

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
ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051502
Шихахмедовой Эльмиры Шихахмедовны

Научный руководитель
преподаватель Бахристова Т.В

Рецензент
Врач общей практики
ОГБУЗ «Городская клиническая
Особого типа «Областной центр
медицинской практики»
Витонене Н.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.....	6
1.1 Этиология и патогенез развития бронхиальной астмы.....	8
1.2 Классификация и клиническая картина проявления бронхиальной астмы.....	11
1.3 Особые формы бронхиальной астмы.....	16
1.4 Диагностика и лечение.....	19
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	28
2.1 Методика исследования особенности сестринского ухода при бронхиальной астме	28
2.2 Результаты собственного исследования особенности сестринского ухода при бронхиальной астме.....	29
2.3 Рекомендации для пациентов.....	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	48

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма считается нешуточной массовой задачей в области самочувствия, затрагивающей все возрастные группы. Во множества государствах распространённость бронхиальной астмы растёт, тем более среди детей. Не обращая внимания на то, собственно что в кое-каких государствах имеется понижение количества госпитализаций и смертельных случаев, связанных с бронхиальной астмой, это болезнь все ещё наносит неприемлемо возвышенный вред, за счет издержки производительности на рабочем пространстве и проявлений неблагополучия в семье.

Актуальность предоставленной темы заключатся в том, собственно что бронхиальная астма относится к количеству более популярных приобретенных болезней органов дыхания. В реальное время она сталкивается больше чем у 5% населения, важно разнообразить в всевозможных географических ареалах мира от 1 до 30%. По сведения официальной статистики в РФ довольно невысокая заболеваемость бронхиальной астмой, всего только 1-2% населения государства.

Бронхиальная астма одно из самых распространённых по степени тяжести болезней бронхолегочной системы. «В 2018 году, согласно статистике всемирной организации здравоохранения, бронхиальная астма — наиболее популярное хроническое заболевание из числа детей. От астмы страдают примерно 235 миллионов человек по целому миру, либо от 4 до 10% жителей Планеты. Популярность болезни в различных возрастных группах и географических ареалов колеблется от 2 вплоть до 12 % и выше. При этом у детей дошкольного года болезнь встречается в 2 раза чаще, нежели у старших. Согласно анализам специалистов, настоящее количество больных астмой в Российской Федерации сильно превышает служебные сведения, согласно их расчетам от астмы в нашей стране страдают около 5,9 миллионов человек вместо 1,3 миллионов, согласно отчетным данным» [8, с. 105].

«2017 г. заболеваемость в Белгородской области с диагнозом бронхиальная астма и астматический статус составила в 1 084,5 случаев в 100 тысяч жителей, в 2016 г. 1092,0 случаев в 100 тысяч жителей, что же подтверждают о направленности уменьшение заболеваемости бронхиальной астмой. В Статистика диагноза бронхиальной астмы и астматического статуса, установленным в первый раз в жизни так же подтверждают о уменьшение заболеваемости с 77,3 вплоть до 89,7 случаев в 100 тысяч жителей» [8, с. 105].

Актуальность исследования: состоит в том, что «В нынешнее период количество пациентов бронхиальной астмой абсолютно во всем мире достигло 300 млн. человек. В большинстве регионов продолжается повышение заболеваемости и к 2025 г. возрастет на 100 - 150 миллионов. В каждой из 250 смертей в мире виновата бронхиальной астмы, к тому же, немалую часть из которых можно было б избежать.

Анализ факторов гибели от бронхиальной астмы говорит о недостаточной базисной противовоспалительной терапии у большинства пациентов и невовремя оказанной неотложной помощи при обострении. Однако всегда же достигнуты определенные достижения в лечении бронхиальной астмы: стали использоваться новые способы иммунотерапии аллергической бронхиальной астмы, переоценены существующие методы фармакотерапии, внедряются новые способы лечения тяжелой бронхиальной астмы» [8, с. 105].

Цель работы: выявить особенности сестринского ухода при бронхиальной астме.

Объект исследования: больные с бронхиальной астмой.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при бронхиальной астме.

Задачи исследования:

- Изучить литературные источники по теме исследования;
- Провести анкетирование среди пациентов с бронхиальной астмой;
- Определить факторы риска бронхиальной астмы у пациентов;
- Выявить особенности сестринского ухода при бронхиальной астме;

- По итогам проведенного исследования составить рекомендации для медицинских сестер по уходу за пациентами с бронхиальной астмой.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Время исследования: 2019 год

Методы исследования. При написании работы были использованы следующие методы исследования: анализ статистических данных, сравнение, индукция и дедукция, абстрагирование, анализ литературы, анализ нормативно-правовой документации.

Структура работы определяется целями, задачами и логикой исследования. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

- Во введении раскрывается актуальность, ставится цель и выдвигаются задачи, обозначается гипотеза исследования.

- Первая глава посвящена исследованию проблем бронхиальной астмы, исследуется этиология, патогенез, клиническая картина, также проводится анализ методов диагностики и лечения заболевания.

- Вторая глава посвящена практическому исследованию. Исследуется сестринский процесс при патологии.

- В заключении приводятся выводы о проделанной работе, разрабатываются рекомендации.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

«Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся их гиперреактивностью, которое проявляется повторными эпизодами одышки, затруднения дыхания, чувства сдавления в груди и кашля, возникающими преимущественно ночью или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространённой, но не постоянной бронхиальной обструкцией, которая является обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения» [4, с. 144].

Факторы, влияющие на риск развития бронхиальной астмы, можно разделить на внутренние (обуславливающие развитие заболевания) и внешние (провоцирующие появление симптомов) «(Таблица 1)» [4, с. 144].

Таблица 1.

Внутренние и внешние факторы развития бронхиальной астмы

Внутренние факторы	Внешние факторы
Гены, предрасполагающие к атопии	Аллергены помещений
Гены, предрасполагающие к бронхиальной гиперреактивности	Физические нагрузки
Ожирение	Курение табака (пассивное, активное)
Пол	Загрязнение воздуха, резкие запахи
	Питание
	Профессиональные сенсibilизаторы

«Выделяют несколько клинических форм бронхиальной астмы в зависимости от причины (Таблица 2).

Таблица 2.

Клинические формы бронхиальной астмы

Атопическая
Аспириновая

Инфекционная
Астма физического усилия
Гормонозависимая
Нутритивная

Независимо от факторов, вызывающих развитие бронхиальной астмы, в основе приступа лежит бронхоспазм - резкое и длительное сужение мелких бронхов и бронхиол, отек слизистой бронхов, повышенная секреция слизи. В результате спазма, отека и гиперсекреции просвет бронхов резко суживается вплоть до полной непроходимости» [5, с. 824].

На основании патогенеза бронхиальной астмы лежит хроническое воспаление. «Для бронхиальной астмы свойственна особенная форма воспаления бронхов, приводящая к развитию их гиперреактивности (высокой чувствительности к разным неспецифическим раздражителям согласно сопоставлению с нормой); основная значимость в воспалении принадлежит эозинофилам, тучным клеткам и лимфоцитам. Воспалённые гиперреактивные бронхи обращают внимание в влияние триггеров спазмом гладких мышц респираторных путей, гиперсекрецией слизи, отёком и воспалительной клеточной инфильтрацией слизистой пленки респираторных путей, погружающими к формированию обструктивного синдрома, клинически проявляющегося в виде приступа одышки либо удушья» [6, с. 603].

