

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**

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ  
ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Дипломная работа студентки  
очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051504  
Агаркиной Полины Андреевны**

Научный руководитель  
преподаватель Дроздовская Е.В.

Рецензент  
врач-терапевт участковый,  
врач общей практики (семейный врач),  
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.  
Белгорода»,  
поликлиническое отделение №1  
Титенко Т. И.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.....	5
1.1. Понятие, этиология, патогенез и клиника бронхиальной астмы.....	5
1.2. Диагностика и лечение бронхиальной астмы.....	9
1.3. Принципы оказания первичной медицинской помощи.....	16
1.4. Реабилитация пациентов с бронхиальной астмой.....	18
1.5 Профилактика и прогноз при бронхиальной астме.....	23
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	27
2.1 Организация и методы исследования.....	27
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования.....	27
2.3. Рекомендации медицинским сестрам осуществляющим уход при бронхиальной астме.....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

## ВВЕДЕНИЕ

«Бронхиальная астма - это заболевание аллергического происхождения, основным признаком которого являются приступы удушья, вызванные нарушением проходимости бронхов за счет бронхоспазма, отека слизистой бронхов и гиперсекреции слизи. Все остальные проявления заболевания (в том числе повышенная чувствительность бронхов к различным раздражителям, что приводит к спазму и нарушению воздухопроницаемости) являются вторичными и напрямую зависят от тяжести аллергического воспаления бронхов» [2].

При бронхиальной астме развивается выраженная перестройка бронхиальной стенки с появлением крайне высокой пароксизмальной гиперреактивности (повышенной возбудимости рецепторов парасимпатических отделов нервной системы бронхиального дерева)[6].

«Бронхиальная астма известна уже давно. В Древней Греции более двух тысяч лет назад были описаны признаки этого заболевания. Постоянное изучение «странной» болезни, которая может внезапно проявляться приступами удушья, а затем в течение некоторого времени не проявляет себя, дало много новых сведений о природе этой болезни. Врачи научились добиваться более длительных ремиссий» [6].

«Бронхиальная астма широко распространена во всем мире, и частота ее возникновения постоянно растет. Загрязнение окружающей среды, появление новых искусственно синтезированных веществ, изменениями характера и качества питания, увеличение использования лекарственных средств при лечении различных болезней – вот основные причины роста заболеваемости бронхиальной астмой» [9].

Количество случаев бронхиальной астмы часто недооценивается из-за трудностей дифференциальной диагностики с рядом заболеваний, вызывающих приступы астмы (хронический обструктивный бронхит, эмфизема, сердечная астма, муковисцидоз, бронхоэктаз).

Бронхиальная астма может развиваться в любом возрасте, но обычно она возникает у детей и у молодых людей до 40 лет. Чаще страдают женщины, хотя среди детей в возрасте до 5 лет больше мальчиков, чем девочек. Статистика показывает, что это заболевание чаще встречается в городах, чем в сельской местности, из-за большего загрязнения [11].

«Учитывая социальную значимость в соответствии Правительства Российской Федерации от 30.07.94 №890, пациент с бронхиальной астмой имеет право на бесплатное получение лекарственных средств» [5].

**Объект исследования:** проблемы пациентов с бронхиальной астмой

**Предмет исследования:** сестринская деятельность при бронхиальной астме

**Цель исследования:** изучение сестринского процесса при бронхиальной астме.

**Задачи исследования:** для достижения данной цели исследования необходимо изучить этиологию и предрасполагающие факторы бронхиальной астмы, клиническую картину и особенности диагностики бронхиальной астмы, методы обследований и подготовку к ним, принципы лечения и профилактики данного заболевания, провести собственное исследование по факторам риска и проблемам пациентов с бронхиальной астмой, сделать выводы, дать рекомендации.

**Методы исследования:** научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме; эмпирический – наблюдение; дополнительные методы исследования: организационный (сравнительный, комплексный) метод, субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза), объективные методы обследования пациента (инструментальные, лабораторные), биографические (изучение медицинской документации), психодиагностический (беседа).

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

**Время исследования:** 2018-2019 гг.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

## 1.1. Понятие, этиология, патогенез и клиника бронхиальной астмы

«Это заболевание дыхательных путей, развивающееся на основе хронического аллергического воспаления бронхов, их гиперреактивности, клиническим признаком которого является приступ затрудненного дыхания или удушья». [2].

Факторы риска бронхиальной астмы		
Предрасполагающие	Причинные факторы. Аллергены	Триггеры
1. Наследственность 2. Атопия	1. Бытовые 2. Пищевые 3. Пыльцевые 4. Лекарственные 5. Профессиональные	1. Курение 2. Респираторная инфекция 3. Загрязнение среды 4. Физические нагрузки 5. Аллергены 6. Климатические факторы 7. Стрессы

«Предрасполагающим к развитию бронхиальной астмы факторам в первую очередь относят наследственность и внешние воздействия, непосредственно провоцирующие заболевание. Под генетическим контролем находится такой важнейший признак заболевания, как гиперреактивность бронхов. По рецессивному типу с 50% пенетрантностью наследуется способность вырабатывать» IgE [3].

Атопическая бронхиальная астма вызывается аллергенами животного и растительного происхождения, а также аллергенами, относящимися к простым химическим веществам, которые сенсibilизируют дыхательные пути ингаляционно. Пищевые и паразитарные аллергены могут вызвать сенсibilизацию гематогенным путем [9].

«Неатопическая (инфекционно-аллергическая) бронхиальная астма наблюдается реже. Главная роль принадлежит бактериям *Neisseria meningitidis*, *Staphylococcus aureus*, вирусам гриппа, парагриппа, РС-вирусам, риновирусам и др. Ее развитие может быть связано с непереносимостью нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), с воздействием поллютантов» [7].

Патогенез любой формы бронхиальной астмы объясняется генерализованным аллергическим воспалением, развивающимся в стенках бронхов под воздействием комбинации различных медиаторов, высвобождающихся в результате как иммунных, так и неиммунных реакций [8].

«Со временем происходит перемоделирование стенки респираторного тракта, что становится основой формирования гиперреактивности бронхов, проявляющейся спазмом бронхиальных мышц, отеком слизистой оболочки бронхов (вследствие повышенной сосудистой проницаемости) и гиперсекрецией слизи. Развиваются бронхиальная обструкция и приступ удушья. Бронхиальная обструкция может провоцироваться действием специфических антигенов и неспецифических раздражителей: например, физических (вдыхание холодного воздуха), химических (в частности, сернистого газа), резких запахов, изменений погоды, физической нагрузки и т.д. Разного рода неврозы, встречающиеся у больных бронхиальной астмой, чаще являются следствием, а не причиной болезни» [11].

«В патогенезе астматического статуса наиболее значимыми считают блокаду  $\beta$ -адренорецепторов, бесконтрольное использование адреностимуляторов, механическую обструкцию бронхов вязкой слизью, массивный или длительный контакт с аллергенами, развитие надпочечниковой недостаточности, отмену гормонов при гормонально зависимом течении («привязанность к гормонам») бронхиальной астмы, позднее начало лечения приступа» [8].

Приступ бронхиальной астмы отличается от периода предвестников тем, что возникает в ночное время суток (это не является строгим правилом),

больные очень беспокойны, взвинчены. Температура тела, как правило, остаётся нормальной. Характерно шумное дыхание - на выдохе слышен звук, напоминающий тихий свист. Приступ бронхиальной астмы продолжается около 40 минут, в редких случаях - до нескольких часов, ещё реже - до нескольких дней. В период приступа бронхиальной астмы отмечают также цианоз, сонливость, затруднения при разговоре, тахикардию [11].

Состояние, при котором приступ продолжается несколько дней, называют астматическим статусом.

«При тяжёлой или острой бронхиальной астме, больной во время приступа дышит ртом, используя для облегчения дыхания через суженные дыхательные пути мускулатуру плеч, шеи и туловища. Кроме того, при суженных дыхательных путях вдыхать легче, чем выдыхать, поскольку вдох - привычный акт для организма, и мышцы груди натренированы на это движение» [2].

