

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**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ  
СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ  
БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051508  
Долматовой Эмилии Эдуардовны

Научный руководитель  
преподаватель Колченко Е.Б.

Рецензент  
Врач-пульмонолог,  
пульмонологическое отделение  
ОГБУЗ «Городская больница №2 г.  
Белгорода»  
Деева О.Г.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ .....	6
1.1. Факторы риска, этиология и патогенез, клиника хронической обструктивной болезни лёгких .....	6
1.2. Диагностика, лечение и уход за пациентами с хронической обструктивной болезнью лёгких .....	10
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ.....	22
2.1. Методика исследования .....	22
2.2. Социологическое исследование факторов риска развития хронической обструктивной болезни лёгких .....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ .....	46
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	48

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность.** Хроническая обструктивная болезнь легких - хроническое воспалительное заболевание легких, характеризующееся бронхиальной обструкцией (сужением просвета бронхов), гиперсекрецией слизи (чрезмерным производством мокроты), отеком слизистой оболочки бронхов, а также дисфункцией реснитчатого эпителия.

Хронической обструктивной болезнью лёгких чаще всего страдают люди, проживающие в промышленных городах. Учёные пытаются предугадать рост заболеваемости хронической обструктивной болезни лёгких в будущем, но из-за того, что популяция стареет, а факторы риска продолжают существовать, можно сказать, что это заболевание будет прогрессировать. По данным Всемирной организации здравоохранения распространённость хронической обструктивной болезнью лёгких составляет 10 на 1000 населения.

В 90% случаев причиной хронической обструктивной болезни лёгких является хронический обструктивный бронхит, до 10% приходится на бронхиальную астму тяжелого течения и только 1% составляет эмфизема лёгких.

При хронической обструктивной болезни лёгких развивается фиброз и обструкция мелких бронхов, эмфизема с расширением воздушных пространств, разрушением паренхимы легких, потерей их эластичности и обструкция малых дыхательных путей.

Смертность от хронической обструктивной болезни лёгких имеет тенденцию к росту, по прогнозу к 2030 году она выйдет на 4-е место среди причин смерти в общей популяции. Основные расходы здравоохранения - около 80%, тратятся на стационарное лечение, из них большая часть – 73% на лечение тяжелых пациентов.

**Цель исследования:** изучить роль профессиональной деятельности медицинской сестры в выявлении факторов риска и профилактике хронической обструктивной болезни лёгких.

**Задачи исследования:**

1. Провести обзор медицинской литературы по проблеме хронической обструктивной болезни лёгких.
2. Определить факторы развития хронической обструктивной болезни лёгких.
3. Провести анкетирование пациентов в пульмо-аллергологическом отделении.
4. Провести статистический анализ полученных данных.

**Объект исследования:** пациенты пульмо-аллергологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа».

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность медицинской сестры в выявлении факторов риска и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких.

**Гипотеза исследования:** эффективность работы медицинской сестры в профилактике хронической обструктивной болезни лёгких будет обеспечена, если:

- в содержание работы медицинской сестры будут включены компоненты способствующие снижению предрасполагающих факторов в развитии хронической обструктивной болезни лёгких;
- организованы профилактические мероприятия по предупреждению развития хронической обструктивной болезни лёгких.

**Методы исследования:**

1. Научно-теоретический (анализ медицинской литературы по данной теме);
2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. Социологический (анкетирование);
4. Статистический (статистическая обработка информационного материала).

**Теоретическая значимость:** определение профессиональных и общих компетенций сестринского персонала в организации и проведении оздоровительных и реабилитационных мероприятий, диспансеризации контингента пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

**Практическая значимость** исследования заключается в разработке рекомендаций по проведению профилактических мероприятий среди населения.

**База исследования:** пульмо–аллергологическое отделение ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа».

**Структура работы** – работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложения.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ**

## **1.1. Факторы риска, этиология и патогенез, клиника хронической обструктивной болезни лёгких**

Для возникновения хронической обструктивной болезни лёгких достаточно длительного воздействия хотя бы одного из факторов риска: курение, вредное производство, наследственность, проживание в промышленных городах [1, с.89].

Самым главным фактором риска развития хронической обструктивной болезни лёгких является курение. Чем сильнее распространено табакокурение и загрязнён воздух окружающей среды - тем больше будет распространяться это заболевание. Курение вызывает патологические изменения не только в дыхательной системе, но и во всём организме.

В развитии хронической обструктивной болезни лёгких является воспаление, а также эмфизема легких. Такой важный признак, как «бронхиальная обструкция» - характерен не только для хронического бронхита и бронхиальной астмы, но и для хронической обструктивной болезни лёгких. Одновременно с хронической обструктивной болезнью легких вредному воздействию подвергается и сердечно - сосудистая система, что делает течение заболевания более тяжелым. Также возможны нарушения в эндокринной системе пациента: некоторые пациенты могут набрать лишний вес, страдать атеросклерозом.

При хронической обструктивной болезни лёгких бронхиальная обструкция необратима, а экспираторная одышка может свидетельствовать о прогрессировании заболевания.

Хронический бронхит предшествует или сопровождает хроническую обструктивную болезнь лёгких. При хроническом бронхите поражаются

преимущественно бронхи, а при хронической обструктивной болезни лёгких поражаются следующие структуры: бронхи, альвеолы, сосуды, плевра [2, с.59].

Хроническая обструктивная болезнь лёгких не ограничивается только поражением дыхательной системы. У пациента могут возникать и системные проблемы, такие как: дефицит массы тела, гипотрофия скелетной мускулатуры, анемия, остеопороз, а также функциональные нарушения эндокринной системы.

Остеопороз в основном наблюдается у людей страдающих хронической обструктивной болезнью легких с более низкой массой тела. Основным фактором развития остеопороза является курение, так как снижается минеральная плотность костей. Гормональные нарушения встречаются у пациентов, длительно применяющих кортикостероиды, что также может приводить к остеопорозу.

Риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний при хронической обструктивной болезни лёгких повышается в 2 раза (50%). В последние годы отмечается рост клинически тяжелых форм хронической обструктивной болезни лёгких с развитием легочно - сердечной недостаточности, что приводит к инвалидизации и преждевременной смерти.

Заболевание может привести к временной нетрудоспособности, инвалидности пациента, а также к развитию других серьезных заболеваний дыхательных путей. Инвалидность пациентов практически всегда устанавливается через 10 лет после выявления хронической обструктивной болезни лёгких.

Одним из важнейших следствий бронхиальной обструкции - является легочная гипертензия, существенно влияющая на течение заболевания. Хроническое легочное сердце нередко наблюдаемое во 2 стадии хронической обструктивной болезни лёгких и практически всегда осложняющее 3-ю стадию заболевания - естественный результат длительно существующей легочной гипертензии. Около 84% больных с хронической обструктивной болезнью

лёгких умирают от декомпенсированной сердечной недостаточности, как следствие легочной гипертензии. Ведущим патогенетическим звеном нарушений гемодинамики в малом круге кровообращения являются обструктивные изменения вентиляции.

Выделяют следующие клинические формы хронической обструктивной болезни лёгких, однако чаще всего встречаются пациенты со смешанным типом:

1. Эмфизематозный вариант хронической обструктивной болезни лёгких. Из жалоб у таких больных преобладает одышка. Кашель наблюдается реже, мокроты может не быть. Гипоксемия, легочная гипертензия наступают поздно. Такие пациенты, как правило, имеют низкую массу тела, цвет кожных покровов розово – серый.

Таких пациентов образно называют «розовыми пыхтельщиками», поскольку для преодоления преждевременно наступающего экспираторного коллапса бронхов выдох производится через сложенные в трубочку губы и сопровождается своеобразным пыхтением.

2. Бронхитический вариант. Эти пациенты жалуются в основном на кашель с мокротой, одышка беспокоит меньше, у них достаточно быстро развивается легочное сердце с соответствующей картиной сердечной недостаточности – синюшностью, отеками. Таких пациентов называют «синими отечниками». Именно у них возникает декомпенсация легочного сердца.

В более продвинутых стадиях развивается гипоксия (кислородное голодание), как следствие дыхательной недостаточности. Большинство пациентов жалуются на кратковременное отсутствие дыхания ночью - синдром ночного апноэ. В результате этого у пациента нарушается обмен двуокиси углерода и может возникать ночная гиперкапния. На фоне хронической обструктивной болезни лёгких может возникать вторичный пневмоторакс, а риск смертности повышается в 3 раза. Основные симптомы данного заболевания: кашель, одышка, выделение мокроты [3].

На начальных стадиях заболевания мокрота имеет слизистый характер, а при обострении становится гнойной, вязкой и обильной. Мокрота отходит, как правило, с трудом, после серии кашлевых толчков. Если количество мокроты увеличилось, а цвет мокроты стал желтый или зеленый, то это говорит о наличии инфекционно-воспалительного процесса.

Пациенту становится трудно дышать, появляется чувство стеснения в груди, одышка, хронический кашель, который чаще всего наблюдается в дневное время, появляется мокрота. Также у пациента могут быть и другие симптомы: головная боль, сонливость днём и бессонница ночью, снижение веса.

Необходимо учитывать частоту обострений хронической обструктивной болезни лёгких, а самое главное к какому типу обострения они относятся.

Итак, существует 2 типа обострения у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких:

1. Обострение, связанное с воспалительным процессом в лёгких. Обычно проявляется большим количеством гнойной и вязкой мокроты, температура тела пациента также повышена.

2. Ко второму типу относится обострение с наличием одышки. У пациента возникают проблемы со сном, появляется головная боль. Пациент слаб и быстро утомляется. Возможно появление депрессии.

Прогноз при обострении неблагоприятный. У пациента нарушается кислородный обмен, может возникать дыхательная недостаточность. Такое состояние требует срочной госпитализации и дальнейшего лечения.

Инфекции дыхательных путей играют огромную роль в развитии хронической обструктивной болезни легких. При бактериологическом исследовании мокроты у пациентов нередко наблюдается синегнойная и гемофильная палочка и др. Присоединение различных видов инфекций может утяжелять течение хронической обструктивной болезни лёгких [4, с.5].

Дефицит  $\alpha$ -1-антитрипсина играет немаловажную роль в развитии хронической обструктивной болезни лёгких, что может привести к поражению

печени и другим дистрофическим изменениям. При вдыхании табака у человека повреждается соединительная ткань повреждается реснитчатый эпителий лёгких.

Хроническая обструктивная болезнь лёгких развивается в сочетании предрасполагающих факторов и провоцирующих агентов среды. Несомненно, заболевание развивается у людей, которые ведут нездоровый образ жизни и имеют большой стаж курения: 15 - 20 лет и более.

Вредные химические вещества, которые постоянно находятся в воздухе промышленных городов, где есть горно - металлургические заводы по добытию тяжелых металлов, не могут не оказывать пагубного влияния на дыхательные пути человека. Наиболее подвержены заболеванию лица, у которых работа связана с факторами риск развития хронической обструктивной болезнью лёгких: шахтеры, железнодорожники, строители, рабочие целлюлозно-бумажной и металлургической промышленности, сельхозработчие.

Наследственная предрасположенность и плохие экологические условия приводят к снижению иммунитета и воспалению в бронхах. В ответ на такие изменения начинает усиленно вырабатываться бронхиальная слизь, увеличивается ее вязкость, просвет бронхов сужается и создаются подходящие условия для возникновения бактерий. Также может возникать гипервоздушность легочной ткани или эмфизема [5, с.6].

## **1.2. Диагностика, лечение и уход за пациентами с хронической обструктивной болезнью лёгких**

Диагностика обострений основывается на жалобах, анамнезе, клинических проявлениях, а также может подтверждаться дополнительными исследованиями.

При осмотре пациента с хронической обструктивной болезнью лёгких мы можем увидеть следующую картину:

- бочкообразная (эмфизематозная) грудная клетка с расширением к низу.

В акте дыхания участвует слабо, задействованы мышцы брюшного пресса, расширены межреберные промежутки, верхушки лёгких выступают над ключицами;

- при дыхательной недостаточности отмечается набухание шейных вен, центральный серый цианоз или акроцианоз;

- пациент может занимать вынужденное положение, а губы собраны "трубочкой" - это говорит о тяжести течения хронической обструктивной болезни лёгких.

При перкуторном исследовании легких отмечается коробочный звук. Границы лёгких расширены, а края смещены книзу. Сами лёгкие остаются практически неподвижными, имеются ограничения в дыхании из-за этого выдох становится слабее и длиннее. Также может выступать край неповреждённой печени. Определение тупости сердца затруднено, особенно при явной эмфиземе [13].

При аускультации наблюдаются сухие разнокалиберные хрипы, свистящее дыхание, особенно, когда пациент выдыхает воздух. Иногда могут попросить пациента сделать форсированный выдох, если характерная для этого заболевания патология не наблюдается.

При проведении спирометрии мы можем оценить изменения в скорости воздушного потока пациента.