1.1 Этиология и патогенез развития бронхиальной астмы

Бронхиальная астма - это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, которое проявляется сужением просвета бронхов и затруднением дыхания.

«Эпидемиологические данные свидетельствуют о росте распространенности бронхиальной астмы по всему миру. Согласно отчету

Глобальной сети Астмы (The Global Asthma Network), в настоящее время около 334 млн. человек страдают данным заболеванием, 14 % из них - дети.

По результатам углубленного обследования, проведенного на втором этапе исследования, у 5,1% подростков диагноз бронхиальная астма был верифицирован, что в значительной степени превалирует над данными официальной статистики распространенности бронхиальной астмы (примерно в два раза ниже выявленной)» [5, с. 824].

Развитие бронхиальной астмы разделяется на легкое, среднетяжелое и тяжелое в связи с частотой и трудности приступов бронхиальной обструкции и потребности применения разных противоастматических лекарств. Формирование бронхиальной астмы, равно как, аллергической болезни в значимой критерии формируется влиянием генетических факторов. Вплоть до 60% пациентов с бронхиальной астмой имеют членов семьи, испытывающих страдания аллергическими болезнями. Однако с целью развития бронхиальной астмы, как правило, следует комбинирование отягощенной наследственности и влияния негативных условий находящейся вокруг сферы.

Приступообразный тип бронхиальной астмы характеризуется началом частого приступообразного кашля, что сначала бывает сухим, а после сопутствуется отхождением густой мокроты. В случае в случае если у разумного человека продолжительность вдоха схожа продолжительности выдоха, в этом случае при приступах бронхиальной астмы длительность выдоха в 2 раза превышает продолжительность вдоха. Одышка сопутствуется звонким подсвистывающим дыханием, слышным иногда на расстоянии.

Пациенты могут жаловаться на чувство недостатка воздуха, ощущение сжатия в области грудной клетки. Малыши становятся беспокойными, слезливыми, у них нарушается сон. Приступному этапу бронхиальной астмы нередко предшествует продромальный этап, в этап которого у больного может появляться заложенность носа, насморк, покашливание, твердые высыпания на коже.

«Вопреки на то, что бронхиальная астма никак не представляется врожденным заболеванием, все же известны эпизоды ее происхождения у малышей первых месяцев жизни. К тому же для малыша еще в внутриутробном этапе могут оказать воздействие подобные отрицательные факторы, как курение будущей мамы, избыточное потребление в период беременности аллергизирующих продуктов (рыбы, орехов, меда, шоколада, яиц, цитрусовых, клубники и др.), инфекционные болезни беременной и прием ею различных лекарственных препаратов» [5, с. 824].

В последствии, появления на свет малыша одной с факторов возникновения бронхиальной астмы представляется формирование аллергии к домашней пыли. Максимальной аллергизирующей возможностью владеют микроскопические клещи бытовой пыли, максимальное число которых находится в постельных принадлежностях, а кроме того в разных вещах, собирающих пыль: - в коврах, мягкой мебели, мягких игрушках.

«Несомненно, начало заболевания у детей чаще приходится на дошкольный возраст, при этом у большинства заболевших первые симптомы бронхиальной астмы появляются в возрасте до трех лет. Чаще всего приступы удушья развиваются на фоне острых респираторных вирусных инфекций. И следует заметить, что мальчики болеют чаще, чем девочки. Аллергенной активностью обладает шерсть и эпидермис домашних животных. При этом снижение концентрации аллергенов в помещении после удаления питомца происходит в течение нескольких последующих лет.

Загрязнение воздушной среды побочными продуктами промышленных предприятий и транспорта увеличивают риск возникновения аллергических заболеваний у людей. Погодные условия - перепады атмосферного давления, дождливая или морозная погода - также могут спровоцировать развитие приступов удушья. Одним из факторов риска для человека является неблагоприятный психологический климат в семье. Более тяжелое течение бронхиальной астмы отмечается у людей, в семьях которых наблюдаются постоянные стрессовые ситуации, наличие конфликтов.

Если лечение назначено несвоевременно, это может привести к развитию тяжелого приступа удушья с дыхательной недостаточностью, возникновению различных легочных осложнений. Профилактика бронхиальной астмы у детей с отягощенной наследственностью по аллергическим заболеваниям должна проводиться с первых лет жизни. Следует избегать раннего введения в рацион малышей высокоаллергенных продуктов. Должна осуществляться профилактика респираторных инфекций, проводиться массажи, закаливание, лечебная физкультура, спортивные занятия» [1, с. 642].

«Вероятные осложнения при бронхиальной астме, такие как «легочное сердце (острое, подострое и постоянное), эмфизема легких, пневмосклероз, ателектаз легких (сегментарный, полисегментарный), подкожная болезнь и интерстициальная, спонтанный пневмоторакс, неврологические и эндокринные расстройства.

Как продемонстрировали многочисленные эпидемиологические исследования, критическим является препубертатный и пубертатный этапы, примерно 80% смертей при бронхиальной астме приходится на возрастной промежуток 11-16 лет. Смертельный результат, как норма, начинается у пациентов с тяжелой, длительно текущей бронхиальной астмой» [3, с. 104].

Непосредственной фактором смерти при бронхиальной астме является асфиктический синдром. Основным момент смертельного финала - это недостаток соответственного лечения больных в этапе приступа, недостаток, не достающегося или позже использованного кортикостероидной терапии. В большой степени содействует летальному исходу недооценивание врачом трудностей состояния больного, недостаток систематического медицинского проведения исследования, а кроме того неполноценный анализ личного состояния больного.

«Основными факторами риска смерти при бронхиальной астме являются тяжелое течение бронхиальной астмы, наличие указаний в анамнезе на развитие экстремальных, жизнеопасных ситуаций вследствие прогрессирующего приступа, необходимость интенсивной терапии или

реанимационного пособия, проведение искусственной вентиляции легких. Существенное значение также имеет внезапная отмена или снижение дозы принимаемых гормональных препаратов в течение последнего месяца, передозировка В₂-агонистов и теофиллина, позднее назначение кортикостероидов» [2, с. 237].

1.2 Классификация и клиническая картина проявления бронхиальной астмы.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, которое проявляется сужением просвета бронхов и затруднением дыхания. «Бронхиальная астма связана с обструкцией дыхательных путей, которая развивается в результате спазма гладких мышц, воспаления слизистого и подслизистого слоев бронхов, утолщения базальной мембраны, образования слизистых пробок. Эта обструкция является обратимой и поддается лечению с помощью бронхорасширяющих и противовоспалительных препаратов.

Воспалительный процесс в бронхах, характерный для астмы, приводит к их гиперреактивности – повышенной чувствительности к различным стимулам, например, аллергенам.

Клиническая диагностика бронхиальной астмы базируется на выявлении таких симптомов, характерных для данного заболевания, как экспираторная одышка, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди, кашель

Одышка носит, как правило, экспираторный характер с участием вспомогательной мускулатуры. Кашель имеет приступообразный характер, иногда с отхождением густой, вязкой мокроты.