Выдох, напротив, в норме происходит пассивно, т.е. без специальных усилий, поэтому мышцы недостаточно развиты для удаления воздуха через суженные дыхательные пути. В результате этого в лёгких остаётся воздух и они становятся раздутыми. У людей, долгое время болеющих БА, именно из-за этого развивается так называемая «голубиная грудь». При тяжёлой острой БА ранее «свистящая» грудная клетка, может становиться «немой», без звуков свиста. Это происходит из-за того, что количество вдыхаемого и выдыхаемого воздуха столь мало, что звуки не могут быть слышны [7].

«Симптомы, характерные для бронхиальной астмы, возникают, как правило, после контакта с аллергеном, что имеет большое значение в диагностике. Также имеет место сезонная вариабельность симптомов бронхиальной астмы. При сочетании с ринитом симптомы бронхиальной астмы могут появляться только в определенное время года либо присутствовать постоянно с сезонными ухудшениями. У некоторых пациентов сезонное увеличение уровня в воздухе определённых аэроаллергенов вызывает развитие обострений» [1].

Указанные симптомы могут развиваться при контакте с неспецифическими веществами (дым, газы, резкие запахи) или после физической нагрузки (БА физического напряжения), могут обостряться в ночные часы и уменьшаться в ответ на базисную терапию [2].

Между приступами у больных признаки заболевания могут отсутствовать. В межприступный период свистящих хрипов может не быть или они могут обнаруживаться только во время форсированного выдоха.

«Описаны случаи бронхиальной астмы, клиническая картина которой характеризуется лишь кашлем. Такой вариант бронхиальной астмы называют кашлевым. Он чаще распространён у детей, наиболее выраженные симптомы обычно отмечают в ночное время при их частом дневном отсутствии» [9].

«У некоторых пациентов единственным триггером приступа является физическая активность. Приступ обычно развивается через 5-10 мин после прекращения нагрузки и редко - во время нагрузки. Пациенты иногда отмечают длительный кашель, который самостоятельно проходит в течение 30-45 минут. Приступы чаще провоцируются бегом, при этом имеет значение вдыхание сухого холодного воздуха. В пользу диагноза БА свидетельствует прекращение приступа после ингаляции  $\beta_2$ -агонистов или предотвращение симптомов благодаря ингаляции с  $\beta_2$ -агонистами до нагрузки. Основным методом диагностики – тест с 8-минутным бегом» [3].

«Лекарственная (медикаментозная) бронхиальная астма - своеобразный вид бронхиальной астмы, который возникает в качестве побочного эффекта использования некоторых ЛС. В некоторых случаях лекарственная бронхиальная астма носит «чисто» аллергический характер, в этом случае ЛС играет роль аллергена. В других случаях длительное использование определённого ЛС нарушает механизмы функционирования организма, вследствие чего и появляется БА. Так, например, в случае «аспириновой астмы» длительный приём ацетилсалициловой кислоты (аспирин) приводит к

накоплению в организме веществ, которые вызывают сильное и длительное сужение просвета бронхов» [6].

Главное в лечении лекарственной БА - определение ЛС, которое вызвало болезнь. Прекращение приёма этого ЛС, как правило, приводит к выздоровлению больного [2].

## **1.2. Диагностика и лечение бронхиальной астмы**

Диагноз БА ставят на основании клинической картины, а также данных лабораторных и инструментальных исследований.

Лабораторные методы исследования при бронхиальной астме:

1. В анализе мокроты обнаруживают эозинофилы и кристаллы Шарко-Лейдена - остатки ядер погибших эозинофилов.
2. В промывных водах бронхов подсчитывают количество эозинофилов.
3. При биохимическом исследовании крови определяют уровни IgE, IgG, IgM.

Основная сложность в постановке диагноза БА - дифференциальная диагностика между аллергической и инфекционной формами заболевания.

При постановке диагноза учитывают:

1. Клиническую картину;
2. Данные объективного исследования;
3. Результаты исследования ФВД.

Под исследованием ФВД подразумевают определение ЖЕЛ. Используют следующие методики:

1. Спирография - графическая регистрация изменений объёма лёгких во время дыхания. Как правило, проводят два теста: спокойная ЖЕЛ и ФЖЕЛ (форсированная ЖЕЛ).

2. Пневмотахометрия - исследование ЖЕЛ в количественных показателях.

3. «Пикфлоуметрия - метод функциональной диагностики для определения пиковой объёмной скорости форсированного выдоха (иными словами, данный метод позволяет определить, с какой максимальной скоростью человек может выдохнуть воздух, и таким образом оценить степень обструкции дыхательных путей). Пикфлоуметр - прибор индивидуального пользования, его очень легко использовать в домашних условиях, с его помощью измеряют пиковый экспираторный поток (PEF), другими словами - пиковую скорость выдоха (ПСВ). При исследовании пациента сравнивают объём форсированного выдоха за секунду и данный объём после приёма бронхолитических ЛС, которые расслабляют мышечную стенку бронхов, способствуя расширению просвета бронхов и улучшению дыхания» [4].

«Пациентам рекомендуют ежедневное измерение ПСВ и ведение графика. Таким образом, врач может оценить состояние бронхов по изменению графика, обсудить с пациентом причины этих изменений. Таким образом, можно понять, какую силу имеют аллергены, оценить эффективность лечения, предотвратить возникновение астматического статуса» [1].

Комплексная программа лечения включает следующие мероприятия:

1. Образовательная программа пациентов;
2. Динамический контроль тяжести заболевания и адекватности проводимой терапии с помощью клинических и функциональных исследований;
3. Контроль причинных факторов;
4. Разработка плана медикаментозной терапии;
5. Профилактика обострения и разработка плана его лечения.

Наличие профессиональной БА побуждает рассматривать вопрос о смене рабочего места пациента.

Важнейшие аспекты санитарно-гигиенических мероприятий:

1. Соблюдение гипоаллергенной диеты, входящей в ранг обязательных мероприятий при наличии пищевой аллергии;
2. Поддержание чистоты воздуха в жилище пациента;

### 3. Отказ от курения.

«Специального диетического лечебного стола для больных пищевой БА не существует. Все продукты, являющиеся аллергенами и запрещённые к употреблению, разделяют на две группы: продукты, содержащие гистамин, и продукты, высвобождающие гистамин из тучных клеток» [2].

Продукты, содержащие гистамин: мёд; орехи; цитрусовые; клубника, малина; чёрная смородина; шоколад; какао, кофе; красные сорта яблок; помидоры, ананасы; икра; рыба, морепродукты; яйца; пресное молоко; крепкие бульоны; лимонады; грибы; жевательная резинка [7].

Продукты, высвобождающие гистамин из тучных клеток:

1. Красное вино;
2. Соленья, квашеная капуста;
3. Копченья.

«Продукты, которые можно употреблять в пищу: мясо – говяжье, нежирное, отварное; супы - крупяные, овощные (на вторичном говяжьем бульоне, вегетарианские); масло сливочное, оливковое, подсолнечное; картофель отварной; каши - гречневая, геркулесовая, рисовая; молочнокислые продукты - однодневные (творог, кефир, простокваша); огурцы свежие, петрушка, укроп; яблоки печёные, арбуз; чай; сахар; компоты из яблок, сливы, вишни, из сухофруктов; белый хлеб» [11].

Существуют чёткие доказательства того, что пассивное курение ухудшает течение БА, а прекращение действия этого фактора приводит к улучшению состояния.

«Доказано, что у больных с установленным диагнозом БА использование антиаллергенного постельного белья для предупреждения контакта с клещом домашней пыли уже в достаточно короткие сроки даёт хороший эффект. У всех пациентов, страдающих БА, необходимо проводить тщательный сбор аллергологического анамнеза и выполнять кожные тесты с различными аллергенами для установления агента, вызывающего atopическую реакцию, что

позволяет рекомендовать исключить контакт с домашними аллергенами, например шерстью кошек, или использовать антиаллергенное бельё» [4].

Профессиональные факторы играют важную роль в развитии БА у взрослых; случаи профессиональной БА составляют 1-2% всех наблюдений. Профессиональный анамнез следует выяснять у всех больных БА. Исчезновение симптомов заболевания в нерабочие и праздничные дни указывает на возможную роль профессионального фактора в развитии заболевания [1].