Рентгенологическое исследование грудной клетки поможет выявить сопутствующие заболевания, такие как бронхоэктазия, туберкулёз лёгких и другие [6, с.4].

Если пациенту необходимо плановое или экстренное хирургическое вмешательство, то проводят спиральную компьютерную томографию.

Еще на начальных стадиях хронической обструктивной болезни лёгких у пациентов наблюдается повышение остаточного объёма, то есть в лёгких задерживается воздух и их объём расширяется. При плетизмографии измеряют объём лёгких методом разведения гелия, когда в лёгких остается около 1,5 л газовой смеси, объем измеряется при разведении чужеродным газом.

Пульсоксиметрию проводят с целью определения степени насыщения крови кислородом, спектрофотометрический способ оценки количества гемоглобина в крови. В норме у пациентов от 90 до 98%. Если у пациента отмечается снижение сатурации это говорит о дыхательной недостаточности и требуется проведение дальнейшего исследования газов в артериальной крови.

Скрининг дефицита  $\alpha 1$  – антитрипсина проводится для выявления генетических нарушений и для жителей местности, в которой наблюдается его дефицит [14].

Из нагрузочных тестов используют тест с ходьбой в течение 6 минут и челночный тест. Такие тесты используются для выявления инвалидности у пациента, а также с целью оценки качества реабилитационного процесса. Можно провести тестирование на велэргометре или тредмиле, чтобы выявить патологию со стороны сердечно - сосудистой системы.

Комплексные шкалы используются для установления степени тяжести хронической обструктивной болезни лёгких. Например, индекс Body mass index, Obstruction, Dyspnea, Exercise позволяет оценить каждый показатель в баллах: объём форсированного выдоха, тест с 6 минутной ходьбой, индекс массы тела пациента, а также шкала одышки Modified Medical Research Council. Затем сумма баллов суммируется и можно оценить продолжительность жизни пациента с данным заболеванием [7, с.2].

Активно используется подсчёт индекса курящего человека для определения степени риска развития хронической обструктивной болезни лёгких. То есть количество выкуренных сигарет в день умножают на 12 (число месяцев в году). Если показатель превышает 160 - это говорит о том, что у пациента есть риск развития хронической обструктивной болезни лёгких, а выше 200 - этот пациент злостный курильщик.

Анамнез курения рассчитывается по похожей формуле. Где для исследования берут данные о количестве выкуриваемых сигарет в день и умножают это число на количество лет, полученное число делят на 20

(количество сигарет в пачке). Если показатель превышает 25 - значит пациент злостный курильщик.

Обязательные методы исследования: клинический анализ крови и исследование функции внешнего дыхания, цитологическое исследование мокроты, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, спиральная компьютерная томография.

Современные методы инструментальной и лабораторной диагностики дают возможность распознать ранние стадии заболеваний дыхательной системы, разработать тактику лечения и определить прогноз. Все эти методы основаны на принципах высокой информативности, безопасности и безвредности для пациентов.

Цитологическое исследование мокроты даёт информацию о характере воспалительного процесса и его выраженности.

Микробиологическое (культуральное) исследование мокроты проводят при наличии у пациента инфекции.

В клиническом анализе крови при обострении отмечается увеличение скорости оседания эритроцитов, палочкоядерный нейтрофилёз. При гипоксемии отмечается эритроцитоз, снижается скорость оседания эритроцитов, повышается вязкость крови.

При среднее и тяжелой степени хронической обструктивной болезни лёгких на флюорографии отмечается высокое стояние купола диафрагмы, ограничение её подвижности, гиперинфляция легочной ткани, признаки эмфиземы лёгких, инфильтрация стенок бронхов.

Спиральная компьютерная томография помогает выявить деформацию бронхов, буллы в лёгких. Позволяет обнаружить кисты и бронхоэктазию.

На электрокардиографии: гипертрофия правого желудочка, в дальнейшем развивается легочное сердце.

Фибробронхоскопия позволяет выявить наличие бронхиальной обструкции, обнаружить новообразования в бронхах, атрофические изменения слизистых.

Обязательным является определение следующих объемных и скоростных показателей: жизненная емкость легких, форсированная жизненная емкость легких, объем форсированного вдоха за 1 секунду, максимальная скорость вдоха на уровне 75,50 и 25%.

Для исследования обратимости обструкции используются пробы с ингаляционными бронходилататорами и оценивается их влияние на показатели кривой поток-объем, главным образом, на объем форсированного вдоха за 1 секунду.

Основными задачами в лечении пациентов является широкое распространение информации об этом заболевании, систематизация опыта, разъяснение причин и соответствующих им мер профилактики. А также предупреждение осложнений и обострений.

Одним из самых эффективных способов лечения хронической обструктивной болезни лёгких является прекращение курения. Медицинская сестра должна объяснить пациенту о вреде курения, рассказать о возможных осложнениях. Отказ от курения вне зависимости от стажа никотинозависимости пациента имеет положительную динамику на пути к выздоровлению. Но чтобы достигнуть успеха в лечении пациента необходимо проводить санитарно-просветительную работу о вреде табакокурения и у самого пациента должно быть желание к наискорейшему выздоровлению.

Любой лекарственный препарат подбирается строго индивидуально: в зависимости от тяжести заболевания пациента, выраженности симптоматики; финансового положения пациента и наличия в аптеках лекарственных средств, которые назначил врач (доступность лекарственных средств).

Коррекция дыхательной недостаточности достигается путем использования оксигенотерапии, тренировки дыхательной мускулатуры. Следует подчеркнуть, что интенсивность, объем, и характер медикаментозного лечения зависит от тяжести состояния и соотношения обратимого и необратимого компонентов бронхиальной обструкции. При истощении обратимого компонента характер проводимой терапии меняется. На первое

место выходят методы, направленные на коррекцию дыхательной недостаточности. При этом объем и интенсивность базисной терапии сохраняется.

Врачи рекомендуют: полностью отказаться от курения; сбалансировать питание, включить богатые белками продукты; корректировать физическую нагрузку, не перенапрягаться; снизить вес до норматива, если есть лишние килограммы; регулярно небыстро ходить; заниматься плаванием; практиковать дыхательную гимнастику [8, с.245].

Физические упражнения способствуют укреплению мышечного тонуса, дыхательной мускулатуры, благоприятно влияют на кровообращение, теплообмен и, главное, усиливают вентиляцию легких. Лечебной гимнастике принадлежит особая роль в профилактике заболеваний дыхательной и сердечно - сосудистой систем.

Бронхолитики, применяемые при лечении хронической обструктивной болезни лёгких, расслабляют гладкие мышцы бронхов, тем самым расширяют их просвет и облегчают прохождение воздуха на выдохе.

К бронхорасширяющим препаратам относятся:

1. Бета - стимуляторы короткого действия (сальбутамол, фентонерол);
2. Бета - стимуляторы длительного действия (сальмотерол, формотерол);
3. Холинолитики короткого действия (ипратропия бромид - атровент);
4. Холинолитики длительного действия (тиотропия бромид - спирива);
5. Ксантины (эуфиллин, теофиллин).

Почти все существующие бронхолитики применяются в ингаляционной форме, что является более предпочтительным способом, чем прием внутрь. Есть разные разновидности ингаляторов (дозированный аэрозоль, порошковые ингаляторы, активируемые вдохом, жидкие формы для небулайзерных ингаляций). У тяжелых пациентов, а также у пациентов с интеллектуальными нарушениями ингаляций лучше проводить через небулайзер.

Данная группа препаратов является основной в лечении хронической обструктивной болезни лёгких, применяется на всех стадиях заболевания как

монотерапия или (чаще) в комбинации с другими средствами. Для постоянной терапии предпочтительнее использование бронхолитиков длительного действия. Если необходимо назначение короткодействующих бронхолитиков, предпочтение отдают комбинации фентонерола и ипратропия бромида (беродуал).

Из физиотерапевтических методов лечения распространение получает метод интрапульмональной перкуссионной вентиляции легких: специальный аппарат генерирует мелкие объемы воздуха, которые подаются в легкие быстрыми толчками. От такого пневмомассажа происходит расплавление спавшихся бронхов и улучшение вентиляции легких.

Существуют хирургические методы лечения хронической обструктивной болезни лёгких. Проводят беллэктомию, ослабляющую симптоматику у пациентов с крупными буллами. Но ее эффективность установлена лишь у бросавших курить в ближайшем периоде. Разработаны торокоскопическая лазерная буллэктомия и редукционная пневмопластика (удаление перераздутой части легкого).

При отсутствии эффекта от всех проведенных мер следует обратиться в специализированный центр для решения вопроса о трансплантации легких.

Чтобы предупредить развитие хронической обструктивной болезни легких очень важно своевременно выявлять заболевания на ранних стадиях, а также проводить профилактические мероприятия. Основные меры должен предпринимать или сам человек (отказ от курения) или государство (антитабачные законы).

В первую очередь, естественно, следует отказаться от табака. Кроме этого. В качестве предупреждающих заболевание мер пациенту необходимо:

- проводить полноценное лечение вирусных инфекций;
- соблюдать технику безопасности при работе на вредных производствах;
- совершать ежедневные прогулки на свежем воздухе продолжительностью не менее часа;
- своевременно лечить дефекты верхних дыхательных путей.

Средний медицинский персонал должен обучить пациента правилам пользования ингалятором, осуществлять регулярные профилактические осмотры населения для выявления предболезни. При хронической обструктивной болезни лёгких необходимо постоянное наблюдение у терапевта по месту жительства (посещение не реже одного раза в 6 месяцев с контролем функции внешнего дыхания).

Для нейтрализации воздействия вредных факторов окружающей среды (пыли, газов, паров) пациентам с хронической обструктивной болезнью лёгких рекомендуют чаще бывать в санаториях или переехать в экологически чистую местность для наискорейшей реабилитации.

Рекомендуют расширять двигательную активность медленно, постепенно, исходя из самочувствия пациента. Обычно пациенту предлагают приобрести себе фитнес-браслет или приложение, которое измеряет шаги. Пациент должен поставить перед собой цель каждый день проходить определённое расстояние, с каждым днём увеличивая его. Безусловно, необходимо учитывать состояние здоровья - наличие одышки, усталость. Иногда врач предлагает пациенту с хронической обструктивной болезнью лёгких воспользоваться ингалятором перед физической нагрузкой [11].

Немаловажную роль в профилактике хронической обструктивной болезни лёгких играет своевременная и ежегодная вакцинация против гриппа. Это поможет предотвратить появление обострений. Вакцинацию рекомендуют пациентам старше 65 лет и с объёмом формированного выдоха ниже 40 %.

Обучение пациентов правильному применению ингалятора имеет важное прогностическое значение в лечении хронической обструктивной болезни лёгких.

Медицинская сестра проводит инструктаж по правильному сбору мокроты. Необходимо объяснить пациенту, что для проведения исследования следует собрать мокроту, отходящую во время откашливания (на пике кашлевого толчка), а не слизь носоглотки или слюну. Мокроту для посева (около 5 г) собирают в чистую, сухую и стерильную посуду. Сбору мокроты

обязательно должно предшествовать тщательное полоскание водой полости рта.

Медицинская сестра заполняет сестринский дневник, отображающий жалобы, динамику состояния, функции жизненно важных органов, физиологические отправления, особенности поведения психики пациентов.

При появлении признаков инфекционного поражения верхних дыхательных путей (например, усиление кашля, изменение характера мокроты, повышение температуры тела) медицинская сестра информирует врача и проводит мероприятия, препятствующие распространению инфекции.

При появлении или усилении одышки пациенту следует объяснить, что современная медицина обладает всем необходимым для эффективного лечения заболевания.

Медицинская сестра и социальный работник должны помочь организовать быт пациента так, чтобы предотвратить усиление и возникновение одышки:

- обеспечение доступа свежего воздуха;
- придание пациенту удобного положения;
- разумное чередование физических нагрузок и отдыха;
- выполнение специальных дыхательных упражнений, которые

стимулируют дренирование бронхиального дерева.

Медицинская сестра настоятельно дает рекомендации пациентам:

- отказаться от курения;
- трудоустроиться;
- одеваться в соответствии с погодой;
- обследовать и лечить очаги вторичной инфекции.

Важные составляющие части сестринского ухода – просвещение и обучение пациентов, в том числе предоставление основных сведений о хронической обструктивной болезни лёгких, методах ее профилактики и лечения, исключение профессиональных и бытовых вредностей, вредных привычек (курение) [12].

Согласно последним совместным рекомендациям Американского торакального общества и Европейского респираторного общества, определение реабилитации выглядит, следующим образом: «Пульмонологическая реабилитация – мультидисциплинарная, основанная на доказательной базе всеобъемлющая система мероприятий для пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания, имеющих клинически значимое течение заболевания и нарушение уровня повседневной активности. Пульмонологическая реабилитация призвана уменьшить проявление болезни, оптимизировать функциональный статус и уменьшить стоимость лечения за счет стабилизации или уменьшения системных проявлений болезни».