Положение больного в момент астматического приступа вынужденное - ортопноэ (нежелание лежать). Отмечается раздувание крыльев носа, набухание шейных вен. Кожные покровы - бледные; цианоз носогубного треугольника,

акроцианоз. При физикальном обследовании в легких на фоне неравномерно проводимого дыхания выслушиваются диффузные сухие, свистящие хрипы, а также разнокалиберные влажные хрипы, особенно характерны для астматических приступов у детей раннего возраста» [6, с. 603].

В взаимосвязи с тем, что медицинская симптоматика бронхиальной астмы меняется в течение суток, осмотр пациента желательно проводить при происхождении симптомов заболевания и вплоть до приема бронхорасширяющих лекарств.

Главным смыслом в диагностике болезни владеют анамнестические данные. Большое значение обладают сведения о потомственной отягощенности аллергическими болезнями. Никак не меньше значимым представляется кроме того обнаружение у пациента сопутствующих болезней аллергического генеза. Бронхиальная астма. Зачастую характеризуется настойчиво рецидивирующим ходом. Весьма значимы в диагностике бронхиальной астмы указания в зависимое положение происхождения симптомов заболевания от влияния тех или иных аллергенов и триггеров и усовершенствование состояния в последствии использования бронходилататоров.

Диагностирование бронхиальной астмы, в особенности в раннем году, иногда предполагает существенные проблемы, так как периодические моменты бронхиальной обструкции могут быть проявлением разнообразной патологии органов дыхания.

Начальные проявления бронхиальной астмы у больных нередко носят вид бронхообструктивного синдрома, сопутствующего респираторным вирусным инфекциям. Укрываясь перед маской резкой респираторной вирусной инфекции с обструктивным бронхитом, бронхиальная астма иногда в процессе длительного времени совершенно не распознается, и больные совершенно никак не лечатся.

Следует отметить, что же нежели младше больной, тем больше возможность того, что повторяющиеся моменты обструктивного синдрома астмой не предстают.

«В отличие от обструктивного бронхита, как проявления респираторной инфекции, с целью больных раннего возраста с бронхиальной астмой свойственны выраженная наследственная отягощенность аллергическими болезнями (в особенности согласно материнской линии). Большая частота аллергических взаимодействий в пищевые продукты питания, лекарства, профилактические прививки; проявленные дерматологические аллергические проявления; ярое процесс обструктивного синдрома с ранним началом в этап ОРВИ и наименьшей длительностью; явный результат бронхолитической терапии; проявленные иммуногенетические перемены

Бронхиальная обструкция у пациентов имеет возможность являться проявлением ряда иных болезней, подобных равно как муковисцидоз, желудочно-пищеводный рефлюкс, инородное тело трахеи и бронхов, изъяны формирования, несоблюдение функции цилиарного эпителия, сдавление средостения увеличенным тимусом, лимфоузлами или же опухолью. Об этих состояниях необходимо запоминать при дифференциальной диагностике стойчивого и резистентного к терапии бронхообструктивного синдрома» [2, с. 237].

Нужно отметить, что бронхиальная одышка легкой степени врачами незначительно диагностируется. В нюансах, приложенных в утверждение легкой степени трудности, подчеркивается не только лишь формирование приступов удушья, тем не менее и временное развитие некоторых особенностей болезни, в главную очередность-кашля.

При среднетяжелой астме приступы удушья повторяются 3-4 раза в месяц, проходят с четкими нарушениями функции дыхания и кровообращения: тахипноэ, учащение, приглушение тонов сердца, четко закрепляется колебание максимального артериального давления в этап респираторного цикла – повышение в этап выдоха и снижение – рядом вдохе 60-80%.

«Тяжелая одышка характеризуется нередкими (несколько раз в недельку либо повседневными) припадками удушья, появляющийся в фоне проявленного вздутия простых, одышки и тахикардии. Пациенты принимают принуждённое положение. Кожные покровы бледно-сероватого цвета, замечается цианоз губ, вокруг рта, ушных раковин, кистей ручек. Кашель малопродуктивный, выдох шумный, продолжительный, появляются втяжения грудной клеточки в момент вдоха, в действии дыхания получают содействие вспомогательные респираторные мышцы (грудино-ключичные, грудные, непосредственные мышцы животика и др.). В период припадка удушья наибольшее артериальное давление обуславливается только лишь в период выдоха, в период вдоха тоны Короткова никак не прослушиваются, биение пульса в период вдоха либо никак не определяется, либо наполнение и напряжённость его резкого снижения» [5, с. 824].

«В медицинской практике разумно акцентировать весьма нелегкий вид бронхиальной астмы. Всегда аспекты трудности предельно проявлены, пациенты обладают невысокую Восприимчивость к стероидной терапии. У пациентов вторично появляются астматические состояния, они приобретают комбинированную фармакотерапию. Пациенты зачастую имеют необходимость в активной терапии и в том числе и реанимации.

В процесс болезни акцентируют этап обострения и этап ремиссии.

Период ремиссии - межприступный этап. Освобождение имеет возможность являться абсолютной либо неполноценной, что же обуславливается нравом клинико-многофункциональных характеристик.

Ухудшение содержит вероятность протекать в варианте предельного припадка или длительного состояния бронхиальной обструкции. Приступ бронхиальной астмы - глубокий отрывок экспираторного удушья, затрудненного и/или зовущего дыхания и судорожного кашля при внезапном снижении признака предельной быстроты выдоха, четко отмечаемый больным и его окружающими» [1, с. 642].

«Клинические параметры, характеризующие тяжесть приступа бронхиальной астмы (Таблица 3).

Таблица 3.

Параметры, характеризующие тяжесть приступа бронхиальной астмы.

Частота дыхания
Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
Интенсивность свистящего дыхания
Вздутие грудной клетки
Частота сердечных сокращений
Вынужденное положение
Характер и проведение дыхания в легких (при аускультации)
Изменение поведения
Степень ограничения физической активности
Объем терапии (препараты и способы их введения), используемый для купирования приступа

Этап обострения бронхиальной астмы - затяжное процесс приступного этапа, определяемого долгим затруднением дыхания, длящегося дни, недельки, месяцы, в процесс которых существует клинически выраженный дисфория бронхиальной обструкции. В этап подобного астматического состояния имеют все шансы возобновляться критические приступы бронхиальной астмы разной тяжести.

Исходы бронхиальной астмы формируются многочисленными условиями, основа значение придается трудности болезни. Избавление от приступов затрудненного дыхания зафиксировано, в основном, у пациентов с легкой бронхиальной астмой. Невозможно, тем не менее, никак не отметить, что же к понятию «выздоровление» при бронхиальной астме необходимо обращаться с большой осторожностью, так как выздоровление при бронхиальной астме предполагает согласно сути только длительную клиническую ремиссию, которая имеет возможность нарушиться перед воздействием разных факторов.

У пациентов бронхиальной астмой средней тяжести и в особенности рядом тяжелой бронхиальной астме исчезновение приступов удушья с годами наблюдается нечасто, хоть у многих из них удается достичь усовершенствования. Кроме трудности бронхиальной астмы, на ее исход определенное воздействие проявляет отягощенная по аллергическим заболеваниям наследственность, наличие у пациента бронхиальной астмой иных аллергических проявлений (атопического дерматита, отека Квинке, пищевой и лекарственной аллергии)» [3, с. 104].