«Спелеотерапия (от греч. *speleon* - пещера) - метод лечения длительным пребыванием в условиях своеобразного микроклимата естественных карстовых пещер, гротов, соляных копей, искусственно пройденных горных выработок металлических, соляных и калийных рудников» [4].

«Галотерапия (от греч. *hals* - соль) - метод лечения пребыванием в искусственно созданном микроклимате соляных пещер, где основным действующим фактором является высокодисперсный сухой солевой аэрозоль (галоаэрозоль). Лечение в соляных пещерах широко применяют как в курортных, так и городских медицинских центрах. Аэрозоли солей тормозят размножение микрофлоры дыхательных путей, предотвращая развитие воспалительного процесса. Адаптация организма к специфическому микроклимату спелеокамеры сопровождается активацией симпатико-адреналовой системы, усилением выработки гормонов эндокринными органами. Увеличивается количество фагоцитирующих макрофагов и Т-лимфоцитов, уменьшается содержание иммуноглобулинов Л, G и E, повышается лизоцимная активность сыворотки крови. У пациентов с БА галотерапия способствует удлинению периода ремиссии и переходу пациента на более низкую степень тяжести, что влечёт за собой и возможность перехода к меньшим дозам и более щадящим средствам базисной медикаментозной терапии» [8].

Этиотропная терапия различна для разных типов БА. Медикаментозное лечение назначают с учётом тяжести и периода заболевания, возраста пациента.

Лечение имеет ступенчатый характер, с прогрессированием заболевания добавляют новые группы ЛС. Поздняя диагностика и некорректная методика лечения могут привести к тяжёлому течению БА и даже к смерти [6].

Течение БА - комплексное и длительное, включающее:

1. Препараты базисной терапии, воздействующие на механизм заболевания;
2. Симптоматические препараты, влияющие только на гладкую мускулатуру бронхиального дерева и снимающие приступ удушья.

К препаратам базисной терапии относят:

1. ИГК;
2. Кромоны;
3. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов;
4. Моноклональные антитела.

К препаратам симптоматической терапии относят бронходилататоры:

1.  $\beta_2$ -адреномиметики;
2. Ксантины.

Все эти ЛС действуют на различные звенья патогенеза БА.

«Базисная терапия необходима, поскольку без неё растёт потребность в ингаляциях бронходилататоров (симптоматических ЛС). В этом случае и в случае недостаточности дозы базисных препаратов рост потребности в бронходилататорах служит признаком неконтролируемого течения заболевания» [5].

ИГК - основная группа препаратов для лечения БА, им не свойственно большинство побочных действий СГК.

ИГК оказывают противовоспалительный эффект за счёт:

1. Подавления медиаторов воспаления;
2. Уменьшения продукции цитокинов;
3. Нарушения метаболизма арахидоновой кислоты, синтеза простагландинов и лейкотриенов;
4. Снижения проницаемости сосудов микроциркуляторного русла;

5. Предотвращения прямой миграции и активации клеток воспаления;
6. Повышения чувствительности  $\beta$ -рецепторов гладкой мускулатуры.

«В отличие от системных, ИГК тропны к жировой ткани, имеют короткий период полувыведения, быстро инактивируются, обладают местным (топическим) действием, благодаря чему имеют минимальные системные проявления. Наиболее важное свойство ИГК - липофильность, благодаря которому они накапливаются в дыхательных путях, замедляется их высвобождение из тканей и увеличивается их сродство к глюкокортикоидному рецептору. Лёгочная биодоступность ИГК зависит от процента попадания ЛС в лёгкие и от его абсорбции в дыхательных путях» [8].

До недавнего времени основной была концепция ступенчатого подхода: при более тяжёлых формах БА назначают более высокие дозы ИГК.

В настоящее время ИГК - препараты первого выбора и базис лечения БА, несмотря на степень её выраженности.

«По данным клиники, руководимой А.Г. Чучалиным, этим требованиям наиболее полно соответствует и препарат биастен (будесонид + сальбутамол), обладающий высокой противовоспалительной и бронхо-литической активностью. Кроме того, сочетание двух активных компонентов в одном ЛС обеспечивает высокий комплаенс (контроль) и его меньшую стоимость по сравнению с отдельным применением двух ингаляторов» [10].

«Концепцию гибкого дозирования препарата проверяли в исследованиях с ЛС симбикорт (будесонид + формотерол). Ингаляции симбикорта безопасны при применении до 8 раз в сутки, поэтому при необходимости увеличения дозы ИГК можно просто увеличить число ингаляций. Ингаляция симбикорта обеспечивает незамедлительный бронхолитический эффект и увеличение дозы ИГК. Пациент после обучения может сам регулировать свою дозу ИГК, применяя симбикорт чаще или реже, - от 1 до 8 раз в день. Таким образом, концепция гибкого дозирования заключается в том, что пациент начинает лечение со средних доз симбикорта и затем, исходя из собственного

самочувствия, повышает или снижает дозу с помощью одного и того же ингалятора» [2].

Глюкокортикоиды для системного применения. СГК можно применять внутривенно небольшими дозами при обострениях БА, а также внутрь короткими курсами или длительно. Значительно реже используют внутривенное введение больших доз СГК (пульс-терапия) [4].

СГК можно применять длительно при неэффективности ИГК, при этом БА становится стероидозависимой.

«Важное условие проведения успешной терапии БА - доставка ЛС к очагу воспаления в бронхах, для чего необходимо получить аэрозоль заданной дисперсности. Для этого применяют специальные аппараты - небулайзеры. Слово «небулайзер» происходит от лат. nebula - туман, облачко и может быть определено как «инструмент, превращающий жидкое вещество в аэрозоль для медицинских целей»» [8].

Небулайзер представляет собой ингалятор, производящий аэрозоль с частицами заданного размера. Общий принцип работы аппарата состоит в создании мелкодисперсного аэрозоля введённого в него вещества, который за счёт малых размеров частиц проникает глубоко в мелкие бронхи, преимущественно страдающие от обструкции [5].

В России наиболее распространены два типа небулайзеров - ультразвуковые и компрессорные. Каждый из них имеет как свои достоинства, так и недостатки.

Ультразвуковые небулайзеры - более компактные и малошумные, пригодны для ношения с собой, но с их помощью нельзя вводить масляные растворы и суспензии.

«Компрессорные небулайзеры за счёт воздушного насоса относительно велики, требуют стационарного питания от сети переменного тока, за счёт работы компрессора довольно шумные. Однако они имеют важное преимущество - с их помощью можно вводить суспензии и масляные растворы;

кроме того, они примерно на 40-50% дешевле аналогичных ультразвуковых моделей» [1].

Следует тщательно выбирать модель и тип небулайзера. Так, в одном из исследований при сравнении 17 типов разных струйных небулайзеров различия в выходе аэрозоля достигали 2 раз, а в скорости доставки частиц респираторной фракции препаратов - 8 раз [6].

### **1.3. Принципы оказания первичной медицинской помощи**

Признаки, позволяющие медицинской сестре заподозрить начало приступа БА:

1. Чувство нехватки воздуха с затруднённым выдохом;
2. Непродуктивный кашель;
3. Вынужденное положение с наклоном вперёд и упором на руки;
4. Обилие сухих свистящих хрипов, слышных на расстоянии.

Алгоритм действия медицинской сестры:

1. Организовать вызов врача для оказания экстренной помощи;
2. Применить карманный ингалятор с бронхолитиками, которым обычно пользуется пациент, не более 3 раз для снятия спазма бронхов и облегчения дыхания, отследить правильность его применения;
3. Обеспечить пациенту доступ свежего воздуха;
4. Дополнительно можно поместить руки пациента в ёмкость с горячей водой для рефлекторного расширения бронхов;
5. Провести массаж биологически активных точек, способствующий снятию спазма с бронхов;
6. Провести мониторинг состояния пациента (контроль пульса, АД, ЧДД) и доложить врачу, когда он придет;
7. Остаться с пациентом до получения указаний от врача;

8. «Подготовить аппаратуру, инструментарий, ЛС: система для внутривенного вливания, шприцы для внутривенного, внутримышечного и подкожного введения ЛС, жгут, мешок Амбу (для возможной ИВЛ);  $\beta_2$ -агонист в дозированном аэрозоле: фенотерол (беротек), сальбутамол, (вентолин), орципреналин и др.; преднизолон в ампулах (1,0 мл); норэпинефрин (адреналин) в ампулах (1,0 мл); стерильный 0,9% раствор натрия хлорида во флаконах по 500 мл; 2,4% раствор аминофиллина (эуфиллина) в ампулах по 10 мл; 0,06% раствор коргликона в ампулах (1,0 мл); наладить подачу кислорода» [5].