Таким образом, важнейшая часть реабилитации - улучшение социальной адаптации пациента, нарушенной вследствие наступления немощи, являющейся следствием хронической болезни.

Точки приложения легочной реабилитации - физическая детренированность пациентов, относительная социальная изоляция, нарушение настроения (особенно депрессия), потеря мышечной массы и снижение веса, характерные для хронической обструктивной болезни лёгких II – IV стадии.

Занятия дыхательной гимнастикой должны сопутствовать пациентам всю жизнь, так как специальные упражнения не обладают длительным действием, при их отмене могут вновь проявиться нарушения функции внешнего дыхания.

Формирование компенсации при заболеваниях с необратимыми изменениями в бронхолегочной системе обеспечиваются с помощью упражнений, акцентирующих отдельные фазы дыхания, обеспечивающих тренировку диафрагмального дыхания, укрепление дыхательной мускулатуры и увеличение подвижности грудной клетки. Метод побудительной спирометрии способствует созданию у пациента стимула к достижению и поддержанию определённого уровня вдоха, направлен на увеличение легочных объемов, тренировку дыхательных мышц вдоха и улучшение дренирования мокроты. Этого достигают применением побудительных спирометров с предельными объёмами 2500 - 5000 мл.

Одним из условий эффективности лечебной физической культуры остаётся принцип возрастающих нагрузок с включением многократных повторений нагрузочных упражнений с интервалами формированного отдыха.

Начиная со среднетяжелой степени хронической обструктивной болезни лёгких, пациенты направляются на медико-социальную экспертизу для получения группы инвалидности [15].

При крайне тяжелой степени дыхательной недостаточности пациент не может выполнять даже обычную бытовую нагрузку, иногда не может сделать даже несколько шагов. Такие пациенты нуждаются в постоянном постороннем уходе. Ингаляции тяжелым пациентам проводятся только с помощью небулайзера. Значительно облегчает состояние многочасовая малопоточная кислородотерапия (более 15 часов в сутки).

При тяжелых стадиях заболевания физические нагрузки нежелательны и повседневная активность направлена на минимизацию энергетических затрат. Например, пациенты могут ограничить свое жизненное пространство одним этажом дома, питаться чаще и небольшими порциями, а не редко и помногу, избегать тесной обуви.

Следует обсудить уход за неизлечимыми пациентами, включая неизбежность искусственной вентиляции легких, использование временно облегчающих боль седативных препаратов, назначение ответственного за принятие медицинских решений в случае инвалидизации пациента.

Тяжесть обструкции дыхательных путей прогнозирует выживаемость у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких. Смертность у пациентов с объёмом форсированного выдоха, равным или более 50%, предположительно немного больше, чем в общей популяции. При объёме форсированного выдоха в пределах 0,75 – 1,25 литра пятилетняя выживаемость составляет приблизительно 40-60%; при объёме форсированного выдоха менее 0,75 литра – около 30-40%. Заболевания сердца, малая масса тела, тахикардия в покое, гиперкапния и гипоксемия снижают выживаемость [9].

Хроническая обструктивная болезнь лёгких имеет условно неблагоприятный прогноз. Болезнь медленно, но постоянно прогрессирует, приводя к инвалидности. Лечение, даже самое активное, способно лишь замедлить этот процесс, но не устранить патологию. В большинстве случаев лечение пожизненное, с постоянно возрастающими дозами лекарств.

При продолжении курения обструкция прогрессирует гораздо быстрее, значительно сокращая продолжительность жизни.

Неизлечимая и смертельно опасная хроническая обструктивная болезнь лёгких просто призывает людей навсегда отказаться от курения. А для находящихся в группе риска людей совет один - при обнаружении у себя признаков заболевания немедленно обращаться к пульмонологу. Ведь чем раньше обнаружена болезнь, тем меньше вероятность преждевременного летального исхода.

## ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

### 2.1. Методика исследования

Испытуемые: Исследование проводилось на базе пульмо-аллергологического отделения ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы имени Святителя Иоасафа» в период с апреля по май 2019 года, изучались:

Пациенты имеющие факторы риска и страдающие хронической обструктивной болезнью лёгких из них мужчин - 21, женщин - 9, в возрасте с 18 до 75 лет. Средний возраст респондентов составил  $59,29 \pm 4,58$  лет. Стаж курения  $42,98 \pm 2,79$  лет.

Используемые методики: В исследовании была использована:

1. Анкета пациента, позволяющая оценить состояние здоровья испытуемых на данный момент, выявить факторы риска для развития хронической обструктивной болезни лёгких.

Пациентам была предложена анкета закрытой формы, состоящая из 20 вопросов, направленных на выявление проблем, беспокоящих пациента, возможных факторов риска. Было получено добровольное согласие респондентов на исследование, также они были информированы о его целях и задачах. Пациенты должны были самостоятельно отвечать на вопросы, выбирая один из предложенных вариантов ответов, ориентируясь на собственные ощущения и оценку своего самочувствия и активности. Полученные ответы оценивались в баллах.

2. Был проведён индивидуальный расчет по формуле индекс пачек лет для каждого пациента, с целью выявления возможного риска развития хронической обструктивной болезни лёгких.

Для того, чтобы произвести расчёт необходимо знать 3 составляющие:

- сколько пациент сигарет выкуривает в день;
- знать стаж курения пациента;
- полученное число необходимо разделить на 20 (количество сигарет в 1 пачке).

Если индекс пачек лет превышает 10 – есть высокий риск развития хронической обструктивной болезни лёгких. В среднем, индекс пачек лет у испытуемых составил  $33,25 \pm 14,65$ .

3. Нами был рассчитан индекс массы тела респондентов по следующей формуле: индекс массы тела = вес (в кг)/рост ( $m^2$ ).

Обработка результатов: проводилась по каждому вопросу, для вычисления которого применялся пакет прикладных программ Microsoft Word 2010.

## **2.2. Социологическое исследование факторов риска развития хронической обструктивной болезни лёгких**

Такой диагноз у взрослых мужчин в России наблюдается у каждого третьего, перешагнувшего рубеж в 70 лет. Ночные смены, поднятие тяжестей, работа на вредном производстве - всё это способствует развитию хронической обструктивной болезни лёгких преимущественно у пациентов мужского пола. У женщин риск заболеть хронической обструктивной болезнью лёгких повышается, если в семье есть человек, который много курит. Здесь играет большую роль пассивное курение.

В проведённом анкетировании участвовало 30 человек с ранее установленным диагнозом хронической обструктивной болезни лёгких, из них были 30% женщин (9 человек) и 70% мужчин (21 человек). Исходя из исследования, можем предположить, что мужчины в 2-3 раза чаще подвергаются стрессу, чем женщины (Рис. 1).

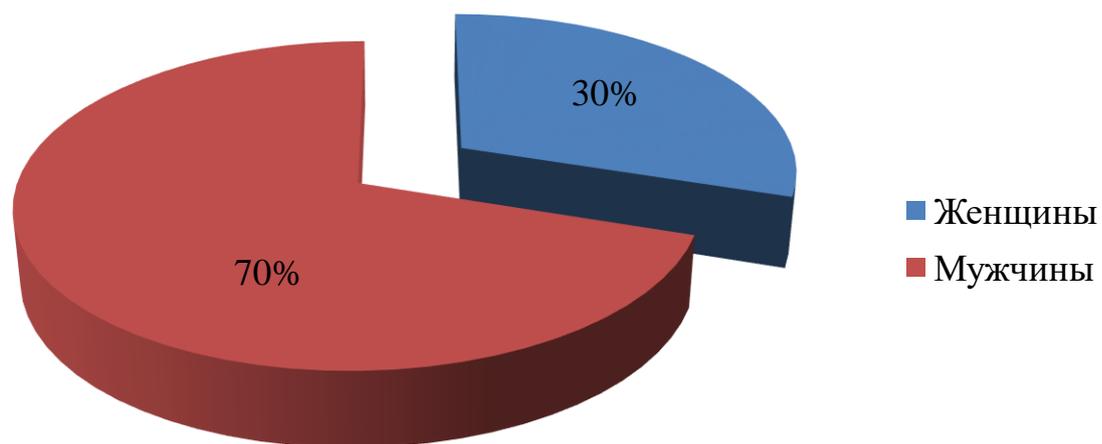


Рис. 1. Пол респондентов

Возраст респондентов распределился следующим образом: до 25 лет - 10% (3 человека), 26 - 45 лет - 40% (12 человек), 46 - 80 лет - 50% (15 человек). Больше всего от хронической обструктивной болезни лёгких страдают люди старше 40 лет, однако это можно объяснить и старением организма, и длительностью стажа курения (Рис. 2).

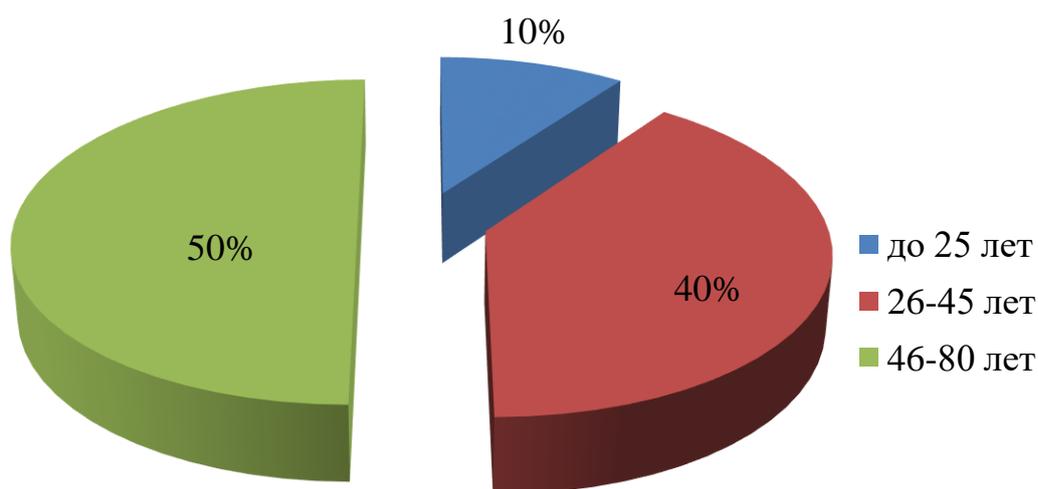


Рис. 2. Возраст респондентов

Городских жителей было 57% респондентов (17 человек), а сельских 43% (13 человек). Это обусловлено тем, что в городской среде, а особенно в промышленных городах, воздух очень загрязнён и загазован (Рис. 3).

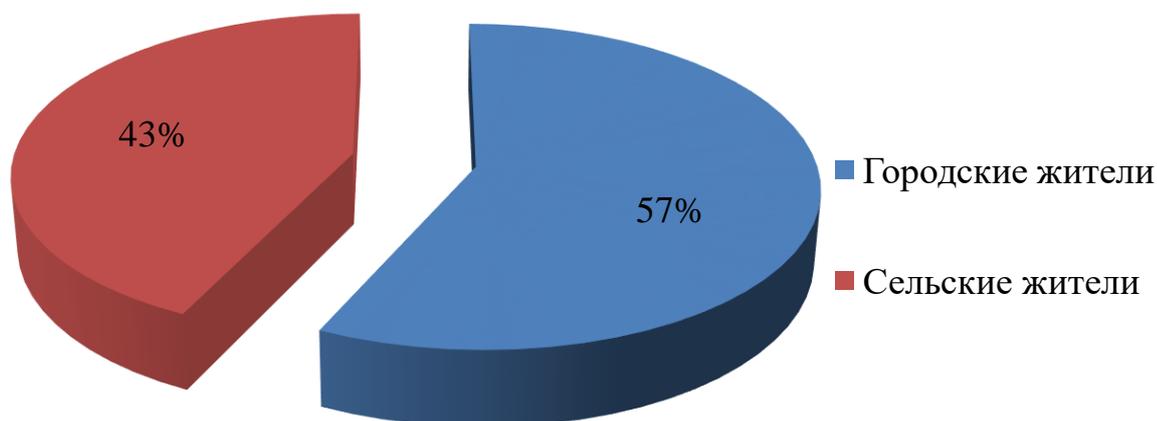


Рис. 3. Место жительства респондентов

В обществе давно назрела острая проблема дальнейшего укрепления семьи. Решение этой проблемы во многом зависит от культуры вступающих людей в брак. Членов семьи объединяет общность быта, взаимная помощь и моральная ответственность. В большой городской семье, когда совместно проживают в одной квартире два или три поколения, контакты среди членов семьи затрудняются из-за высокой напряженности, психологической или эмоциональной. Все эти, да и другие условия, существенно влияют на устойчивость семьи, и поэтому, неблагоприятно действуют на здоровье всего населения.