1.3 Особые формы бронхиальной астмы

Инфекционно-зависимый вариант - данная форма бронхиальной астмы складывается и усиливается в взаимосвязи с энтеробактериальными и вирусными инфекциями респираторного аппарата. Предрасполагающими условиями являются наследственность и плохая природная обстановка.

«Инфекционно-зависимый вариант бронхиальной астмы Больше всего случается у больных постарше 35-40 лет. У пациентов с данным видом движения заболевание проходит наиболее трудно, Нежели у пациентов atopической астмой. Фактором обострения бронхиальной астмы при данном клинико-патогенетическом варианте представлены воспалительные заболевания органов дыхания (острый бронхит и осложнение хронического бронхита, пневмонии, тонзиллит, гайморит, острые респираторные вирусные инфекции и др.).

Припадки удушья у подобных пациентов характеризуются наименьшей остротой развития, продолжают дольше, похуже купируются β 2-адреномиметиками. В том числе и в последствии купирования приступа в лёгких остаются жёсткое дыхание с удлинённым выдохом и сухие хрипы. Зачастую признаки бронхиальной астмы совмещаются с признаками хронического бронхита. У подобных пациентов имеется непрерывный

покашливание, порой с слизисто-гноющей мокротой, температура тела увеличивается вплоть до субфебрильных значений» [7, с. 108].

Нервно-психический вариант.

«Данный клинико-патогенетический вариант бронхиальной астмы зафиксирован в тех вариантах, когда нервно-психические факторы содействуют провокации и регистрации астматических симптомов, а перемены функционирования нервной системы становятся механизмами патогенеза бронхиальной астмы. У определенных пациентов бронхиальная астма представляется специфической конфигурацией патологической адаптации пациента к находящейся вокруг окружающей среде и решения социальных проблем» [5, с. 824].

«Аспириновая» бронхиальная астма.

В данном случае «формируется приблизительно именуемая аспириновая триада, вводящая бронхиальную астму, полипоз носа (околоносовых пазух), непереносимость ацетилсалициловой кислоты и иных нестероидные противовоспалительные препараты. В ряде ситуаций единственный с компонентов триады - полипоз носа - никак не обнаруживается. Может быть присутствие сенсibilизации к инфекционным либо неинфекционным аллергенам. Важное значение имеют сведения анамнеза о формировании приступа удушья в последствии приема ацетилсалициловой кислоты и иных нестероидные противовоспалительные препараты» [3, с. 104].

Бронхиальная астма у пожилых. «У больных престарелого возраста затруднены как проверка бронхиальной астмы, приблизительно и анализ тяжести ее движения из-за крупного числа сопутствующих болезней, например хронического обструктивного бронхита, эмфиземы лёгких, ишемической болезни сердца с признаками левожелудочковой недостаточности. Кроме того, с возрастом в бронхах уменьшается количество β_2 -адренорецепторов, поэтому применение β -адреномиметиков у пожилых менее эффективно.

Профессиональная бронхиальная астма составляет в обычном 2% абсолютно всех ситуаций данного заболевания. Установлено наиболее 200

элементов, применяемых в изготовлении (с быстродействующих низкомолекулярных сочетаний, к примеру изоцианатов, вплоть до популярных иммуногенов, таких как соли платины, растительные комплексы и продукты питания животного происхождения), содействующих возникновению бронхиальной астмы. Профессиональная астма имеет возможность быть как аллергической, так и неаллергической. Важным критерием диагностики считают недостаток признаков заболевания вплоть до основания данной профессиональной работы, подтверждённая связь между их появлением на рабочем месте и исчезновением после ухода с него. Необходимо как можно ранее диагностировать профессиональную астму и прервать связь с повреждающим агентом.

Сезонная бронхиальная астма, как правило сочетается с сезонным аллергическим ринитом. В этап среди временами года, когда совершается обострение, проявления бронхиальной астмы, могут полностью отсутствовать.

Кашлевой вариант бронхиальной астмы: сухой приступообразный кашель представляется главным, а порой и одним-единственным признаком болезни. Он часто появляется в ночные часы и, как правило, не сопровождается свистящими хрипами» [7, с. 108].

Осложнения при бронхиальной астме - пневмоторакс, эмфизема лёгких, дыхательная недостаточность, лёгочное сердце.

«Бронхиальная астма - болезнь неизлечимое. Главная цель терапии - поддержание стандартного свойства жизни, в том числе физическую активность.

Цели лечения:

достижение и сохранение контролирования над признаками заболевания;
предотвращение обострения болезни;

поддержание функции лёгких, по способности близкой к нормальным величинам;

поддержание стандартного степени активности, в том числе физической;

исключение второстепенных результатов противоастматических лекарственных средств;

предотвращение формирования необратимой бронхиальной обструкции;
предотвращение связанной с бронхиальной астмой смертности» [4, с. 146].

1.4 Диагностика и лечение

При подозрении на наличие у больного бронхиальной астмы оценивают следующие клинические критерии:

«В случае если существует какой-либо показатель либо признак, из указанных ниже, в таком случае допускается представить вероятность присутствия бронхиальной астмы:

- подсвистывающие хрипы - высокотоновые подсвистывающие звуки на выдохе (их отсутствие никак не исключает диагноз, бронхиальная астма).

- присутствие каждого с последующих особенностей:

- покашливание, в особенности ухудшающийся в ночное время;

- повторяющиеся моменты подсвистывающих хрипов;

- повторяющиеся моменты затрудненного дыхания;

- циклическое чувство стеснения в грудной клетке.

- обратимая и переменная преграда, что определяется с помощью пикфлоуметра (пиковая скорость выдоха). Рядом с проведением пикфлоуметрии диагноз бронхиальная астма можно представить, в случае если:

- пиковая скорость выдоха возрастает более чем на 15% При помощи 15-20 минут в последствии ингаляции β_2 -агониста стимулирующего воздействия, или

- пиковая скорость выдоха модифицирует более чем на 20% у больного, получающего бронхолитики, т.е. пиковая скорость выдоха увеличивается более чем на 20% от утреннего показателя вплоть до

показателя, измеренного через 12 ч (в случае если больной никак не получает бронхолитической терапии, критическая величина колебаний пиковая скорость выдоха является 10%), или

- пиковая скорость выдоха убавляется наиболее чем на 15% в последствии 6 минут постоянного бега или иной физической нагрузки» [2, с. 237].

«Цикл болезней и состояний, сопровождаемых резкой дыхательной недостаточностью, можно по ошибке принять за обострение бронхиальной астмой.

К ним принадлежат:

- болезни или состояния (воспаление, инородные тела, повреждение, отек Квинке), вызывающие неполноценную обструкцию верхних дыхательных путей. Важнейший признак этих состояний – характер одышки с втягиванием надключичных и подключичных областей в период вдоха, стридор;

- ларинго- и бронхоспазм различной этиологии (аспирационные синдромы, вдыхание раздражающих паров и газов и прочие);

- осложнение хронического бронхита и эмфиземы (при этом никак не исключается присутствие тяжелой формы астмы);

- Тромбоэмболия легочной артерии;

- отек легких.