При длительном течении и частых обострениях БА у больного развивается хроническая эмфизема лёгких, а затем и лёгочная недостаточность.

«Вздутые лёгкие выступают над ключицами в виде мешков и деформируют грудную клетку. Рёбра, в норме расположенные под углом, принимают горизонтальное положение. Переднезадний размер грудной клетки и поперечный размер уравниваются, грудная клетка становится бочкообразной» [9].

Критерии эффективности проводимого лечения		
Хороший ответ на проводимую терапию	Неполный ответ на проводимую терапию	Плохой ответ на проводимую терапию
1. Состояние стабильное; 2. Уменьшение одышки и количества сухих хрипов в легких; 3. Увеличение ПСВ на 60 л/мин.	1. Состояние нестабильное; 2. Симптомы выражены в прежней степени; 3. Сохраняются участки с плохой проводимостью дыхания; 4. Нет прироста ПСВ.	1. Симптомы выражены в прежней степени или нарастают; 2. ПСВ уменьшается.

#### **1.4. Реабилитация пациентов с бронхиальной астмой**

Этапная реабилитация пациентов с БА включает стационарный, поликлинический и санаторный этапы.

Показания к госпитализации:

1. Некупируемый приступ БА;
2. Астматический статус.

«Стационарный этап включает медикаментозную терапию - внутривенное введение аминофиллина (эуфиллина), преднизолона, инфузионная терапия. Сразу начинают реабилитационные мероприятия - перкуссионный массаж грудной клетки для облегчения отхождения мокроты» [8].

«Из физиотерапевтических процедур используют ингаляции бронхолитиков (эуфиллина), муколитических ЛС (ацетилцистеин), УВЧ, ДМВ, СМВ-терапию, индуктотермию на грудную клетку с противовоспалительной целью. Ультразвуковая терапия на грудную клетку, кроме достижения противовоспалительного эффекта, способствует разжижению и выделению мокроты, уменьшению спазма бронхов. Можно использовать эуфиллин, гидрокортизон на грудную клетку. УФО на грудную клетку также способствует гипосенсибилизации организма» [4].

После купирования приступа применяют весь арсенал ЛФК:

1. Общеукрепляющие упражнения для туловища и конечностей;
2. Упражнения на расслабление;
3. Дыхательные упражнения с плавным удлинённым выдохом;
4. Упражнения с кратковременной волевой задержкой дыхания после обычного выдоха;
5. Упражнения с произнесением звуков;
6. Тренировки, направленные на произвольную регуляцию дыхания для обучения правильному ритму;
7. Упражнения для удаления избыточного остаточного воздуха из лёгких.

Показан массаж грудной клетки. Указанные методы ЛФК и массаж способствуют нормализации акта дыхания, уменьшению воспалительных изменений в бронхах и лёгких, улучшению отхождения мокроты [4].

«Больные БА подлежат диспансерному наблюдению по группе Д III диспансерного учёта. Контрольные осмотры терапевт и пульмонолог проводят от 2-3 раз в год (при лёгком и среднетяжёлом течении БА) до 1 раза в 1-2 мес (при тяжёлом течении БА). Назначают консультации аллерголога, отоларинголога, гинеколога, психотерапевта, стоматолога 1 раз в год, эндокринолога (по показаниям)» [1].

Обследование включает:

1. Анализы крови, мокроты, мочи;
2. Спирографию - 2-3 раза в год;
3. Флюорографию и ЭКГ - 1 раз в год;
4. Аллергологическое обследование;
5. Бронхоскопию - по показаниям.

«С целью элиминации аллергена применяют разгрузочно-диетические дни 1 раз в 7-8 дней, гипоаллергенную диету. Назначают общеукрепляющую и десенсибилизирующую терапию (курсы гистаглобулина, специфическая десенсибилизация, гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение и УФО крови, энтеросорбция), медикаментозную терапию, ЛФК, физиотерапию (аэрозольтерапия, электрофорез, ультразвук, УВЧ- и СВЧ-терапия, УФО грудной клетки, синусоидально-модулированные токи, магнитотерапия), психотерапия, профилактика ОРВИ и гриппа, санация очагов инфекции. Проводят рациональное трудоустройство (при наличии признаков инвалидности больного направляют на медико-социальную экспертную комиссию - МСЭК) и отбор на санаторно-курортное лечение» [11].

Показания для санаторного этапа реабилитации:

1. БА (атопическая и инфекционно-аллергическая) в фазе ремиссии или с нечастыми лёгкими приступами;

2. Хронические астматические бронхиты без выраженной сердечно-лёгочной недостаточности.

«Существуют специализированные санатории пульмонологического профиля, расположенные на юге РФ (Анапа, санатории в горноклиматических зонах Северного Кавказа) и местные санатории для детей с неспецифическими воспалительными заболеваниями органов дыхания» [6].

Противопоказание к санаторно-курортному лечению: БА с часто повторяющимися тяжёлыми приступами, а также приступами средней тяжести на фоне гормональной терапии [1].

«На санаторном этапе широко используют климатотерапию - длительное пребывание на открытом воздухе, продолжительные прогулки. Чистота и ионизация воздуха, сниженное количество аллергенов, умеренная влажность воздуха создают благоприятный фон для улучшения функции бронхолёгочной системы. Воздушные ванны, гелиотерапия и купание в открытых водоёмах способствуют закаливанию и оказывают гипосенсибилизирующее действие» [4].

Бальнеотерапия включает сероводородные и углекислые ванны.

С противовоспалительной целью используют грязелечение (аппликации озокерита, лечебной грязи).

«Применяют также аппаратную физиотерапию (высокочастотную терапию, магнитотерапию, лазеротерапию, галотерапию, электрофорез кальция, фонофорез гидрокортизона, аэроионотерапию) с целью уменьшения обструкции бронхов, гипосенсибилизации, рассасывания остатков воспаления» [2].

Используют методы ЛФК - статические и динамические упражнения, лечебная дыхательная гимнастика, лечебное плавание, терренкур.

«Кроме того, применяют методы реабилитации больных БА с помощью дыхательной гимнастики по системе Бутейко и дыхательной гимнастики по системе Стрельниковой, по которым достигнуты относительно стабильные результаты. Положительный результат при использовании данных методик

сохраняется при условии постоянных занятий больных по одной из этих систем» [6].

Суть методики Бутейко заключается в следующем. За счёт затаённого дыхания с обязательным участием диафрагмы в фазе вдоха, длительных задержек дыхания вызывается повышение содержания углекислого газа в организме, (гиперкапния), что приводит к появлению так называемой реакции выздоровления, которая обусловлена вытеснением азота из тканей повышенным парциальным давлением углекислого газа. Происходит снижение аппетита, повышение температуры тела за 38 °С, расстройство стула, бурное отхождение мокроты до 2 л за несколько часов. После этой реакции улучшается самочувствие больного, исчезают явления ДН [8].

«Данная методика помогает в реабилитации не только больных БА, но и людей, страдающих другими заболеваниями, поскольку газовые пузырьки в свободном состоянии образуются не только в кровеносных, но и в лимфатических сосудах, суставных полостях, желчи, цереброспинальной жидкости, миелиновых оболочках нервов, белом веществе головного и особенно спинного мозга, коронарных сосудах и полостях сердца, крови, депонированной в паренхиматозных органах, полости мочевого пузыря» [1].

«Методика дыхательной гимнастики по Стрельниковой подходит к этому кругу заболеваний совершенно с другой стороны. Упражнения по Стрельниковой представляют собой сжатие грудной клетки с одновременным глубоким вдохом без выдоха в течение выполнения упражнения. Весь комплекс упражнений приводит к повышенной оксигенации тканей организма. В этом случае происходит также вытеснение азота из тканей, но повышенным парциальным давлением кислорода. В этом случае также происходит «реакция выздоровления», о которой предупреждают в начале занятий» [4].

