. Дьяков // Пульмонология. – 2018. - № 1 - С. 61-68.
8. Недогода С. В., Современные возможности терапии ХОБЛ в России: от клинических рекомендаций к реальной практике [Текст] / Недогода С. В., Цома В. В., Ледяева А. А., Хрипаева В. Ю. // Эффективная фармакотерапия. - 2017 - № 14 - С. 24-32.

9. Пономаренко Г. Н., Медицинская реабилитация: учеб. для студ. вузов / Г. Н. Пономаренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 360 с.

10. Якупова А. Ф., Повторные госпитализации при хронической обструктивной болезни лёгких в реальной клинической практике [Текст] / Якупова А. Ф., Зиннатуллина А. Р., Хамитов Р. Ф. // Казан. мед. журн. – 2018. - № 2 - С. 31-32.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета по ХОБЛ

1. Пол (М ; Ж)
2. Возраст _____ лет.
3. Образование: (Незаконченное среднее, Среднее, Среднее специальное, Высшее)
4. Семейное положение: В браке В разводе Вдовы Одиноки?
5. Вы живете в городе или в сельской местности? (ДА, НЕТ)
6. Есть ли у вас родственники страдающие хронической дыхательной недостаточностью? (ДА, НЕТ)
7. Знаете ли вы с каким диагнозом поступили в больницу? (ДА, НЕТ)
8. Знаете ли вы что такое хроническая дыхательная недостаточность? (ДА, НЕТ)
9. Откуда Вы получили эти сведения: от врача, от знакомых, из СМИ
10. Хотите ли Вы больше знать о своем заболевании и его профилактике?
11. Имеете ли Вы группу инвалидности ?
- 12.Какая у Вас группа инвалидности? 1-ая, 2-ая, 3-ть
13. Вы работаете?
- 14.Связана ли Ваша работа с вредными веществами? (ДА, НЕТ)
- 15.В связи с заболеванием Вам не пришлось менять работу?
- 16.Смена работы или получение инвалидности ухудшило Ваше материальное положение
17. Вы сами себя полностью обслуживаете?
- 18.Какими заболеваниями органов дыхания Вы страдаете?
- 19..Ваша жизнь подвергнута стрессам? (ДА, НЕТ)
- 20.Были ли у вас раньше чувство нехватки воздуха ? (ДА, НЕТ)
- 21.Часто ли у вас возникает чувство нехватки воздуха? (ДА, НЕТ)
- 22.При нехватки воздуха у вас наблюдается кашель? (ДА, НЕТ)
- 23.Ваша работа вызывает отдышку? (ДА, НЕТ)

24. Появление одышки затрудняет Ваш сон?
25. Просыпаетесь ли вы ночью от нехватки воздуха? (ДА, НЕТ)
26. Необходимо ли вам приложить усилие, чтобы выдохнуть? (ДА, НЕТ)
27. У Вас появляется головокружение? (ДА, НЕТ)
28. Вы теряли сознание? (ДА, НЕТ)
29. Как часто вы теряли сознание? (ДА, НЕТ)
30. Наблюдаете ли вы посинение кожных покровов? (ДА, НЕТ)
31. Ваша кожа покрывается холодным липким потом? (ДА, НЕТ)
32. Вы наблюдаетесь у врача?
33. Как часто вы к нему обращаетесь? Регулярно При ухудшении состояния,
34. Регулярно Вы принимаете лекарства? (ДА, При ухудшении состояния)
35. Соблюдаете Вы рекомендации врача? (ДА, НЕТ)
- 36.. Вы пользуетесь ингаляторами? (ДА, НЕТ)
37. Как часто Вы пользуетесь ингаляторами?
38. Ежедневно ли вы им пользуетесь? (ДА, НЕТ)
39. Отмечаете ли Вы положительный эффект от приема ингалятора?
40. Часто у Вас бывают простудные заболевания? (ДА, НЕТ)
41. Вы измеряете свое артериальное давление? (ДА, НЕТ)
42. Курите ли вы? Пачка в день, Изредко, Нет)
43. Употребляете ли Вы алкоголь? Иногда, По праздникам Часто Нет)
44. Занимаетесь ли вы ЛФК? (ДА, НЕТ)
45. Ведете ли вы малоподвижный образ жизни? (ДА, НЕТ)
46. Ощущаете ли Вы поддержку близких? (ДА, НЕТ)
47. Обращались ли Вы за медицинской помощью к медсестре? (ДА, НЕТ)
48. Получали ли Вы ее? (В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ, ЧАСТИЧНО)
49. Устраивает ли Вас отношение медперсонала этого отделения к больным?
(ДА, НЕТ, затрудняюсь ответить)
50. Объясняют ли вам медсестры, какие продукты Вам можно передавать?
(ДА, НЕТ)
51. Объясняют ли Вам медсестры, какие таблетки Вы принимаете?

(ДА,НЕТ)

52. Объясняют ли Вам медсестры, что делать при появлении головокружения и нехватки воздуха? (ДА, НЕТ).

53. Как Вы относитесь к созданию в больнице «Школы здоровья»? (ДА, НЕТ)

54. Вы бы ее посещали? (ДА, НЕТ)