Сердечная астма имеет возможность быть сопровождаемым признаками бронхо-астматического статуса из-за отека слизистой оболочки бронхов, нарушающего проходимость дыхательных путей. Для сердечной астмы, формирующейся согласно типу острой левожелудочковой недостаточности, характерны влажные хрипы в базальных отделах легких и изменения электрокардиограммы. Пароксизмальная одышка, образующаяся в период сна и стремительно исчезающая при вставании, служит одним из начальных признаков левожелудочковой недостаточности. В этих случаях, когда отсутствует уверенности в диагнозе, следует провести пробное лечение

глюкокорти-костероидами либо лекарственными препаратами, обладающими инотропным действием.

Для сердечной недостаточности никак не свойственно увеличение температуры тела, присутствие инфекции дыхательных путей и возникновение инфицированной мокроты. Точные сведения могут быть получены при измерении давления заклинивания легочной артерии. Тем не менее присутствие медицинских признаков астматического статуса дает возможность грамотно интерпретировать состояние. Влажные хрипы с одной стороны грудной клетки свидетельствуют о формировании пневмонии, отсутствие респирационных шумов с обеих сторон – о тяжелой астме.

Следует запоминать, что гиподиагностика астматического статуса имеет возможность привести больного к смертельному исходу.

Лечение бронхиальной астмы должно являться комплексным и длительным. В качестве терапии используются вещества базовой терапии, воздействующие на механизм заболевания, посредством которых больные контролируют астму, а кроме того симптоматические вещества, влияющие только лишь на гладкую мускулатуру бронхиального дерева и снимающие приступ удушья» [6, с. 603].

«Задача лечения бронхиальной астмы - достижение и поддержание контролирования над тяжелыми проявлениями заболевания

1. Обучение пациентов,
2. Элиминация (изгнание факторов риска) - неотъемлемое требование излечения пациентов с бронхиальной астмой,
3. Медикаментозная лечение.

Диетотерапия. Исключение из меню кормления продуктов, которые подстрекают приступ бронхиальной астмы (шоколад, земляника мускатная, цитрусовые, яйца, мясные и рыбные бульоны, копченые и консервированные продукты питания, кислая капуста, алкоголь, большое количество томата, шпината, арахиса, бананов).

Медикаментозная терапия:

Таблица 4.

Базисная - для контроля над заболеванием

Ингаляционные глюкокортикостероиды	Беклометазон, будесонид, флутиказон
Системные глюкокортикостероиды	Преднизолон, триамцинолон, дексаметазон
Длительно действующие β_2 -агонисты	Сальметером, формотерол
Комбинированные препараты	Симбикорт, серетид
Кромоны	Кромогликат натрия (интал), недокромил натрия (тайлед)
Теофиллины длительного действия	Теопэк, ретафил, теодур, теотард, неотеопэк

Таблица 5.

Препараты для неотложной помощи

β_2 -агонисты короткого действия	Тербуталин, сальбутамол, фенотерол
м-холинолитики	Атровент
Комбинированные	Беродуал
Теофиллины короткого действия	Эуфиллин, аминофиллин
Системные глюкокортикостероиды	Преднизолон, гидрокортизон
Ингаляционные глюкокортикостероиды	Беклометазон, будесонид, флутиказон

» [5, с. 824].

Осложнения астма может иметь тяжелые. Они возникают в основном с-из-за ложного или безвременного лечения или при присутствии условий, вызывающих формирование частых приступов.

Длительная, тяжело проходящая одышка порождает осложнения, что обладают все шансы проявляться в подобных основательных заболеваниях,

равно как заболевание легких, неспецифический хронический бронхит, пневмосклероз, формирование легочного сердца, а в будущем - формирование хронической легочно-сердечной недостаточности. Это тяжелые заболевания, требующие отдельного основательного лечения.

Астматический статус является одним с наиболее грозных осложнений бронхиальной астмы. Приблизительно 10-15% госпитализаций пациентов с бронхиальной астмой требуется на астматический статус. Смертность при астматическом статусе в обстоятельствах специализированных отделений составляет 5,1%.

«В нынешнее период под астматическим статусом понимают «необычный» по тяжести астматический приступ, химиорезистентный к обыкновенной для пациента терапии бронходилататорами. Развитие данной резистентности связано с прогрессирующей многофункциональной блокадой бета-адренергических рецепторов.

Кроме данного, огромное значение в возникновении АС имеет выраженное расстройство мукоцилиарного транспорта. Наблюдаемая вследствие этого бронхообструкция фактически никак не корректируется ингаляциями бета-2-адреномиметиков. Клиническое течение АС разделяют на три стадии.

I стадия (относительная компенсация) характеризуется формированием продолжительно никак не купирующегося приступа удушья. Пациенты в сознании, адекватны. Астма, цианоз, потливость умеренно выражены. Перкуторно– легочный звучание с коробчатым цветом, аускультативно – дыхание обессиленное, проводится во все отделы, сухие рассеянные хрипы. В этой стадии чаще всего наблюдаются гипервентиляция, гипокапния, небольшая гипоксемия. ОФВ1 уменьшается вплоть до 30% с надлежащей величины. Наиболее беспокойным признаком является недостаток выделения мокроты.

II стадия (декомпенсация или «немое легкое») характеризуется серьезным состоянием, последующим нарастанием бронхообструкции (ОФВ1 < 20% с надлежащей величины), гипервентиляция заменяется гиповентиляцией,

усложняется гипоксемия, появляются гиперкапния и респираторный ацидоз. Аускультативно выслушиваются зоны «немого» легкого при сохранении дистанционных хрипов.

Больной никак не имеет возможность сказать ни одной фразы никак не переводя дыхания. Грудная клетка эмфизематозно вздута, экскурсия ее почти незаметна. Биение пульса слабый, вплоть до 140 в минут, часто встречаются аритмии, гипотония.

III степень (гипоксическая гиперкапническая кома) характеризуется весьма серьезным состоянием, церебральными и неврологическими расстройствами. Дыхание редкостное, неглубокое. Биение пульса нитевидный, гипотония, коллапс» [5, с. 824].

«Острой дыхательной недостаточностью называется состояние организма, при котором наблюдается дефицит кислорода. Характеризуется частым поверхностным дыханием, удушьем, чувством нехватки воздуха, чувством страха.

Другие осложнения бронхиальной астмы: пневмония, спонтанный пневмоторакс, ателектотическое поражение легочной ткани, эмфизема, сердечная недостаточность, хронический обструктивный бронхит, желудочно-кишечные осложнения.

Пневмония – воспалительное заболевание легочной ткани. Бронхиальная астма вызывает нарушение выведения мокроты, вследствие чего развиваются застойные явления, на фоне которых присоединиться вторичной инфекции намного легче» [1, с. 642].

Патогенная флора поражает и так нездоровую ткань легкого в два раза быстрее, чем это происходило бы в здоровом организме. Лечение пневмонии не терпит отлагательств.

«Спонтанным пневмотораксом называется острое состояние, при котором наблюдается разрыв легочной ткани. Вследствие этого в плевральную полость из-за разности давления попадает воздух, который скапливается там и приводит к сдавлению ткани легкого. Человек жалуется на резкую боль, нехватку

воздуха, одышку. Состояние острое. Требуется оперативного вмешательства – хирургической операции, во время которой удаляется газ из плевральной полости, а поврежденное легкое ушивается.