Семейное положение у большинства испытуемых распределилось следующим образом: 23% респондентов замужем либо женаты (7 человек), а 77% - не замужем или холостые (23 человека). Мы сделали вывод, что вредные привычки могут привести к потере семьи (Рис. 4).

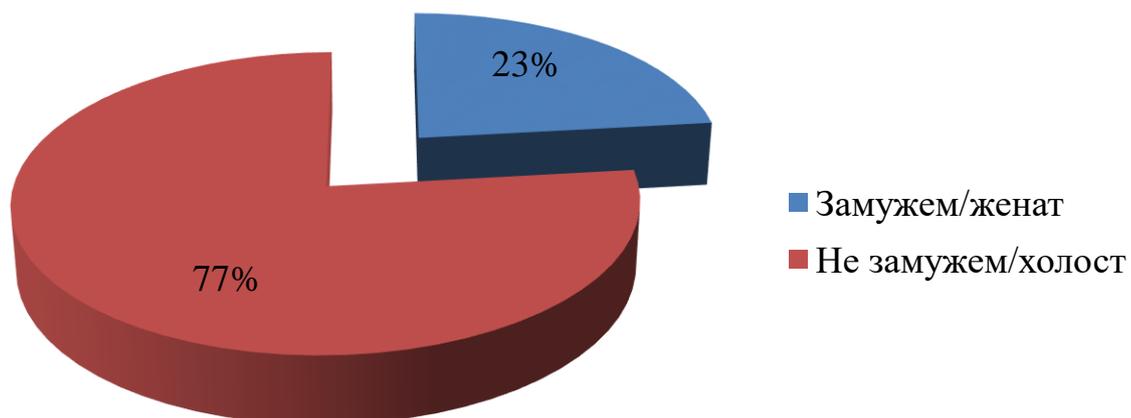


Рис. 4. Семейное положение респондентов

Высшее образование имеют 30% респондентов (9 человек), 50% пациентов (15 человек) имели среднее профессиональное образование, 20% (6 человек) имели среднее общее образование. (Рис. 5).

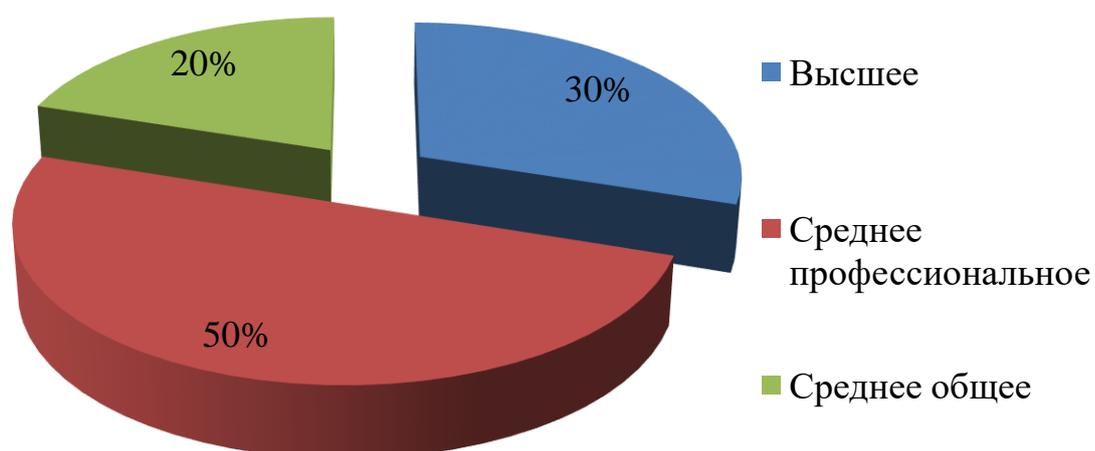


Рис. 5. Уровень образования респондентов

Что касается социального положения, то большинство опрошенных являются пенсионерами 50% (15 человек), работающих 40% (12 человек), 7% студентов (2 человека) и 3% безработный (1 человек). Таким образом, можно сделать вывод, что вредные привычки могут привести к потере социального статуса, снизить работоспособность человека (Рис. 6).

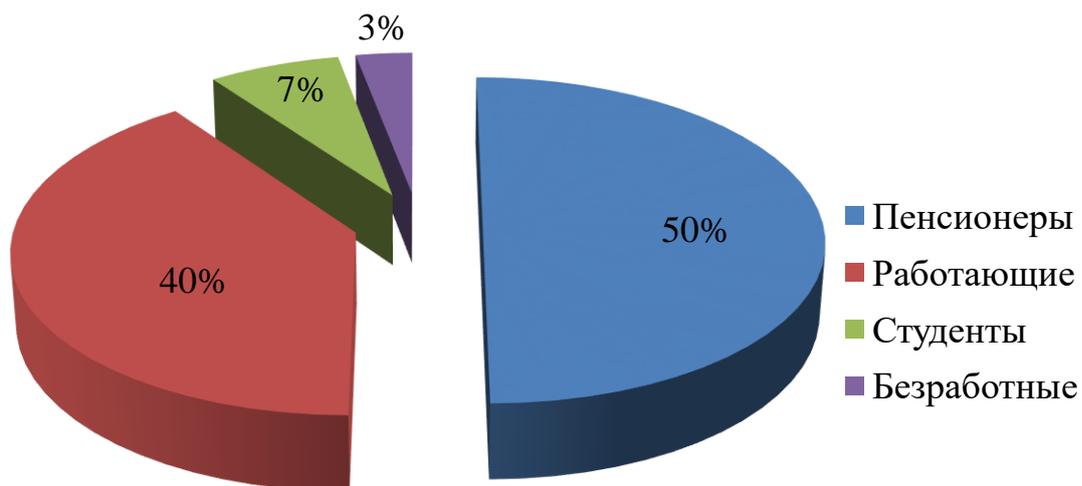


Рис. 6. Социальное положение респондентов

Основные факторы риска профессиональной природы, вредные и неблагоприятные факторы, присутствующие в рабочей зоне: пыль, аллергены, раздражающие и токсичные вещества в виде газов, дыма, паров. Риск возникновения хронической обструктивной болезни лёгких возрастает при увеличении длительности и силы воздействия, а также воздействию пыли в молодом возрасте.

Анализ профессиональной деятельности респондентов, показал: у 45% (14 человек) работа связана с вредным производством. Сменили место работы 10% респондентов (2 человека). Еще у 45% работа не связана с вредным производством (14 человек) (Рис. 7).

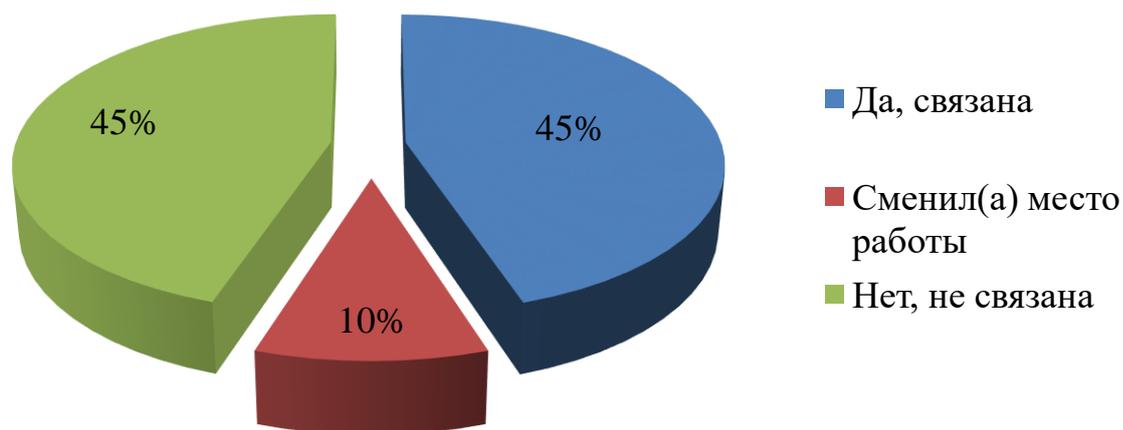


Рис. 7. Наличие у пациентов работы, связанной с вредным производством

В ходе исследования были определены основные профессии респондентов: работников цементного завода 30% (9 человек), шахтеров 25% (7 человек), строителей 15% (5 человек), медицинских работников 15% (5 человек), уборщиц, домохозяек 10% (3 человека), парикмахеров 5% (1 человек). (Рис. 8).

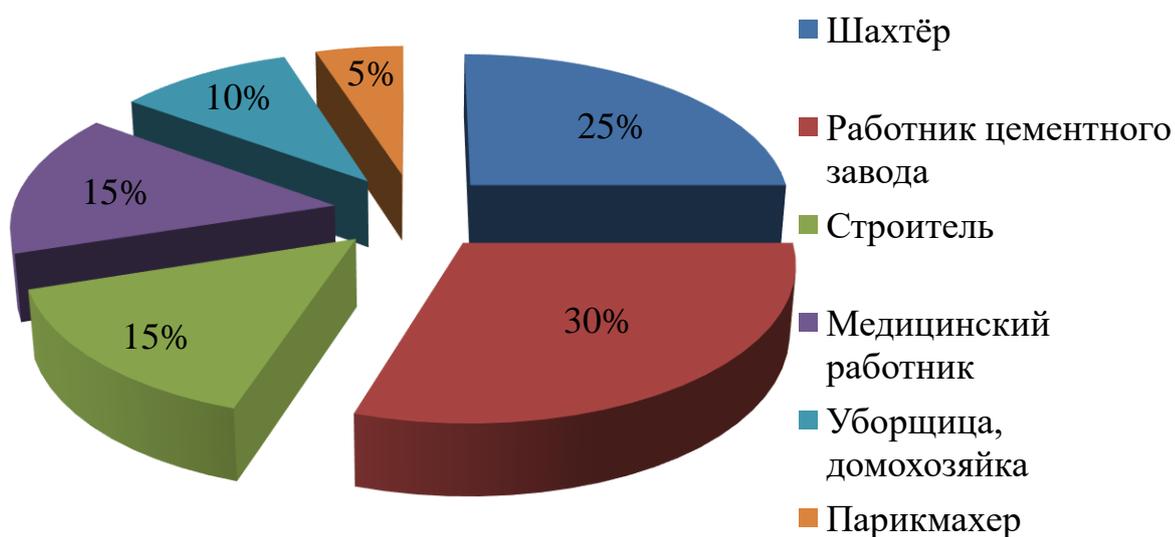


Рис. 8. Профессиональная деятельность респондентов

Было выявлено, что большинство респондентов имеют такую вредную привычку, как курение 83% (25 человек), употребляют алкоголь 17% (5 человек). Среди опрошенных, употребляющих наркотики не было. (Рис. 9).

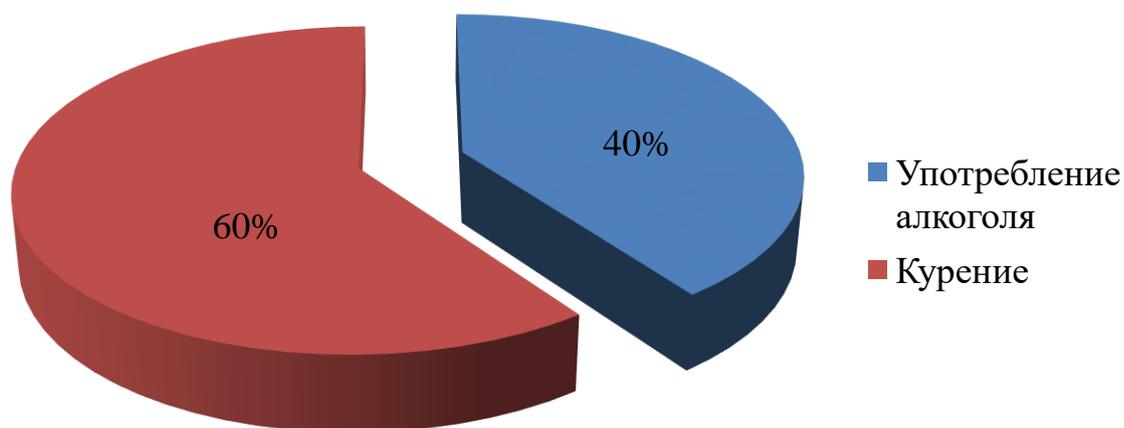


Рис. 9. Вредные привычки респондентов

На втором месте среди вредных привычек находится алкоголь. Распитие алкогольных напитков в клубах и барах часто подвергают организм воздействию если не активного, то пассивного курения. Причём нахождение в таких помещениях даже короткий период времени может причинять организму вред.

Обезвоживание, которое возникает при попадании алкоголя в организм, делает слизь в дыхательных путях более вязкой. В результате, кашель усиливается. Спирт несовместим со многими лекарственными средствами, которые вынуждены принимать пациенты. Он усиливает побочные эффекты, которые дают эти препараты.