Вследствие того что авторы этих методик не учитывают индивидуальных особенностей организма человека, биоритмологию и геофизику, результаты хотя и эффективны, но нестабильны в каждом конкретном случае [1].

Больные БА подлежат пожизненному динамическому диспансерному наблюдению (их не снимают с учёта).

## 1.5 Профилактика и прогноз при бронхиальной астме

«Бронхиальная астма - заболевание, которое может быть предотвращено своевременными и правильно спланированными мерами профилактики. Следует отметить, что профилактика БА часто оказывается гораздо эффективнее её лечения. Именно поэтому профилактике БА необходимо уделить самое серьёзное внимание» [4].

Исходя из патогенетических аспектов развития БА, определены методы её профилактики:

1. Предупреждение развития аллергии;
2. Профилактика хронических инфекций дыхательных путей. Различают первичную, вторичную и третичную профилактику БА.

Первичная профилактика предусматривает меры по предупреждению БА у здоровых людей. Основное направление первичной профилактики БА заключается в предупреждении развития аллергии и хронических болезней дыхательных путей (например, хронический бронхит) и устранении факторов риска.

«Устранение факторов риска позволяет значительно улучшить течение заболевания. У пациентов с аллергической БА в первую очередь имеет значение устранение аллергена. Имеются данные о том, что в городских районах у больных с атопической БА индивидуальные комплексные мероприятия по удалению аллергенов в домах приводят к снижению заболеваемости БА» [9].

Домашние клещи живут и размножаются в различных частях дома, поэтому полное их уничтожение невозможно. В одном из исследований показано, что использование чехлов для матрасов позволило несколько уменьшить бронхиальную гиперреактивность. Использование чехлов, удаление

пыли и уничтожение очагов обитания клещей показали уменьшение частоты симптомов БА [1].

«Домашние животные. При наличии повышенной реактивности к шерсти животных следует удалить животных из дома, однако полностью избежать контакта с аллергенами животных невозможно. Аллергены проникают во многие места, в том числе в школы, транспорт и здания, в которых никогда не содержали животных» [7].

Курение. Помимо увеличения выраженности симптомов БА и ухудшения функции лёгких, в отдалённом периоде, активное курение сопровождается снижением эффективности ИГК, поэтому всем курящим пациентам следует настоятельно советовать бросить курить [8].

«Грипп и другие инфекции. Необходимо проводить по возможности ежегодную вакцинацию против гриппа. Инактивированные гриппозные вакцины редко вызывают побочные эффекты. Больным следует обезопасить себя и от других инфекций (риниты, синуситы), особенно в холодное время года» [2].

Больным с аспириновой БА противопоказано применение ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и НПВС. Также нежелателен приём  $\beta$ -адреноблокаторов, особенно неселективных.

«Наиболее частые причины БА у взрослых - хронические заболевания дыхательных путей (хронический бронхит) и длительный контакт с раздражающими веществами (табачный дым, химические вещества по месту работы). В связи с этим методы профилактики БА у взрослых сводятся к устранению раздражающих факторов и лечению хронических болезней органов дыхания» [5].

Вторичная профилактика БА включает меры по профилактике болезни у сенсibilизированных людей или у пациентов на стадии преаастмы (ещё не болеющих БА). Категорию пациентов для проведения вторичной профилактики БА выделяют по следующим критериям:

1. Больные, родственники которых уже болеют БА;

2. Наличие различных аллергических болезней (пищевая аллергия, атопический дерматит, аллергический ринит, экзема и др.);

3. Сенсibilизация, доказанная с помощью иммунологических методов исследования.

В целях вторичной профилактики БА у этой группы лиц проводят профилактическое лечение противоаллергическими ЛС. Также могут быть использованы методы десенсибилизации.

«Третичную профилактику БА применяют для уменьшения тяжести течения и предупреждения обострений болезни. Основным методом профилактики БА на этом этапе состоит в исключении контакта пациента с аллергеном, вызывающим приступ БА (элиминационный режим)» [1].

«Для качественного проведения элиминационного режима необходимо знать, какой именно аллерген (или группа аллергенов) вызывает приступы БА у больного. Наиболее распространённые аллергены - домашняя пыль, тараканы, микрочлещи, шерсть домашних животных, плесневые грибки, некоторые виды пищи, пыльца растений» [11].

Для предотвращения контакта организма больного с этими аллергенами необходимо соблюдать определённые санитарно-гигиенические правила.

1. Регулярная влажная уборка в помещении, где проживает больной (1-2 раза в неделю); больной на время уборки должен покинуть помещение;

2. «Из помещения, в котором проживает больной БА, должны быть удалены все ковры и мягкая мебель, а также другие предметы, в которых может накапливаться пыль. Также из комнаты больного следует унести комнатные растения» [6];

3. Стирка постельного белья больного каждую неделю в горячей воде (60 °С) с хозяйственным мылом; желательно применять специальное гипоаллергенное бельё;

4. Использование специальных чехлов, которые не дают проникнуть пыли, для подушек и матрасов;

5. Исключение контакта с домашними животными;

6. Борьба с тараканами и другими насекомыми;

7. Исключение из пищевого рациона больного всех продуктов, вызывающих аллергию.

«Правильно спланированные и выполненные меры по профилактике БА - эффективное средство предотвращения и лечения этой болезни. Современная медицинская практика показывает, что правильного проведения мер профилактики БА во многих случаях достаточно для излечения болезни либо значительного уменьшения потребности больного в противоастматических ЛС» [3].

## **ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

### **2.1 Организация и методы исследования**

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» в период с 20 апреля 2019 по 17 мая 2019 года. Опрашивались пациенты, страдающие бронхиальной астмой. В исследование приняли участие 40 медицинских работников из них женщин – 38% и мужчины – 62%.

#### **Используемые методики:**

В исследовании была использована:

1. Анкета респондента (приложение 1), позволяющая сформировать социальный портрет респондентов, получить информацию о факторах риска.

#### **2. Процедура проведения исследования:**

Респондентам была предложена анкета, состоящая из 21 вопроса, преимущественно закрытой формы, направленных на выявление взаимосвязи влияния окружающей среды на развитие бронхиальной астмы. Пациенты должны были самостоятельно отвечать на вопросы, выбирая один из предложенных вариантов ответа, ориентируясь на собственные ощущения и оценку своего самочувствия и активности.

### **2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования**

Возраст был определен по следующим возрастным промежуткам, было выявлено: 18-30 лет - 15%, 30-55 лет - 45% ,55-70 лет - 40% (Рис. 1).

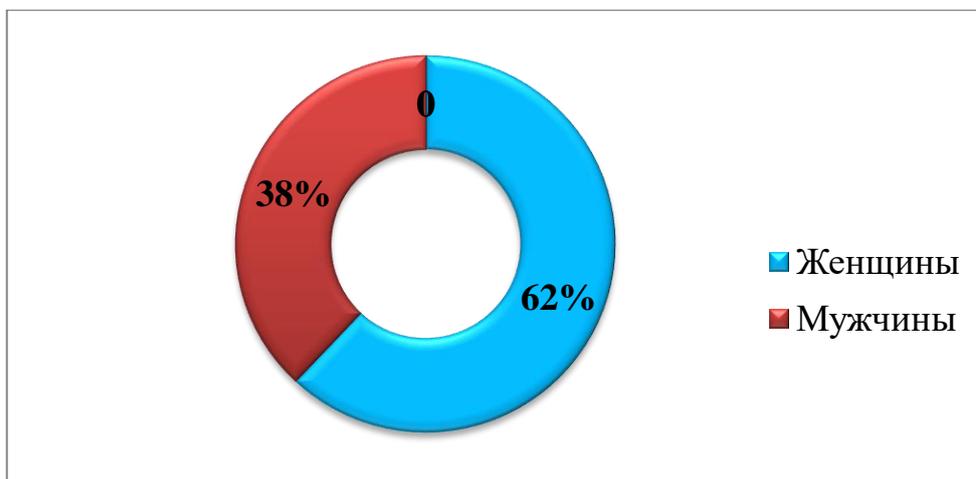


Рис. 1. Возраст респондентов

Среди респондентов 62% женщины, 38% мужчины (Рис. 2).