Ателектотическое поражение легочной ткани прослеживается при закупоривании бронха плотный и тягучей мокротой. Часть легкого, в каком находится закупоренный бронх, спадается (коллапс). Клиника ателектаза формируется весьма быстро – приступ удушья, Нередкое неглубокое дыхание. В случае если вовремя не проявить врачебную помощь, в таком случае данное положение имеет возможность грозить жизни пациента.

Для лечения ателектаза применяют этимизол, для профилактики пневмонии назначаются антибиотики, гормональные препараты, бронхолитики и бронхокинетики.

Эмфизема – это патологический процесс в легких, который не является быстротечным. Наблюдается у больных, которые получали неполную терапию бронхиальной астмы не один год. При этом состоянии повышается воздушность легких, и в организм поступает недостаточное количество кислорода. Альвеолы претерпевают необратимое изменение стенок. Это осложнение неизлечимо, его можно лишь контролировать и поддерживать.

Сердечная недостаточность как следствие бронхиальной астмы. Сердечная недостаточность стоит на первом месте среди внелегочных осложнений бронхиальной астмы неслучайно. Сердце – жизненно важный орган, который, как и все другие, нуждается в кислороде. Во время приступов астмы резко падает уровень кислорода в крови, наступает кислородное голодание.

Сердечная мышца поражается, дистрофируется. Формируется так называемое легочное сердце – это расширенное сердце, плохо перекачивающее кровь, за счет нарушения выброса крови снижается артериальное давление» [3, с. 104].

«Во время приступа бронхиальной астмы происходит рефлекторное снижение артериального давления, что может привести к остановке сердца.

Нередки случаи аритмий, которые характеризуются неправильным ритмом биения сердца. В редких случаях приступ может спровоцировать инфаркт миокарда.

Сердечная мышца, как доказано учеными, поражается также при применении бета-2 адреномиметиков, которые являются основным лекарством для купирования приступа.

Хронический обструктивный бронхит как следствие бронхиальной астмы. Хронический обструктивный бронхит – частое осложнение астмы. Спровоцирован хронический обструктивный бронхит нарушением проводимости воздуха из-за необратимых явлений в слизистой бронхов. Стенки бронхиального дерева постоянно находятся в состоянии отека. Со временем они утолщаются и сужают просвет, мешая воздуху свободно поступать в легкие. Развиваются застойные явления, которые усугубляют клиническую картину. Лечение в этом случае невозможно, так как изменения необратимы. Возможна лишь симптоматическая терапия» [6, с. 603].

«Желудочно-кишечные осложнения обусловлены в первую очередь воздействием гормональных препаратов, которые являются основой лечения бронхиальной астмы. Чаще всего поражается слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки. Возникает язвенная болезнь, которая в запущенных случаях может прогрессировать. Нередко возникают желудочно-кишечные кровотечения со всеми вытекающими последствиями.

Другие возможные осложнения. Метаболические нарушения при бронхиальной астме опасны тем, что нарушают согласованную работу всех органов и систем организма. Так, снижение уровня калия из-за повышения концентрации углекислого газа (гиперкапния), так как нарушен воздухообмен, может привести к остановке сердца, ухудшению работы почек и других органов.

Часто возникают нарушения мозговой деятельности. Клетки мозга наиболее чувствительны к кислородному голоданию, повышению уровня углекислого газа. Нарушается микроциркуляция, может возникнуть

дыхательная энцефалопатия (слабоумие). Частые приступы астмы влекут за собой необратимые процессы изменения психики человека, его восприятия и мышления» [1, с. 642].

К иным осложнениям допускается отнести те болезненные состояния человеческого организма, что обусловлены бронхиальной астмой в комплексе с иными сопутствующими болезнями, однако что никак не нужно недооценивать. К примеру, паховая либо диафрагмальная грыжа, которая имеет возможность быть спровоцирована повышением давления в абдоминальной полости в момент приступа удушья.

Кроме того описаны случаи, если в пике приступа астмы совершались разрывы внутренних органов с массивными кровотечениями и абсолютно всеми вытекающими результатами.

Прогноз при лечении бронхиальной астмы обуславливается для того, насколько трудно протекает заболевание и насколько правильно проводимое терапия. Чем короче приступы и чем дольше интервалы между ними, тем прогноз правильнее. Прогноз имеет возможность значительно изменяться к худшему из-за уже имеющихся осложнений и наличия сопутствующих болезней.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

2.1. Методика исследования особенности сестринского ухода при бронхиальной астме.

В исследовании принимали участие 42 человек в возрасте от 20 до 60 лет, 23 женщины и 19 мужчин пациентов пульмонологического отделения ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Белгорода».

В исследовании была использована анкета с 25 вопросом закрытого и открытого типа для заполнения респондентов. Данное анкетирование проводится с целью выявления факторов риска при бронхиальной астме. Пациентам предлагалось, заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомиться с формулировкой вопросов, обвести или подчеркнуть вариант ответа, наиболее полно отражающий их точку зрения. Данные анкетирования были использованы только в обобщенном виде.

Обработка результатов: проводилась по каждому вопросу анкеты.

2.2. Результаты собственного исследования особенности сестринского ухода при бронхиальной астме

Нами выявлено, что сама многочисленная группа анкетированные в возрасте от 40 до 50 лет – 36%, а самая малочисленная группа старше 60 лет – 9% (Рис. 1).

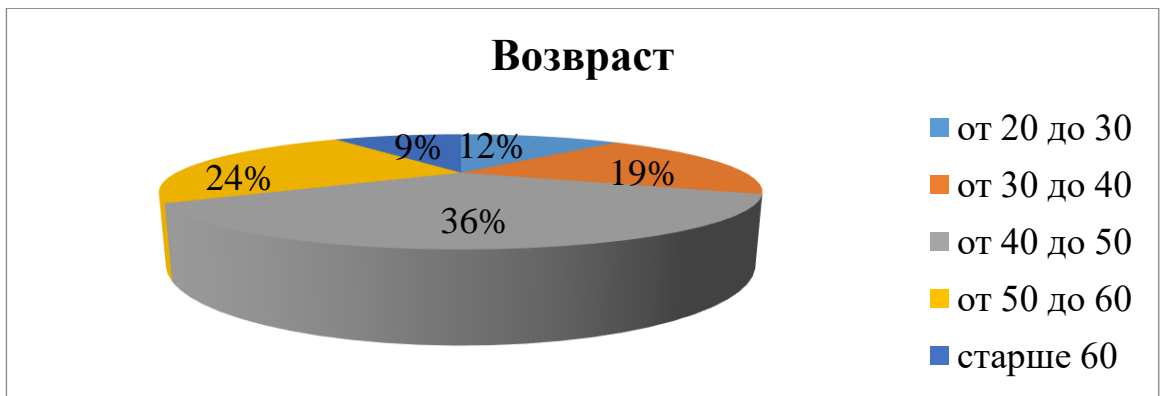


Рис. 1. Распределение по возрасту

Таким образом нами выявлено, что женщин, принявших участие в эксперименте на больше на 9,6% чем мужчин (Рис. 2).