Частота употребления алкогольных напитков респондентов разделилась следующим образом: по выходным употребляют 40% (12 человек), в праздничные дни 37% (11 человек), 6% не употребляют совсем (2 человека), а 17% употребляют постоянно (5 человек). Это означает, что 5 опрошенных подвержены алкогольной зависимости больше остальных (Рис. 10).

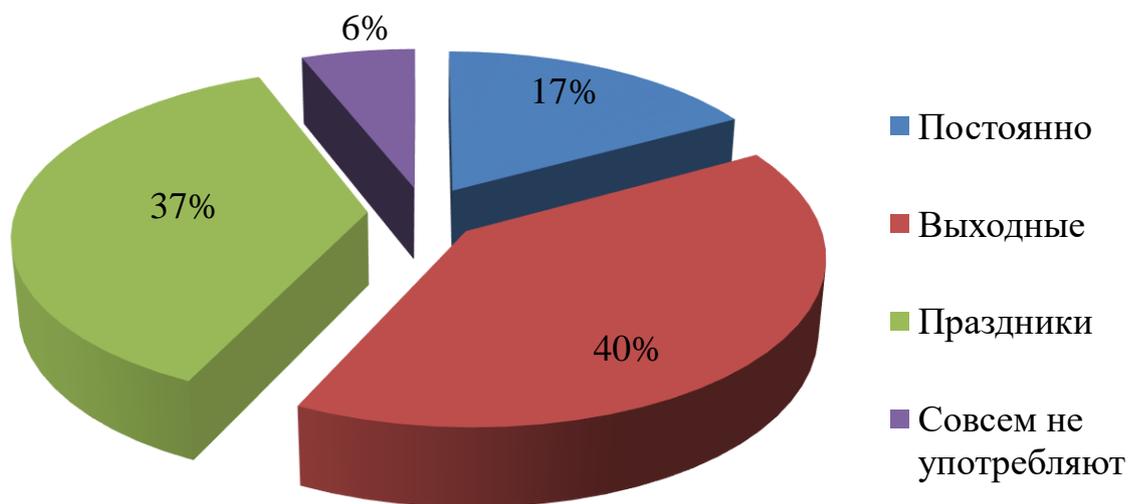


Рис. 10. Частота употребления алкогольных напитков респондентами

В неделю больше 1 л крепких напитков выпивают 45% респондентов (13 человек), около 1 л выпивают 10% (3 человека), до 1 литра 20% испытуемых (6 человек), меньше 500 мл - 25% (8 человек) (Рис. 11).

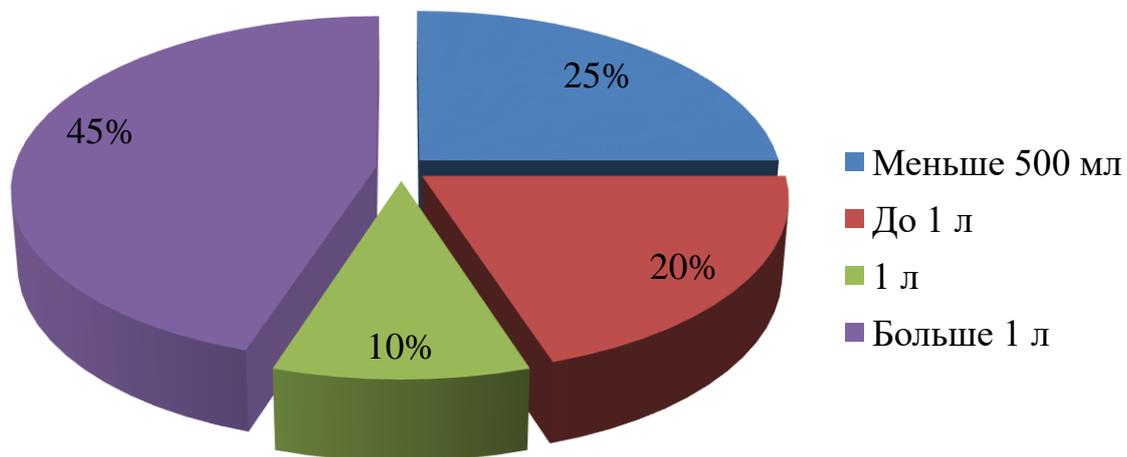


Рис. 11. Количество крепких алкогольных напитков в неделю, выпиваемых респондентами

Ежедневно курят 70% респондентов (21 человек), стали беспокоиться о своём здоровье и полностью отказались от курения 10% (3 человека), а ещё 20% испытуемых (6 человек) пытались отказаться от вредной привычки, но окончательно избавиться от курения им не удалось (Рис. 12).

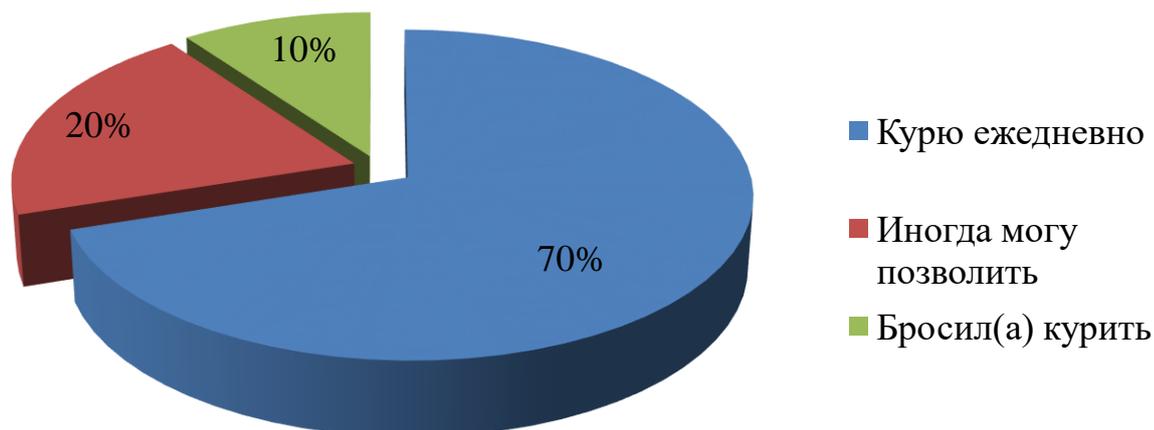


Рис. 12. Статус никотинозависимых пациентов

Курение табака формирует мощный стимул к неоднократному повторению этой процедуры, лежащий в основе физической зависимости от никотина. Курение сопровождается определенным набором действий и нередко ассоциируется с конкретными ситуациями, например, отдыхом от работы, приятной беседой, чашкой кофе. Всё это формирует психологическую зависимость от курения.

Минимальный стаж курения пациентов составил 10 лет - 17% (5 человек), 15 лет курят 23% респондентов (7 человек), более 30 лет стаж курения у 60% опрошенных (18 человек). Таким образом, хроническая обструктивная болезнь лёгких встречается чаще всего у пациентов, которые имеют длительный стаж курения (Рис. 13).

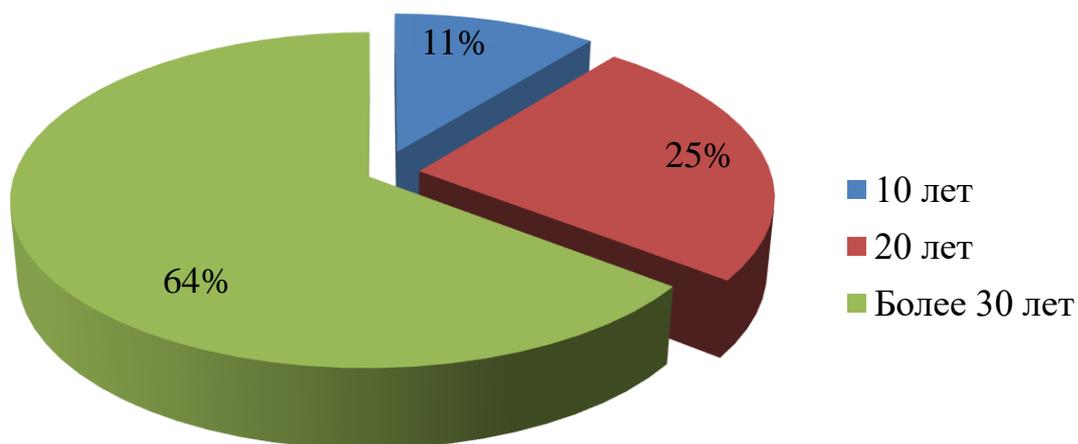


Рис. 13. Стаж курения респондентов

Если говорить о количестве сигарет выкуриваемых пациентами, то 20% испытуемых (6 человек) - выкуривают 5-15 штук в день, 20 штук в день выкуривают 53% опрошенных (16 человек) и 21 и более штук выкуривают 27% респондентов (8 человек) (Рис. 14).

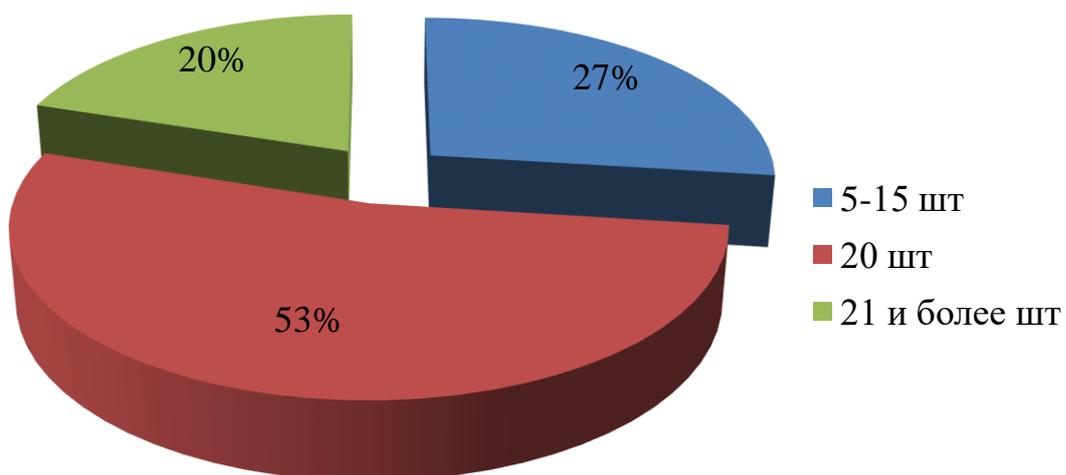


Рис. 14. Количество сигарет, выкуриваемых респондентами в сутки

Жалобы пациентов оказались следующими: у 50% респондентов (15 человек) ведущим симптомом является одышка, у 25% пациентов (7 человек) основной проблемой является хронический кашель, у 20% респондентов (6 человек) отметили изменение массы тела в последнее время, всего лишь 5% респондентов жалуются на мокроту (2 человека) (Рис. 15).

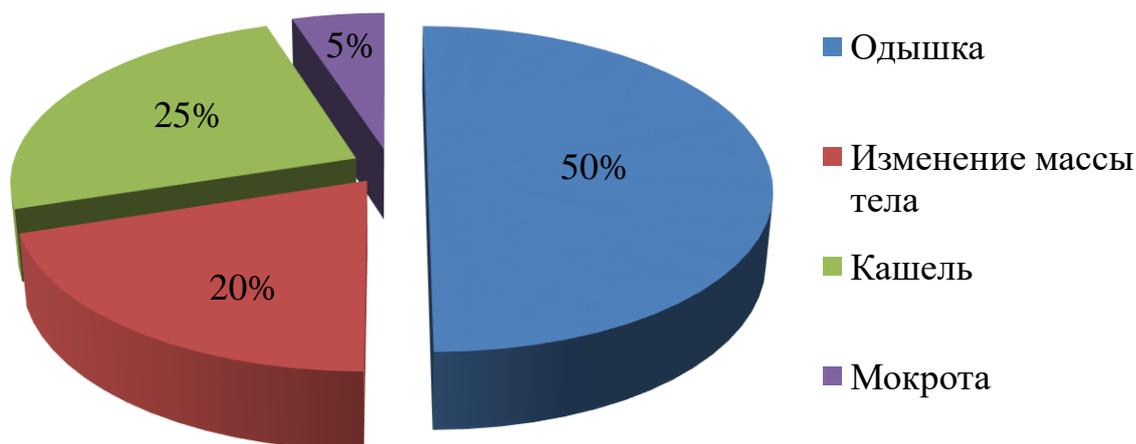


Рис. 15. Основные физиологические проблемы пациентов

Одышка является ведущим симптомом при обнаружении хронической обструктивной болезни лёгких. Одышка возникает на более поздних стадиях заболевания и отмечается вначале только при значительной и интенсивной физической нагрузке, усиливается при респираторных заболеваниях. В дальнейшем одышка модифицируется: ощущение недостатка кислорода во время обычных физических нагрузок сменяется тяжёлой дыхательной недостаточностью и через время усиливается. Некоторые пациенты связывая своё заболевание с физической детренированностью.