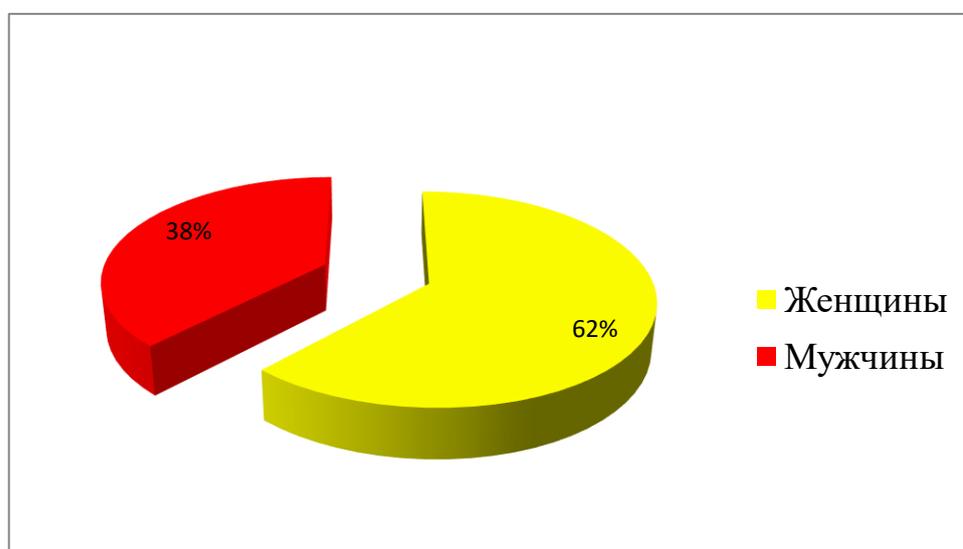


Рис. 2. Пол

Из всех опрошенных респондентов у 12% аллергическая реакция на домашних животных, 23% - на лекарственные средства, 41% - цветение и 24% затрудняются назвать, на что именно у них аллергическая реакция (Рис. 3).

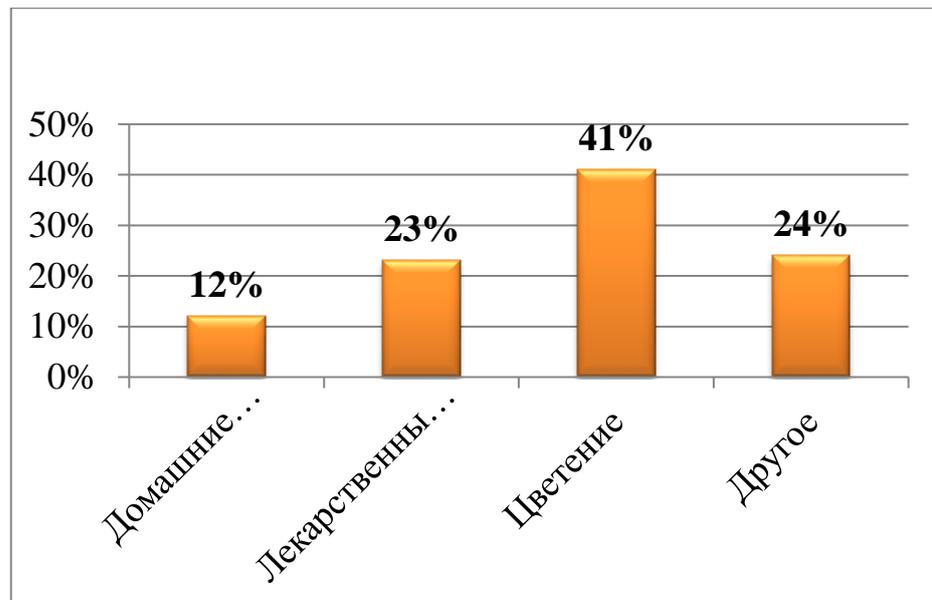


Рис. 3. Аллергическая реакция

Наличие аллергена дома имеют 28% опрошенных респондентов, 63% наличие аллергена дома отрицают и 9% - иногда встречаются дома аллерген (Рис. 4).

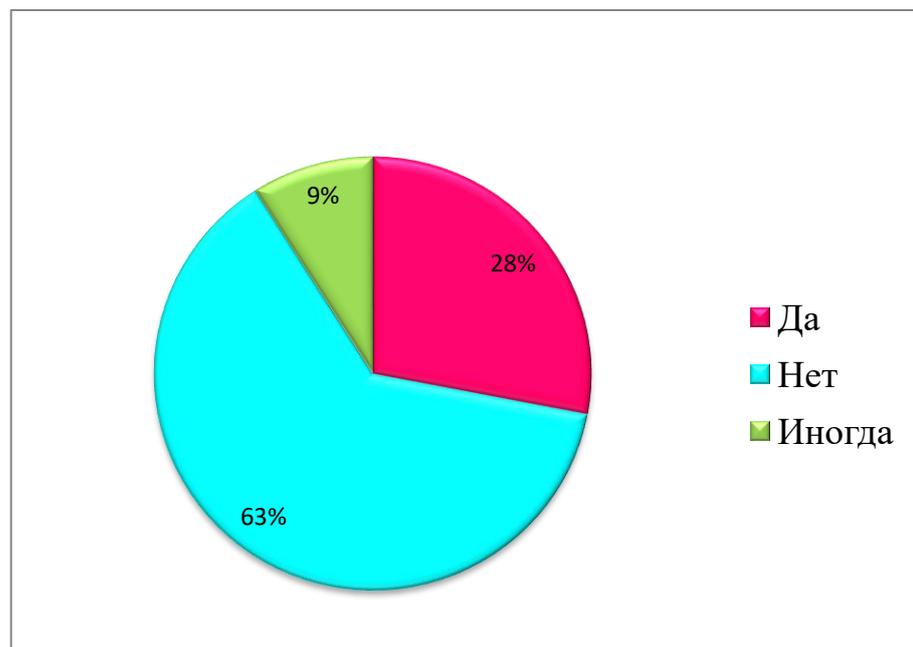


Рис.4. Наличие аллергена дома

Из всех респондентов 25% отмечают возникновение приступов ежедневно, 32% отмечают возникновение раз в неделю, 10% - 1-2 раза в месяц и 33% отмечают, что приступы бронхиальной астмы у них возникают редко (Рис. 5).

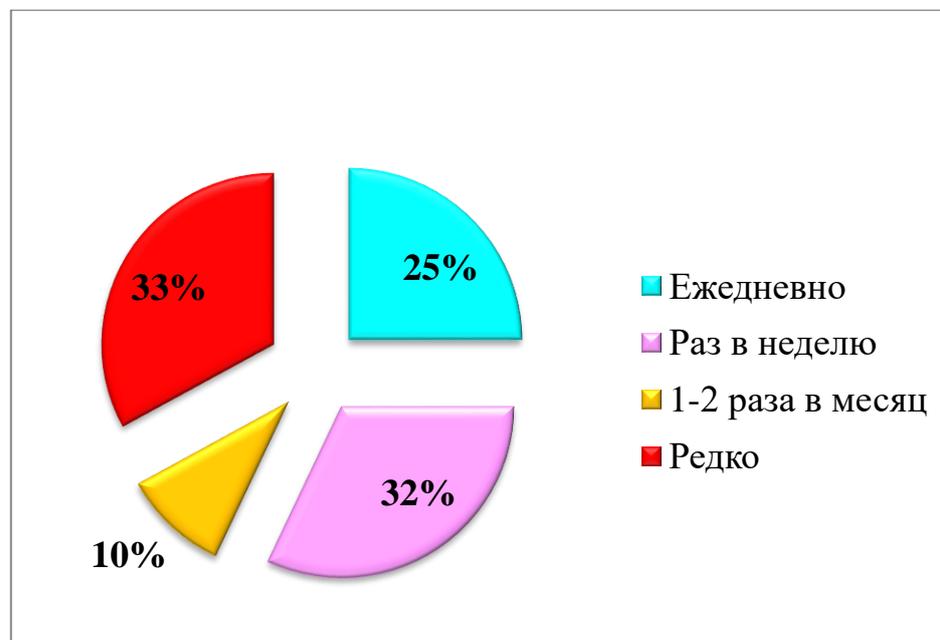


Рис.5. Частота возникновения приступов бронхиальной астмы

52% респондентов ответили положительно на вопрос о табакокурении, 37% - отрицательно и 11% - курят, но редко (Рис. 6).