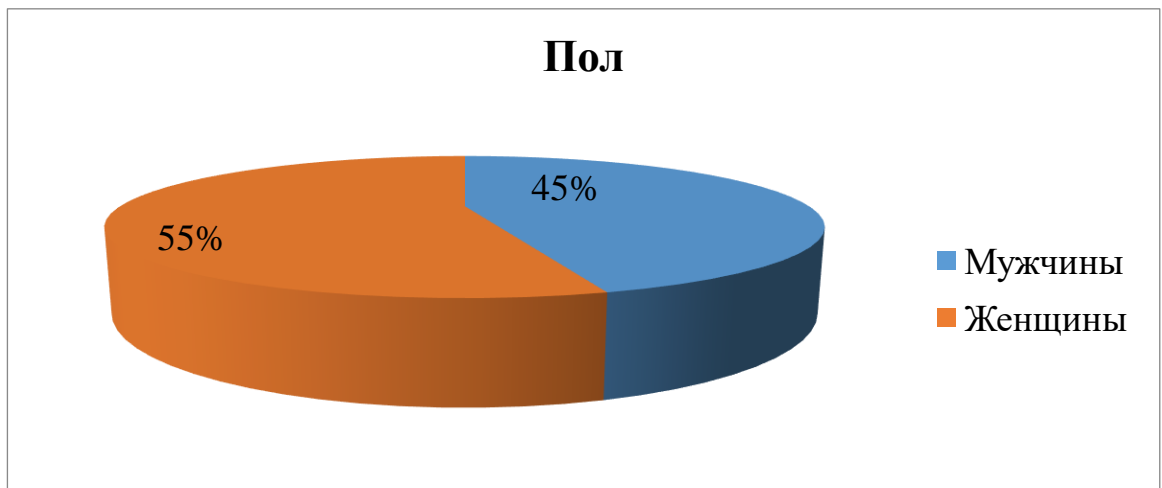


Рис. 2. Гендерные различия

По месту проживания респонденты разделились следующим образом: 63% респондентов проживают в городе, а 37% - в сельской местности (Рис. 3).



Рис. 3. Место жительства

Итак, нами определён социальный статус респондентов, большинство тестируемых рабочих – 33%, чуть меньше пенсионеров – 26%, довольно много безработных – 24%, самые малочисленные группы – это служащие – 12% и студенты – 5% (Рис. 4).



Рис.4. Социальный статус

Наличие стресса отметили 56% опрошенных, 17% отметили его отсутствие, а 27% респондентов отметили наличие стресса «иногда» (Рис. 5).

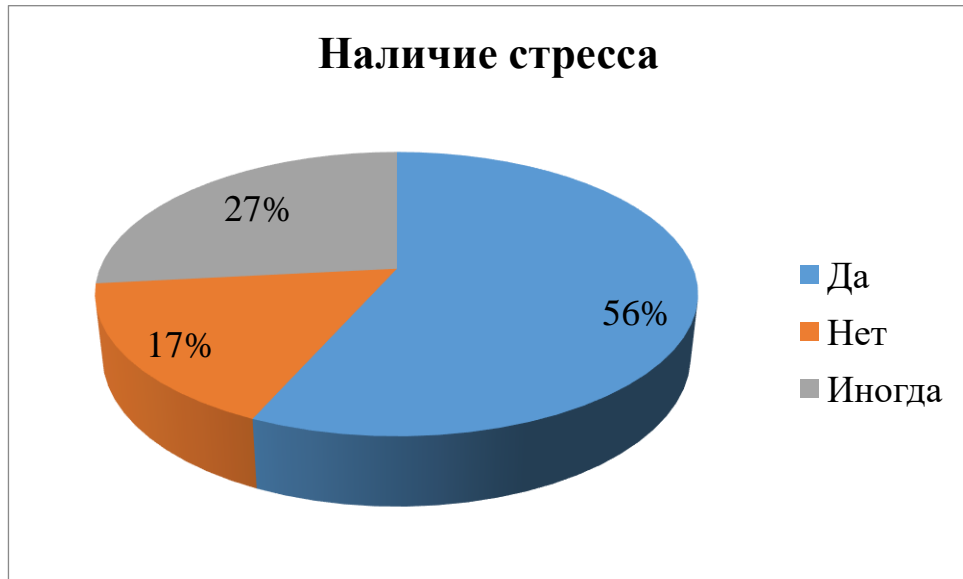


Рис. 5. Наличие стресса

При анкетировании выявлено следующее отношение к вредным привычкам: курят - 30%, не курят – 53%; делают это «иногда» – 17% (Рис. 6).

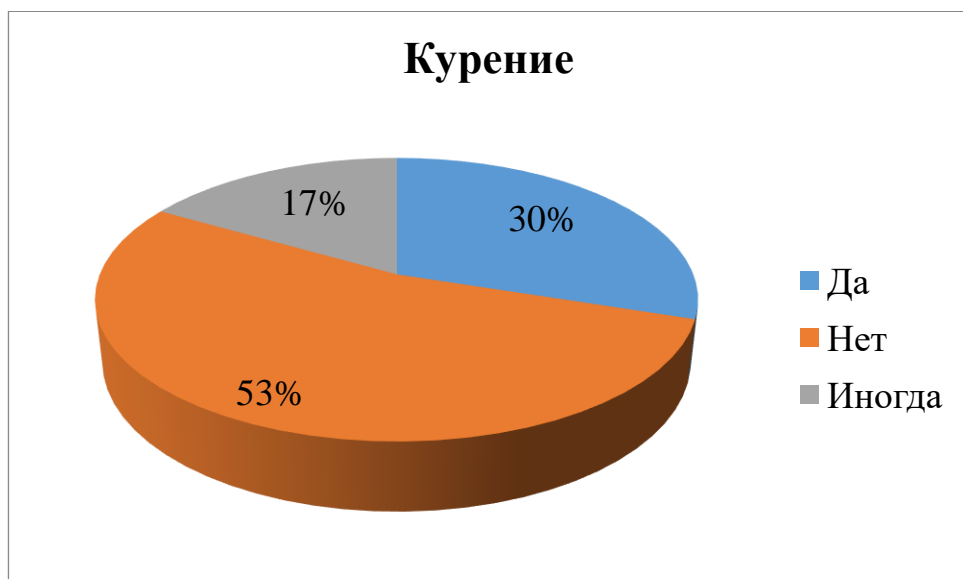


Рис. 6. Отношение к курению

Из опроса про отношение к вредным привычкам, таким, как употребление алкоголя выявлено, что алкоголь употребляют – 20%, не употребляют – 23%, и делают это «иногда» – 57% (Рис. 7)