Впервые появление одышки несколько лет назад заметили 60% пациентов (18 человек), около 10 лет наблюдалось у 10% опрошенных (3 человека), а несколько месяцев назад обнаружило 30% (9 человек) (Рис. 16).

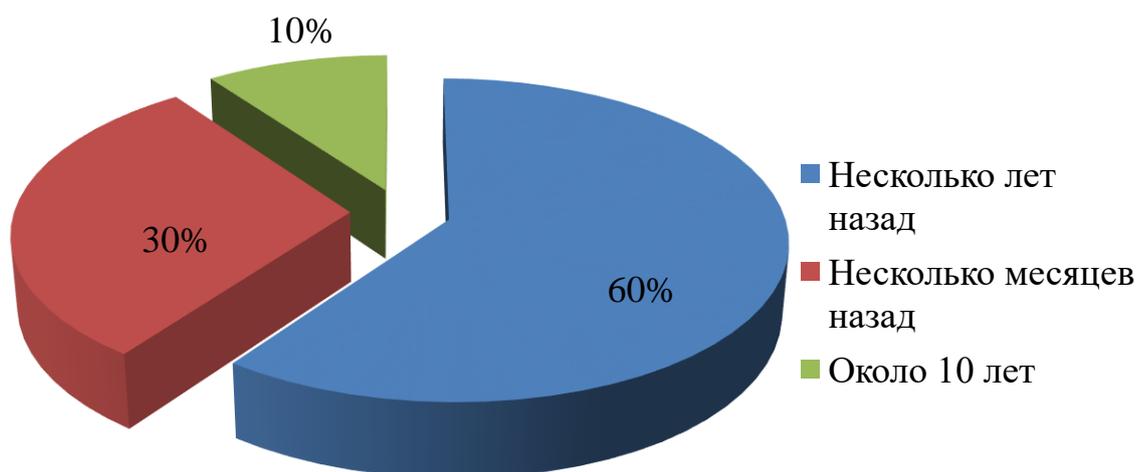


Рис. 16. Впервые заметили у себя одышку

Пациенты отметили у себя следующий характер одышки: 70% респондентов имеют экспираторную одышку (21 человек), у 5% она инспираторная (1 человек), а 25% отметили смешанный характер одышки (8 человек) (Рис. 17).

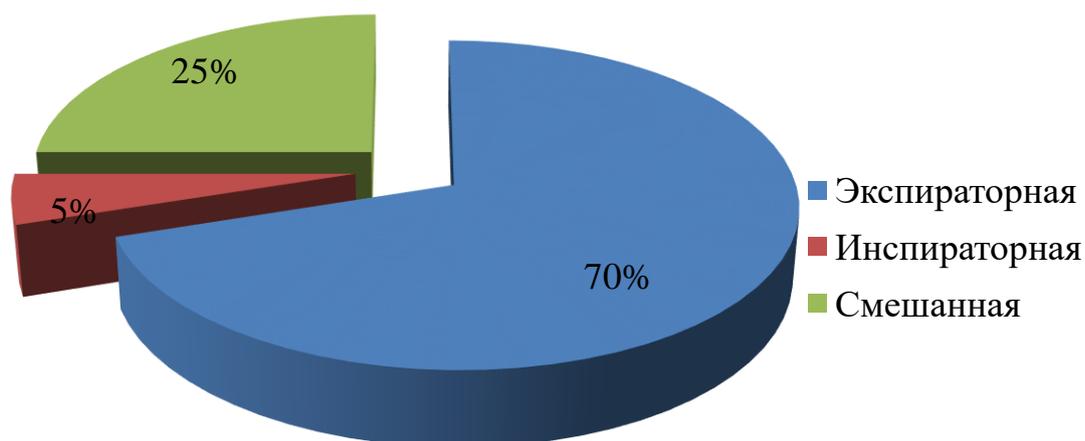


Рис. 17. Характер одышки у респондентов

Пациенты с хронической обструктивной болезнью лёгких отметили наличие мокроты следующего характера: слизисто - гнойная у 50% респондентов (15 человек), гнойная у 30% (9 человек), стекловидная у 20% (6 человек) (Рис. 18).

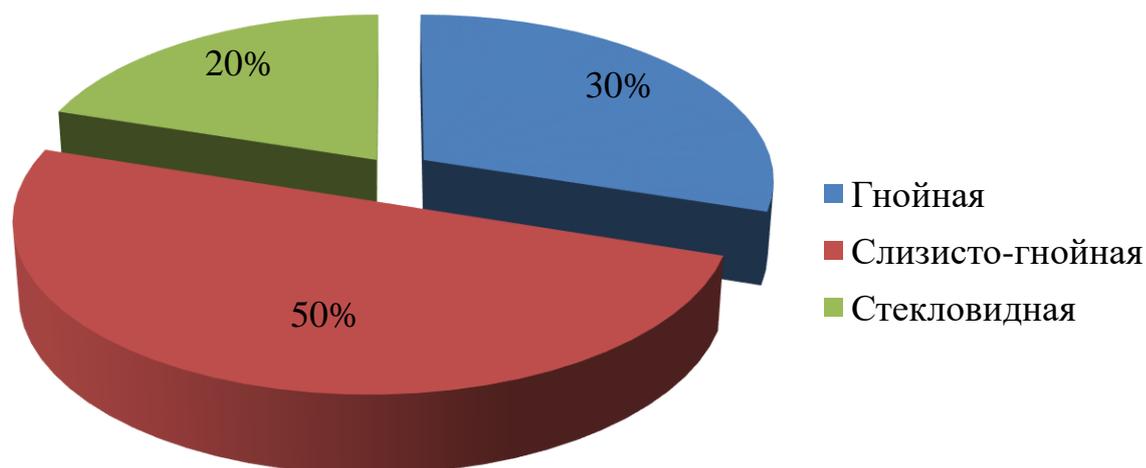


Рис. 18. Характер мокроты у пациентов

У пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью лёгких, с низким индексом массы тела продолжительность жизни сокращается. Высокий индекс массы тела может привести к усилению одышки, увеличению физических ограничений и снижению качества жизни. Избыточная масса тела способствует ограничению функции легких, а потребность в кислороде увеличивается.

Индекс массы тела респондентов был менее 18,5 (недостаточный вес) – 20% (6 человек), 18,6 – 24,9 (нормальный вес) – 10% (3 человека), 25,0 – 29,9 (избыточный вес) - 50% (15 человек), 30,0 – 40,0 (ожирение) – 20% (6 человек). Большинство пациентов имеют высокий индекс массы тела, а значит, что заболевание протекает по бронхитическому типу (Рис. 19).

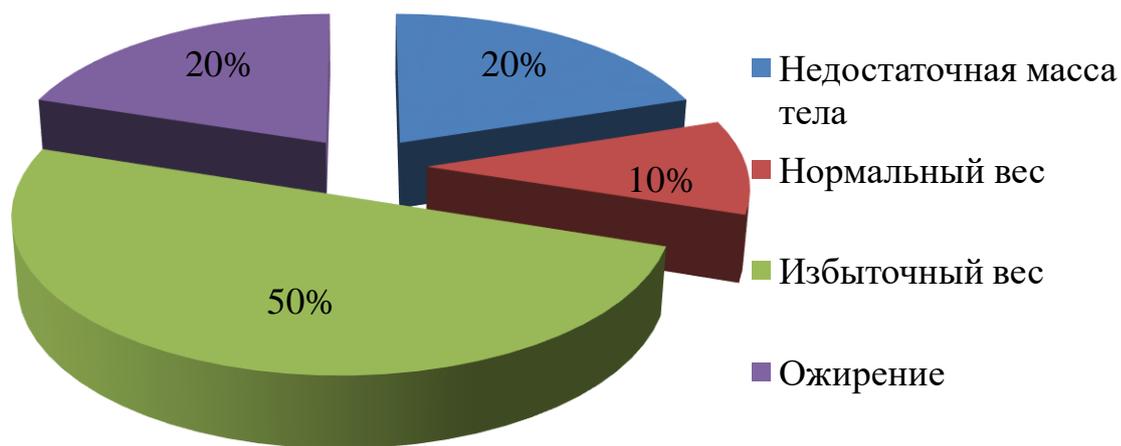


Рис. 19. Индекс массы тела респондентов

Анамнез хронической обструктивной болезни лёгких у пациентов представлен следующим образом: 80% пациентов (24 человека) отмечают наличие хронических заболеваний органов дыхания у родственников, а 20% испытуемых (6 человек) отрицают их наличие (Рис. 20).

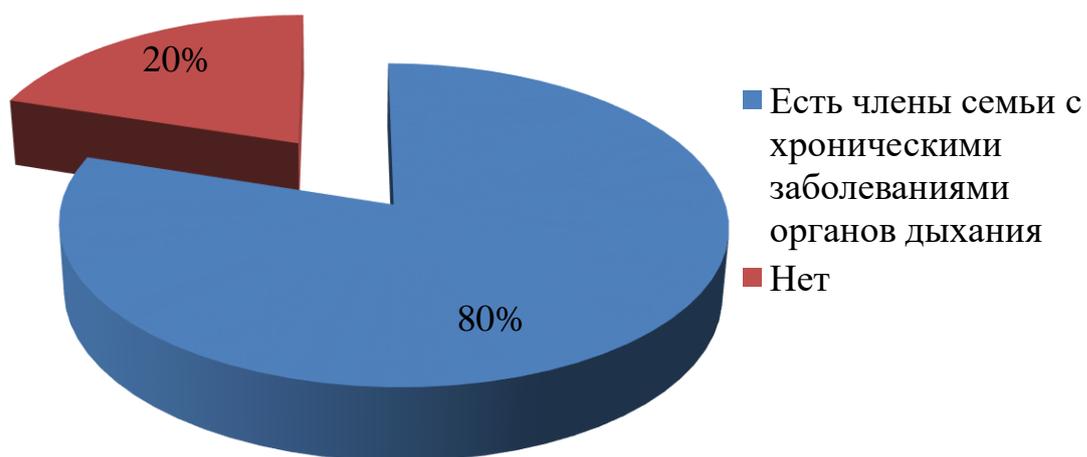


Рис. 20. Наследственность

Заболевшими более года себя считают в основном 80% (24 человека), заболевшими более 10 лет считают 17% (5 человек), 3% считают, что они заболели несколько месяцев назад (1 человек) (Рис. 21).

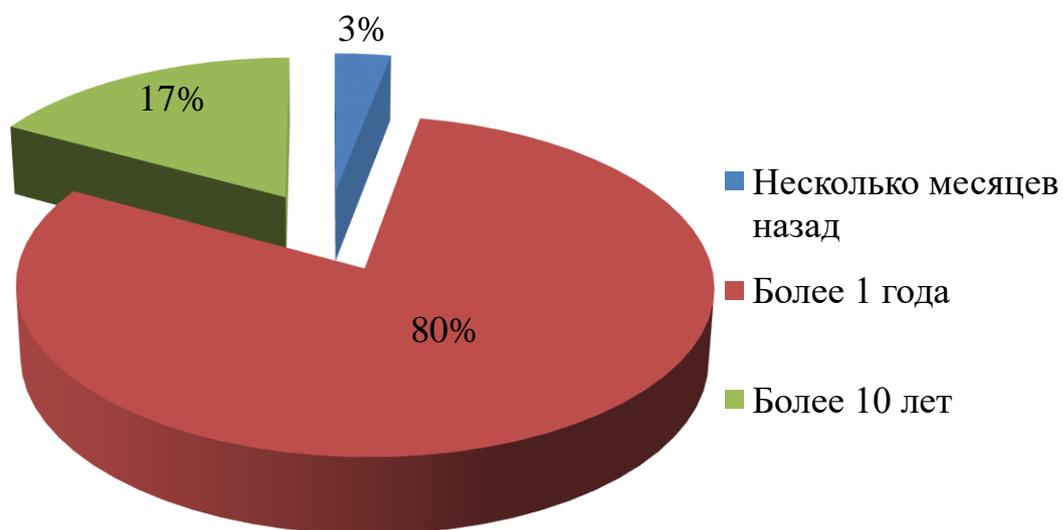


Рис. 21. Стаж заболевания респондентов

Среди сопутствующих заболеваний выделяют: бронхиальную астму, бронхоэктатическая болезнь, рак лёгких.

Наличие сопутствующей бронхоэктатической болезни способствует развитию бактериальной инфекции.

Доказано что риск развития рака лёгких у пациентов с заданной патологией значительно повышен. Лечение рака легких, является сложной задачей, поскольку хроническая обструктивная болезнь лёгких может увеличить послеоперационную патологию и снизить выживаемость.