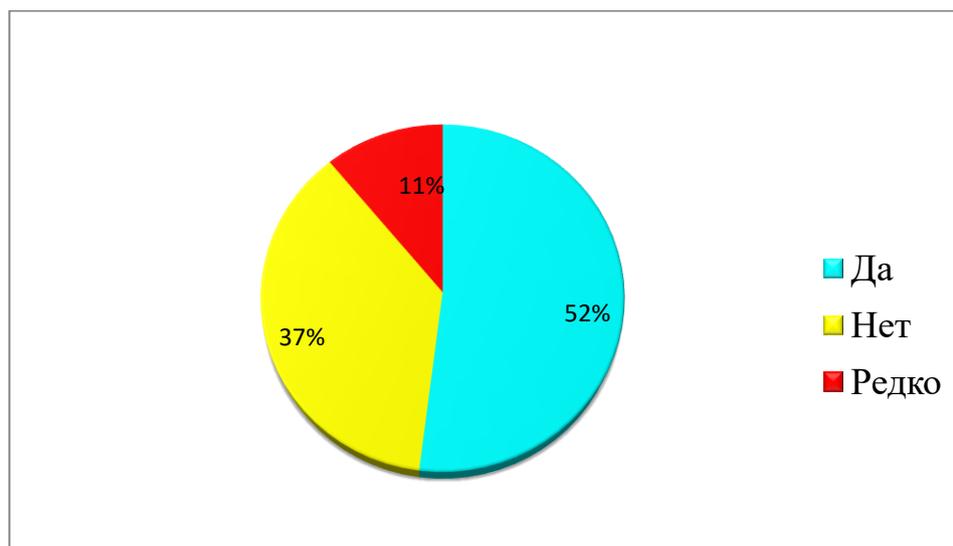


Рис.6. Курение

Выявлено, что 88% респондентов отмечают наличие профессиональных вредностей, 12% - нет (Рис. 7).

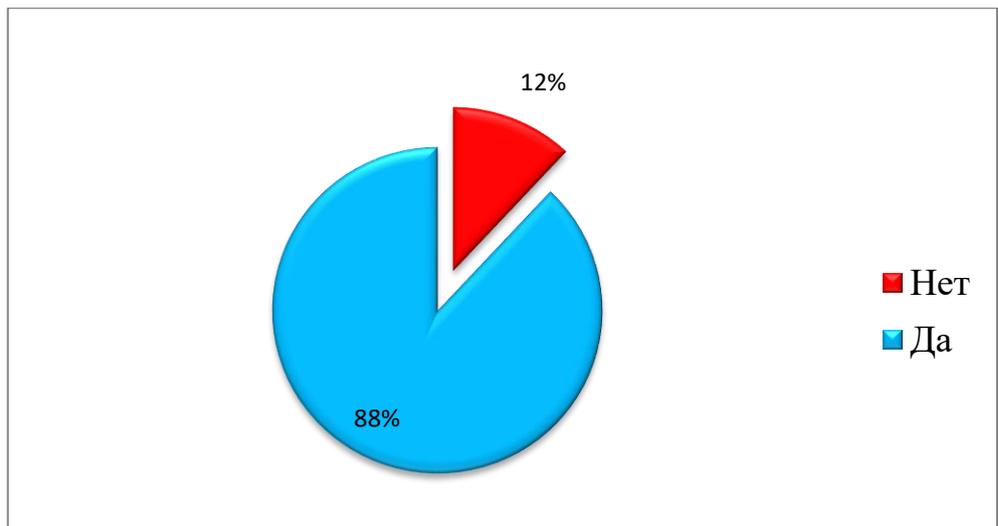


Рис.7. Наличие профессиональных ценностей

Занимаются дыхательной гимнастикой 35% респондентов, 52% - отрицают занятия дыхательной гимнастикой и 13% занимаются редко (Рис. 8).

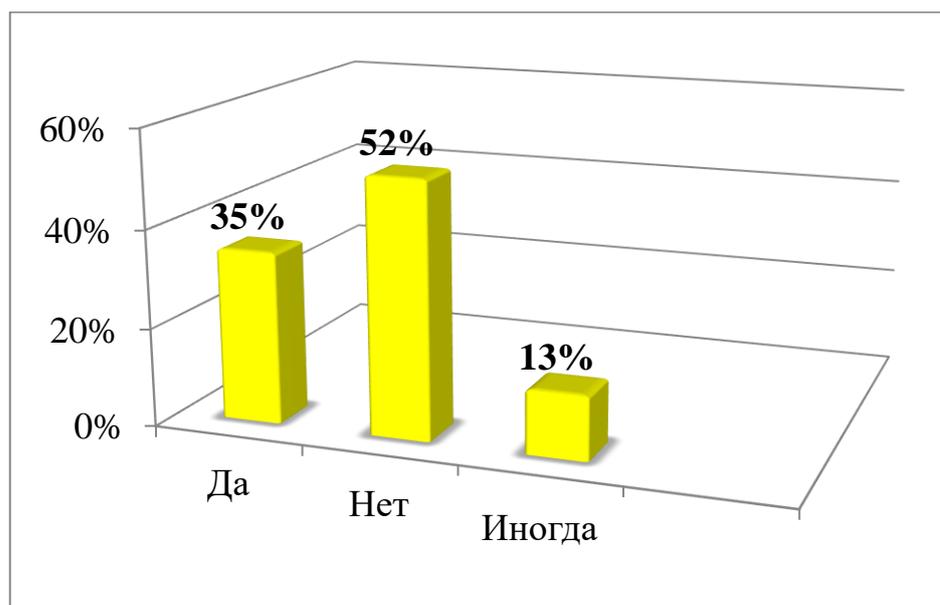


Рис.8. Занятие дыхательной гимнастикой

Только 2% посещают «Школу астмы», 93% не посещают и 5% иногда посещают (Рис. 9).

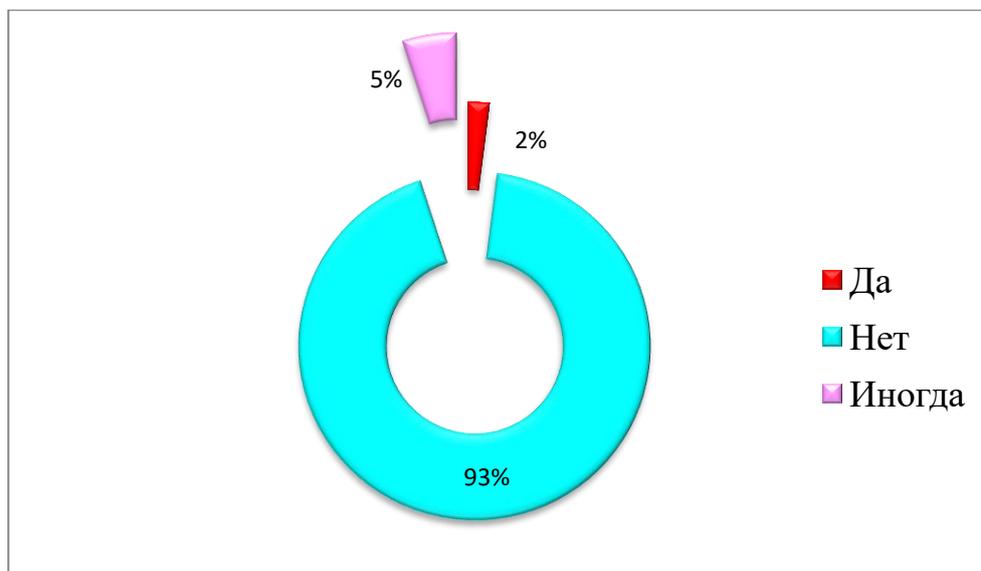


Рис.9.Посещение «Школы астмы»

58% респондентов при приступе бронхиальной астмы используют ингалятор, 34% спасаются таблетками и 8% вызывают бригаду СМП (Рис. 10).