Лидирующее место занимает бронхиальная астма – наблюдается у 50% пациентов (15 человек), бронхоэктатическая болезнь находится на втором месте у 27% опрошенных (8 человек), у 17% их нет (5 человек), рак лёгкого на 4 месте – он есть у 6% пациентов (2 человека) (Рис. 22).

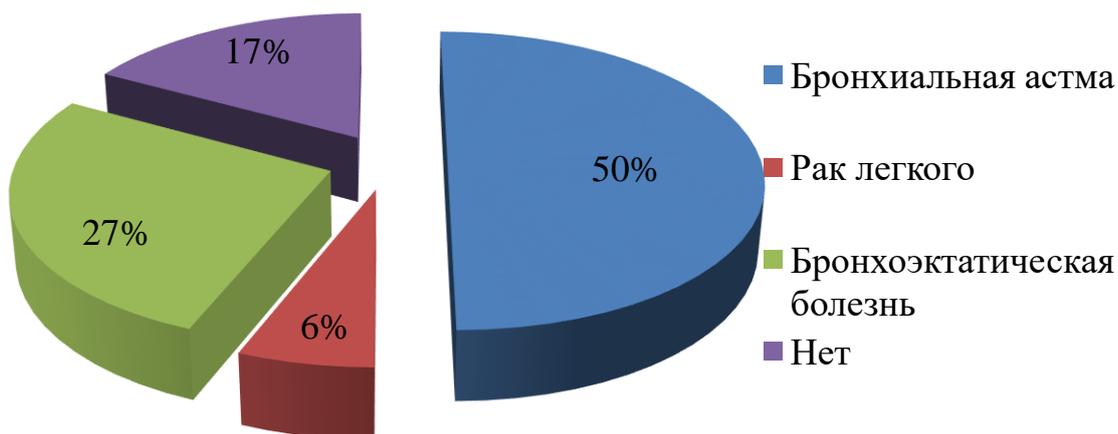


Рис. 22. Наличие сопутствующих заболеваний у пациентов

Частота посещений врача-пульмонолога у респондентов разделилась. Одни вовсе не посещают 70% (21 человек), другие 25% посещают 1 раз в 2 года (8 человек), а 2 раза в год посещает 5% испытуемых (1 человек). Из полученных данных можно сделать следующий вывод: большинство пациентов совсем не посещают врача пульмонолога (Рис. 23).

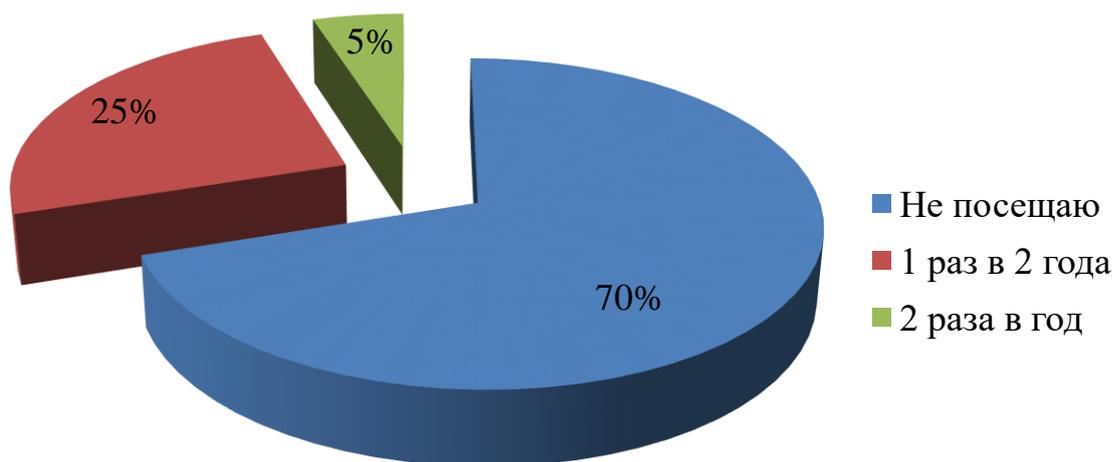


Рис. 23. Частота посещений врача-пульмонолога

Спирометрию проводили самостоятельно 3% респондентов (1 человек), на приёме у врача спирометрию проводят 37% пациентам (12 человек), а 60% испытуемых (18 человек) никогда её не проводили (Рис. 24).

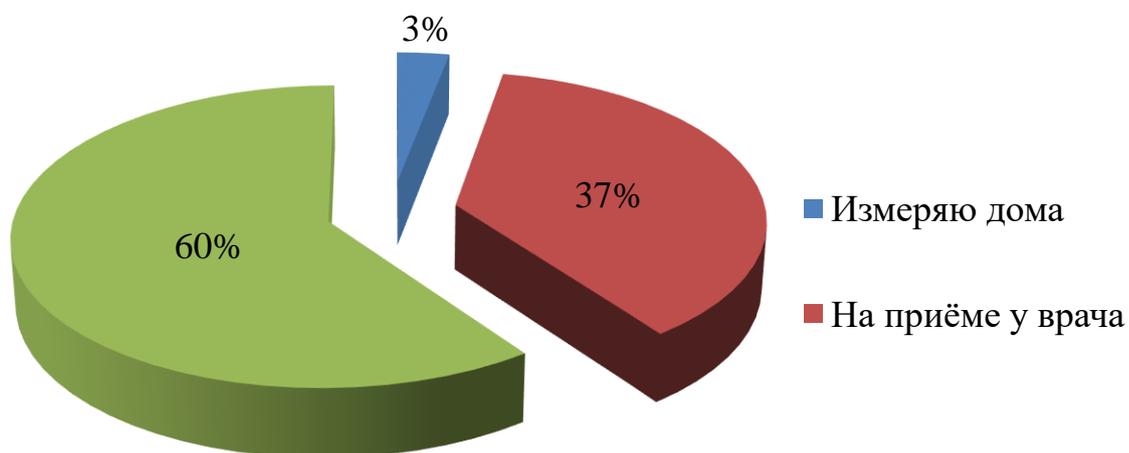


Рис. 24. Частота проведения спирометрии пациентам

Обострения заболевания возникают спорадически на фоне течения хронической обструктивной болезни лёгких и сопровождаются усилением тяжести симптоматики. Специфические причины обострения в большинстве случаев установить невозможно, но известно, что обострению заболевания часто способствуют острые респираторные вирусные инфекции, острый бактериальный бронхит или воздействие раздражителей дыхательных путей. По мере прогрессирования хронической обструктивной болезни лёгких обострения заболевания становятся более частыми, в среднем составляя 1-3 эпизода в год.

Обострения у пациентов 1-2 раза в месяц встречаются в 50% случаев (15 человек), 2 раза в 6 месяцев были в 40% случаев (12 человек), а 2 раза в год обострения встречались в 10% случаев (3 человека) (Рис. 25).

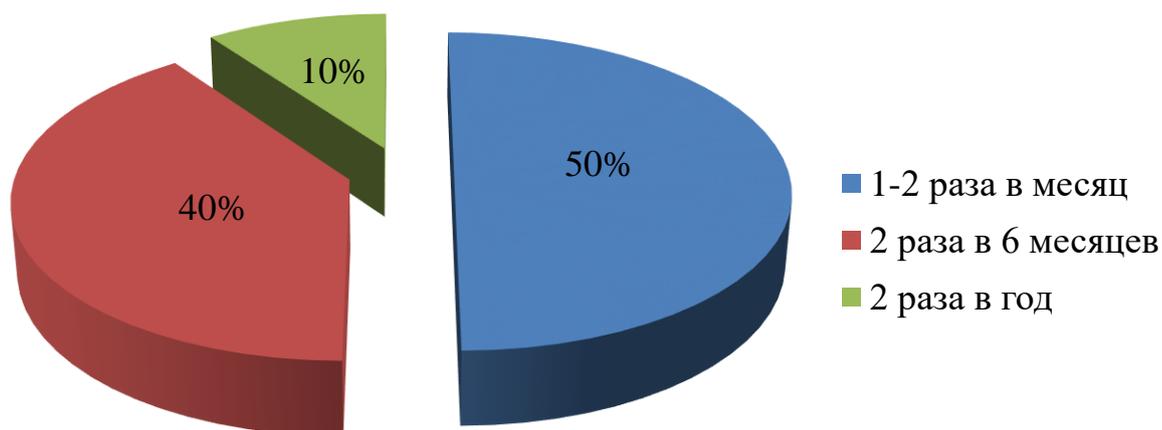


Рис. 25. Количество обострений в год

Ключевым моментом первичной профилактики хронической обструктивной болезни лёгких является полный отказ от курения сигарет. Необходимо избегать или ограничить пассивное или вторичное курение, то есть пребывание в контакте с табачным дымом. При наличии контакта с загрязняющими веществами во вдыхаемом атмосферном воздухе, воздухе внутри помещений и на рабочих местах с целью снижения риска развития ХОБЛ следует принять меры по уменьшению их вредного воздействия на организм. Следует помнить о своевременном обращении к врачу при наличии острых респираторных вирусных заболеваний и патологий со стороны дыхательной системы.

Пациенты, которые соблюдают профилактические мероприятия по борьбе с курением: слушают лекции о вреде табакокурения 21% (6 человек), занимаются спортом 30% (9 человек), читают книги о том, как бросить курить 15% (5 человек), участвуют в акциях, направленных на отказ от курения 3% (1 человек), регулярно посещают психолога 6% (2 человека), приобрели препарат для лечения от никотиновой зависимости 25% (7 человек) (Рис. 26).

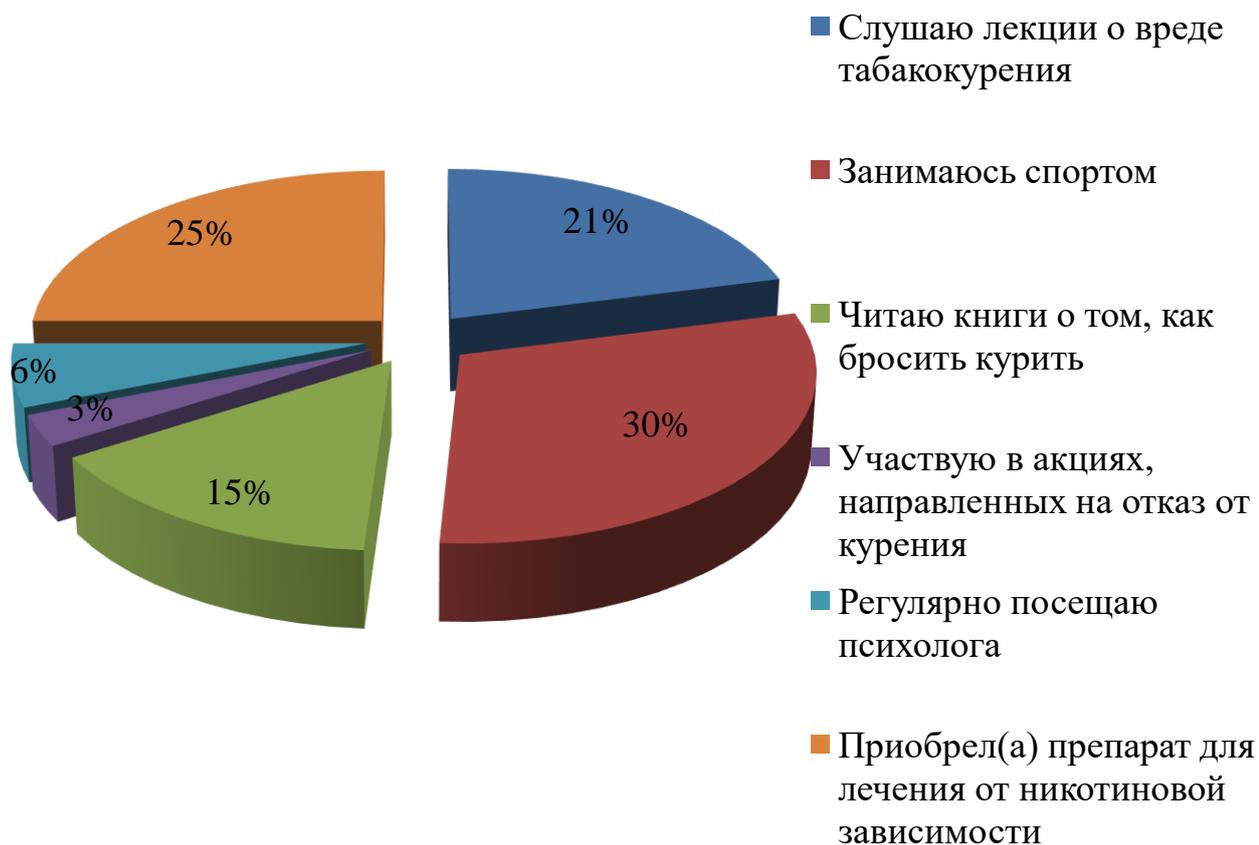


Рис. 26. Профилактические мероприятия против табакокурения

Количество пациентов, которые соблюдают профилактические мероприятия, составило 6% (2 человека), соблюдают иногда 15% (5 человек), соблюдают редко 60% респондентов (18 человек) (Рис. 27).