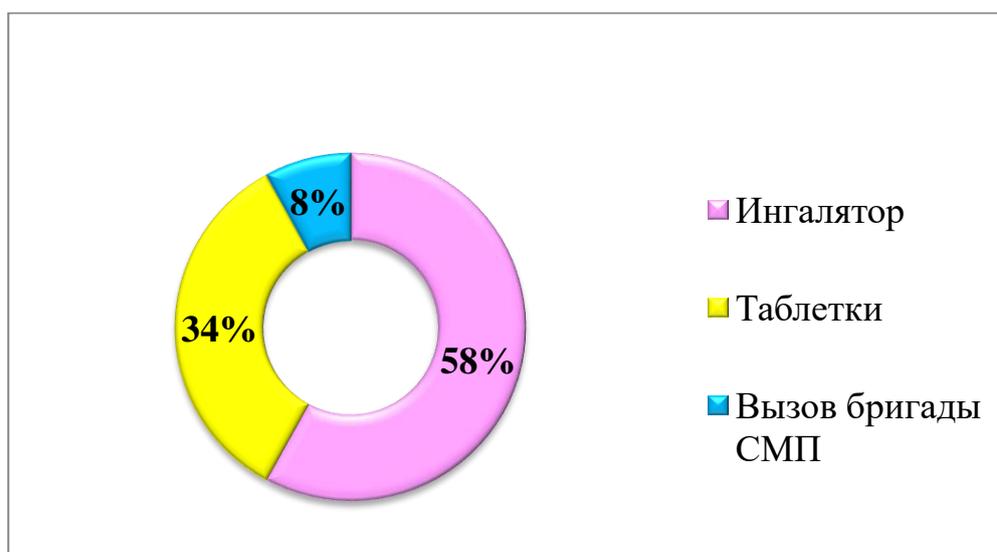


Рис.10. Помощь при приступе

1. В результате проведённого исследования выявлено, что чаще болеют бронхиальной астмой лица в возрасте 30-55 лет - 45%
2. 62% из опрошенных – женщины.
3. Из всех опрошенных респондентов 41% отмечает наличие аллергической реакции на цветение.
4. 63% респондентов, не имеют дома аллергена.

5. У 33% опрошенных больных бронхиальной астмой приступ возникает редко.
6. На вопрос о табакокурении 52% ответили положительно.
7. 88% респондентов отмечают наличие профессиональных вредностей.
8. 52% отрицают занятия дыхательной гимнастикой.
9. Только 2% посещают «Школу астмы».
10. На вопрос о способе спасения при возникновении приступа бронхиальной астмы, 58% ответили, что спасаются ингалятором.

### **2.3. Рекомендации медицинским сестрам осуществляющим уход при бронхиальной астме**

1. Как можно больше информировать пациентов о течении болезни и о мерах профилактики.
2. Проводить работу, направленную на отказ от вредных привычек (презентации, лекции).
3. В беседах, особое внимание уделять мерам профилактики возникновения приступов.
4. Проводить беседы о пользе «Школ Астмы».
5. Обучать пользоваться карманным ингалятором.
6. Контролировать выполнение рекомендаций по профилактике.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Астма является одним из тех заболеваний, которые можно хорошо лечить и контролировать. Это означает, что почти во всех случаях, за исключением возможно, очень тяжелой, астмой можно управлять, вплоть до полного устранения ее симптомов, и независимо от того, на какой стадии она была. Таким образом, чем больше вы знаете о своем заболевании и возможных способах его профилактики и лечения, тем больше вероятность, что вы сможете справиться с ним» [4].

Только несколько приступов астмы опасны для жизни, и большинство астматиков могут вести нормальную активную жизнь только с несколькими ограничениями. Человек, который понимает свою болезнь, держит под контролем стимулы, принимает меры для самопомощи и следует рекомендациям своего врача, не боится того, что у него когда-нибудь будет угрожающий жизни приступ. Да, астма не излечима: в большинстве случаев она стареет и умирает вместе с человеком. Но когда это произойдет - в 35 или 70 лет во многом зависит от своевременного и адекватного лечения, а также от бережного отношения человека к своему заболеванию [11].

«Это связано прежде всего с признанием того факта, что хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов играет важную роль при астме, борьба с которой является важным элементом лечения. Однако в каждом случае механизмы нарушения бронхиальной проводимости могут быть очень разные, поэтому лечить надо не болезнь, а больного» [9].

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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>

2. Елифанов В.А., Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией [Электронный ресурс] / В.А. Елифанов, А.В. Елифанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-4154-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441541.html>

3. Елифанов В.А., Основы реабилитации [Электронный ресурс]: учебник для мед.училищ и колледжей / под ред. Елифанова В.А., Елифанова А.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-4639-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446393.html>

4. Корягина Н.Ю., Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учеб.пособие / Н. Ю. Корягина и др.; под ред. З. Е. Сопиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3197-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431979.html>

6. 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>

7. Мухина С.А., Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С. А., Тарновская И. И. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-3966-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439661.html>

6. Пауков В.С., Патологическая анатомия и патологическая физиология [Электронный ресурс] : учебник по дисциплине «Патологическая анатомия и

патологическая физиология» для студентов учреждений средн. проф. образования / Пауков В. С., Литвицкий П. Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3449-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434499.html>

8. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учеб.пособие для студентов образовательных учреждений СПО. / Э.В. Смолева; под общ. ред. к.м.н Б.В. Кабарухина. – изд. 19-е. – Ростов — на - Дону : Феникс, 2017. – 474 с. – (Среднее медицинское образование)

9. 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>

10. Цой, А.Н., Архипов В.В. Комбинированная терапия бронхиальной астмы: перспективы гибкого дозирования препарата [Текст]/ Consilium-Medicum, Том 06, № 10, 2015.

11. Шапкин, В.Е., Заздравнов А.А., Бобро Л.Н. Пасиешвили[Текст]/ - Справочник по терапии с основами реабилитации - М.: - Феникс - 2017. - 275 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

АНКЕТА

Особенности сестринского ухода при бронхиальной астме.

1. **Возраст:** а) 18-30 б) 30-55 в) 55-70
2. **Пол:** а) М б) Ж
3. **Место жительства:** а) город б) село
4. **Условия проживания:** а) квартира б) свой дом  
в) общежитие г) съемное жилье
5. **Наличие профессиональных вредностей:** а) да б) нет
6. **Наличие стресса:** а) да б) нет в) иногда
7. **Вредные привычки:**
  - 7.1 **Курение:** а) да б) нет в) иногда
  - 7.2 **Алкоголь:** а) да б) нет в) иногда
8. **Аллергическая реакция на:** а) домашних животных  
б) лекарственные средства г) цветение д) другое
9. **Наличие аллергена дома:** а) да б) нет в) иногда
10. **Частота возникновения приступов бронхиальной астмы:**  
а) ежедневно б) раз в неделю в) 1-2 раза в месяц  
г) редко
11. **Приступ связан с физической нагрузкой:** а) да б) нет  
в) иногда
12. **Приступ связан с переменной погоды:** а) да б) нет  
в) иногда
13. **Занятие дыхательной гимнастикой:** а) да б) нет  
в) иногда
14. **Стационарное лечение во время обострения:** а) нет  
б) да
15. **Удовлетворенность сестринским уходом во время стац. лечения:**  
а) да б) нет в) иногда
16. **Амбулаторное лечение:** а) нет б) да
17. **Посещение «Школы астмы»:** а) да б) нет  
в) иногда
18. **Помощь при приступе:** а) ингалятор б) таблетки  
в) вызов бригады СМП
19. **Достаточно ли информации о бронхиальной астме из  
общедоступных источников:** а) да б) нет
20. **Необходимость дополнительной информация от медицинских  
работников о бронхиальной астме:** а) да – б) нет
21. **Рекомендации медработникам для улучшения их  
работы** \_\_\_\_\_