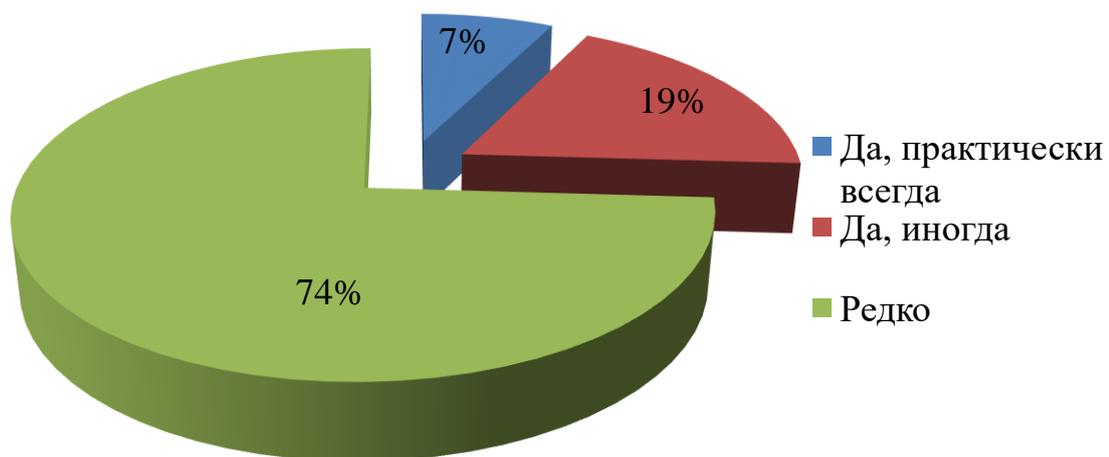


Рис. 27. Респонденты, соблюдающие профилактические мероприятия

Благодаря анкетированию были выявлены физиологические и психологические проблемы пациентов на момент их поступления в стационар, а также степень их решения к моменту выписки в результате сестринского ухода.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате анализа литературы было выявлено, что хроническая обструктивная болезнь лёгких – наиболее позднее осложнение, которое чаще всего встречается у заядлых курильщиков. Чтобы знать о своём здоровье, необходимо своевременно обращаться к врачу, вести здоровый образ жизни.

При подсчете результатов анкетирования среди пациентов, было сделано заключение, что цель работы достигнута и гипотеза доказана.

Чтобы предупредить возникновение хронической обструктивной болезни лёгких, важно не только изучить образ жизни пациента, но и знать о возможных факторах риска, которые могут влиять на тяжесть течения заболевания, и усугубить дальнейшее течение болезни.

Важная роль в деятельности абсолютно любой медицинской сестры – это не только не нанести вреда своему пациенту, но и: проводить профилактику заболеваний; давать индивидуальные рекомендации каждому; проводить санитарно-просветительные работы; принимать активное участие в школах здоровья для пациентов и другой не менее активной деятельности в системе здравоохранения.

Наиболее важными в непростой и очень ответственной деятельности медицинской сестры являются такие общие и профессиональные компетенции, как:

- предоставлять информацию для пациента в доступной форме;
- осуществлять лечебные мероприятия паллиативного характера при необходимости;
- оказывать первую медицинскую помощь, медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, неотложных состояниях,
- принимать участие в осуществлении реабилитационных мероприятий;
- выполнять свои профессиональные задачи, оценивать их качество.

## ВЫВОДЫ

1. В ходе анализа научной литературы были выявлены основные факторы риска развития хронической обструктивной болезни лёгких: курение, употребление алкоголя, наследственная предрасположенность, профессиональные вредности, плохие экологические условия, инфекции дыхательных путей.

2. Большинство респондентов с хронической обструктивной болезнью лёгких – это мужчины (70%) в возрасте от 50 до 80 лет (50%), со средним профессиональным образованием (50%), проживающие в городе (57%).

3. В результате исследования было установлено, что среди опрошенных пациентов 80 % имеют наследственную предрасположенность, 45% являются работниками производственной сферы, 60% - курят, 17% употребляют алкоголь.

4. Анализ опроса показал, что хроническая обструктивная болезнь лёгких приводит к частым обострениям (50%), если стаж курения респондентов более 30 лет (60%) и количество выкуриваемых сигарет около 1 пачки в день (53%).

5. Также было выявлено, что большинство пациентов не посещают врача-пульмонолога (70%), продолжают курить ежедневно (70%), не соблюдают профилактические мероприятия (74%).

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При работе с пациентами медицинская сестра пульмо-аллергологического отделения должна придерживаться следующих правил:

1. проведение профилактических мероприятий по оздоровлению, укреплению здоровья пациентов с заболеваниями органов дыхания;
2. участие в проведении диспансерного наблюдения;
3. разрабатывать и создавать памятки, плакаты по борьбе с курением;

4. оказывать психологическую помощь или поддержку пациентам;
5. своевременно выявлять пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких, с дальнейшей постановкой их на учёт в поликлинике у врача-пульмонолога;
6. провести беседу с пациентом, рассказать о факторах риска;
7. создавать школы здоровья по борьбе с никотинозависимостью, по профилактике заболеваний органов дыхания.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимов, В. Н. Реабилитация больных ХОБЛ [Текст] : учебник / В. Н. Абросимов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3637-0.
2. Ананченко, В. Г. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Текст] : учебник / Ананченко В.Г. и др. / Под ред. Л.И. Дворецкого. 2014. - 456 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-1397-5.
3. Выбор препаратов для лечения хронической обструктивной болезни лёгких [электронный ресурс] : <https://pulmono.ru/legkie/hobl/vybor-preparatov-dlya-lecheniya-hobl>
4. Делиева, А. Н. Роль активности воспаления в бронхах на системном уровне в патогенезе хронической обструктивной болезни лёгких, а также при сочетании хронической обструктивной болезни лёгких с ишемической болезнью сердца [Текст] : автореферат / дис. канд. мед. наук: А. Н. Делиева – Санкт-Петербург, 2015. – 8 с.
5. Малявин, А. Г. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания [Текст] : учебник / Малявин А.Г., Елифанов В.А., Глазкова И.И. 2015. - 352 с. ил. - ISBN 978-5-9704-1612-9.
6. Мамаева, М. Г. Клинико-функциональные особенности развития сердечно-сосудистых нарушений при хронической обструктивной болезни лёгких и хронических формах ишемической болезни сердца [Текст] : автореферат / дис. канд. мед. наук: М. Г. Мамаева – Красноярск, 2015. – 5 с.
7. Мишустин, С.П. Вентиляционно-перфузионная пульмоноскintiграфия в дифференциальной диагностике внебольничной пневмонии и малых форм туберкулёза лёгких, протекающих на фоне хронической обструктивной болезни лёгких [Текст] : автореферат / дис. канд. мед. наук: С. П. Мишустин –Томск, 2015. – 7 с.
8. Мухин, Н. А. Внутренние болезни в 2-х томах [Текст] : учебник / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - М. : ГЭОТАР-Медиа,

2015. - 1264 с. - ISBN 978-5-9704-1421-7.

9. Овчаренко, С. И. Хроническая обструктивная болезнь легких [Текст] : руководство для медицинских работников/ С. И. Овчаренко, И. В. Лещенко [и др.] / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 192 с. ил. - ISBN 978-5-9704-3578-6.

10. Хроническая обструктивная болезнь легких [электронный ресурс]: <https://studfiles.net/preview/6065812/page:7/>

11. Хроническая обструктивная болезнь легких: причины, симптомы, лечение [электронный ресурс] : <https://myfamilydoctor.ru/xronicheskaya-obstruktivnaya-bolezn-legkix-hobl-prichiny-simptomu-lechenie/>

12. Хроническая обструктивная болезнь лёгких [электронный ресурс] : <https://diseases.medelement.com/disease/хроническая-обструктивная-болезнь-легких-хроническая-обструктивная-болезнь-легких-j44/4336>

13. Хроническая обструктивная болезнь лёгких: симптомы, лечение, стадии, обострение [электронный ресурс] : <https://uhonos.ru/dyxanie/hobl/>

14. Хроническая обструктивная болезнь легких: что это такое и как она лечится? [электронный ресурс] : <https://www.kp.ru/guide/khronicheskaja-obstruktivnaja-bolezn-legkikh.html>

15. Хроническая обструктивная болезнь легких – что это такое, как лечится болезнь [электронный ресурс] : [https://pulmonologiya.com/bronhi/hobl/priznaki\\_i\\_lechenie.html](https://pulmonologiya.com/bronhi/hobl/priznaki_i_lechenie.html)

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Анкета для выявления факторов риска развития хронической  
обструктивной болезни лёгких**

Уважаемые анкетлируемые!

Просим Вас принять участие в опросе и ответить на следующие вопросы.

1. **Пол** 1) Женский; 2) Мужской.
2. **Возраст** \_\_\_\_\_
3. **Место жительства** 1) Город; 2) Сельская местность.
4. **Семейное положение** 1) Замужем/женат; 2) Не замужем/холост.
5. **Образование** 1) Не известно; 2) Начальное; 3) Среднее общее; 4) Среднее; 5) Высшее.
6. **Социальное положение** 1) Безработный; 2) Пенсионер; 3) Студент; 4) Работающий.
7. **Ваша работа связана с вредным производством (пыль/дым/газ)?** 1) Да, связана; 2) Сменил место работы; 3) Нет, не связана.
8. **В какой сфере профессиональной деятельности Вы работаете?**  
1) Рабочий на производстве 2) Медицинский работник 3) Работник сельского хозяйства 4) Работник сферы строительства 5) Работник индустрии красоты
9. **Есть ли у Вас вредные привычки?** 1) Курение; 2) Алкоголь; 3) Наркотики; 4) Нет.
10. **Как часто Вы употребляете крепкие алкогольные напитки?** 1) Постоянно; 2) Выходные; 3) Праздники; 4) Совсем не употребляю.
11. **В каком количестве Вы употребляете крепкие алкогольные напитки в неделю?** 1) Меньше 500 мл; 2) До 1 л; 3) 1 л; 4) Больше 1 л.
12. **Курите ли Вы в настоящее время или курили раньше?** 1) Курю ежедневно; 2) Иногда могу позволить; 3) Бросил(а) курить.
13. **Какой у Вас стаж курения?** 1) 10 лет; 2) 20 лет; 3) Более 30 лет.
14. **Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?** 1) 5-15 шт.; 2) 20 шт.; 3) 25 шт.

- 15. Какая жалоба Вас больше всего беспокоит?** 1) Одышка; 2) Изменение массы тела; 3) Кашель; 4) Мокрота.
- 16. Когда Вы впервые отметили появление одышки?** 1) Несколько месяцев назад; 2) Несколько лет назад; 3) Около 10 лет.
- 17. Какой у Вас характер одышки?** 1) Экспираторная (затруднён выдох); 2) Инспираторная (затруднён вдох); 3) Смешанная (затруднён и вдох и выдох).
- 18. Какой у Вас характер мокроты?** 1) Серозно-гнойная; 2) Стекловидная; 3) Серозная; 4) Кровохаркание.
- 19. Какой у Вас индекс массы тела?** 1) Недостаточная масса тела; 2) Нормальный вес; 3) Избыточный вес; 4) Ожирение.
- 20. У Вас есть предрасположенность к хронической обструктивной болезни легких?** 1) Есть члены семьи с хроническими заболеваниями органов дыхания; 2) Нет.
- 21. С какого времени Вы считаете себя заболевшим?** 1) Несколько месяцев; 2) Более 1 года; 3) Более 10 лет.
- 22. Есть ли у Вас сопутствующие заболевания?** 1) Бронхиальная астма; 2) Рак легкого; 3) Бронхоэктатическая болезнь; 4) Нет.
- 23. Когда Вы в последний раз обращались к врачу-пульмонологу?** 1) Не посещаю; 2) 1 раз в 2 года; 3) 2 раза в год.
- 24. Как часто Вам проводят спирометрию?** 1) Никогда не измерял(а); 2) На приёме у врача; 3) Измеряю дома.
- 25. Как часто у Вас бывают обострения?** 1) 1-2 раза в месяц; 2) 2 раза в 6 месяцев; 3) 2 раза в год.
- 26. Выберите наиболее близкое Вам профилактическое мероприятие(я) из списка:** 1) Слушаю лекции о вреде табакокурения; 2) Занимаюсь спортом; 3) Читаю книги о том, как бросить курить; 4) Участвую в акциях, направленных на отказ от курения; 5) Регулярно посещаю психолога; 6) Приобрел(а) препарат для лечения от никотиновой зависимости.
- 27. Соблюдаете ли Вы профилактические мероприятия?** 1) Да, практически всегда; 2) Да, иногда; 3) Редко.