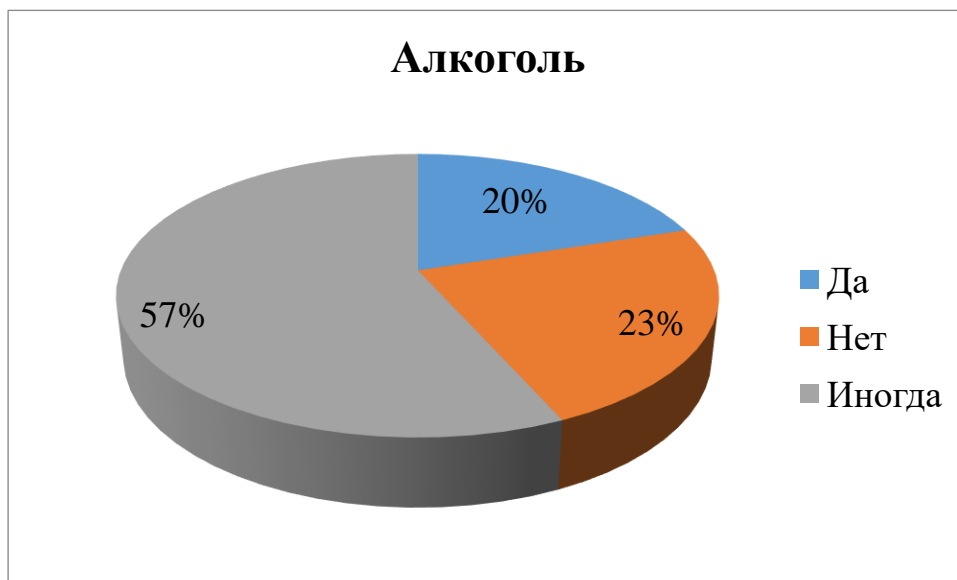


Рис. 7. Употребление алкоголя

Выявлено, что у большинства тестируемых нет родственников с бронхиальной астмой – 45%, 41% - не знают есть ли у них родственники с таким заболеванием, а 14% подтвердили, что у них есть родственники с бронхиальной астмой (Рис. 8).

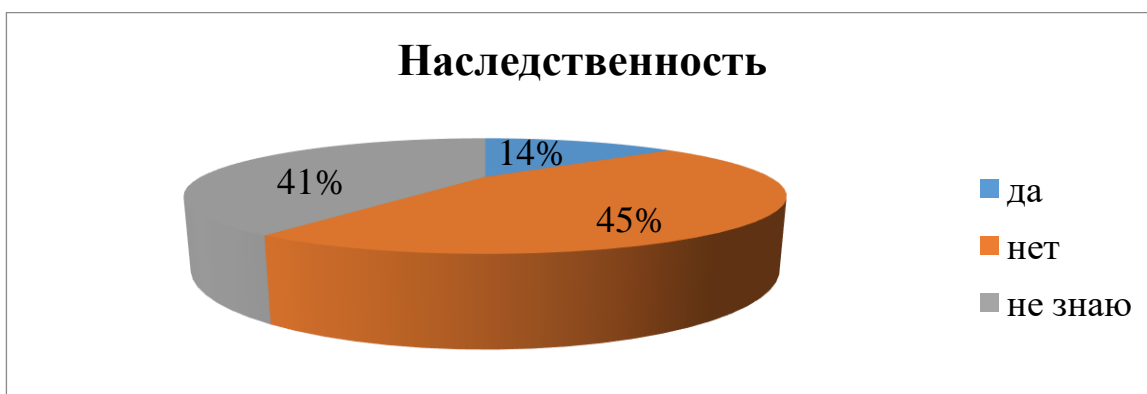


Рис. 8. Наследственность

Итак, нами выявлено, что 66% - один родственник с бронхиальной астмой, 17% - два родственника с данным заболеванием, 17% - более двух родственников с заболеванием бронхиальной астмой (Рис. 9).



Рис. 9. Количество родственников

Таким образом нами выявлено, что 40% анкетированных болеют респираторными заболеваниями один раз в год, 60% болеют респираторными заболеваниями два и более раз (Рис. 10).



Рис. 10. Частота респираторных заболеваний

Нами выявлено, что у 33% анкетированных проявляются сопутствующие заболевания, а у 67% сопутствующие заболевания не проявляются (Рис. 11).

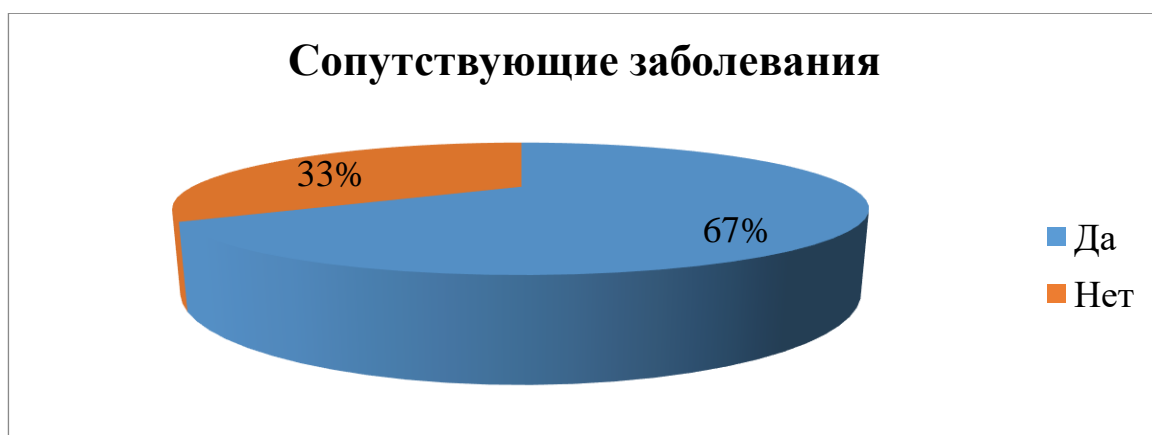


Рис. 11. Сопутствующие заболевания

Таким образом нами выявлено, что 15 человек, что составляет 36% состоит на диспансерном учете, а 27 человек, что составляет 64% не состоят на диспансерном учете (Рис. 12).

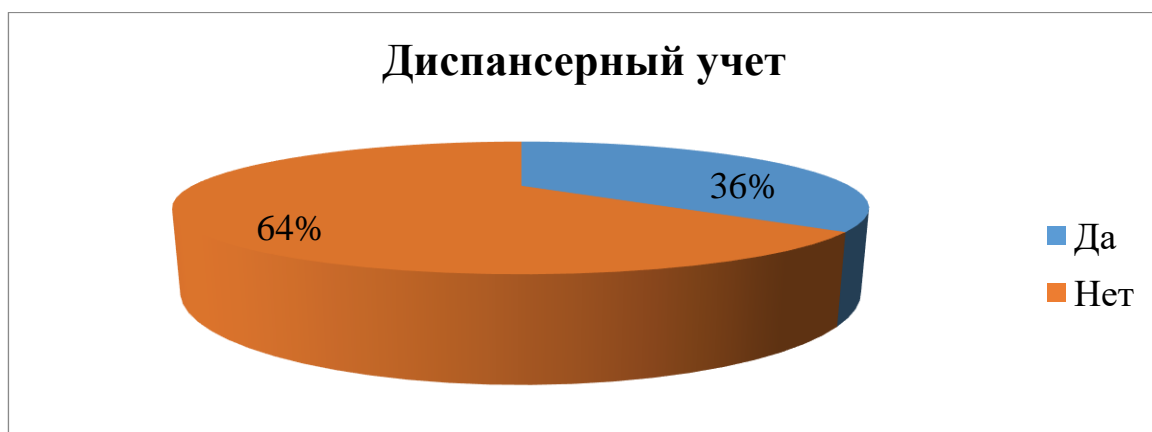


Рис. 12. Диспансерный учет

Итак, нами выявлено, что преобладают такие факторы как физические нагрузки и эмоциональное напряжение, 33,3% и 26,2% соответственно, минимальны факторы, влияющие на обострения такие как холодный воздух и аллергены, 4,8% и 9,5% соответственно (Рис. 13).

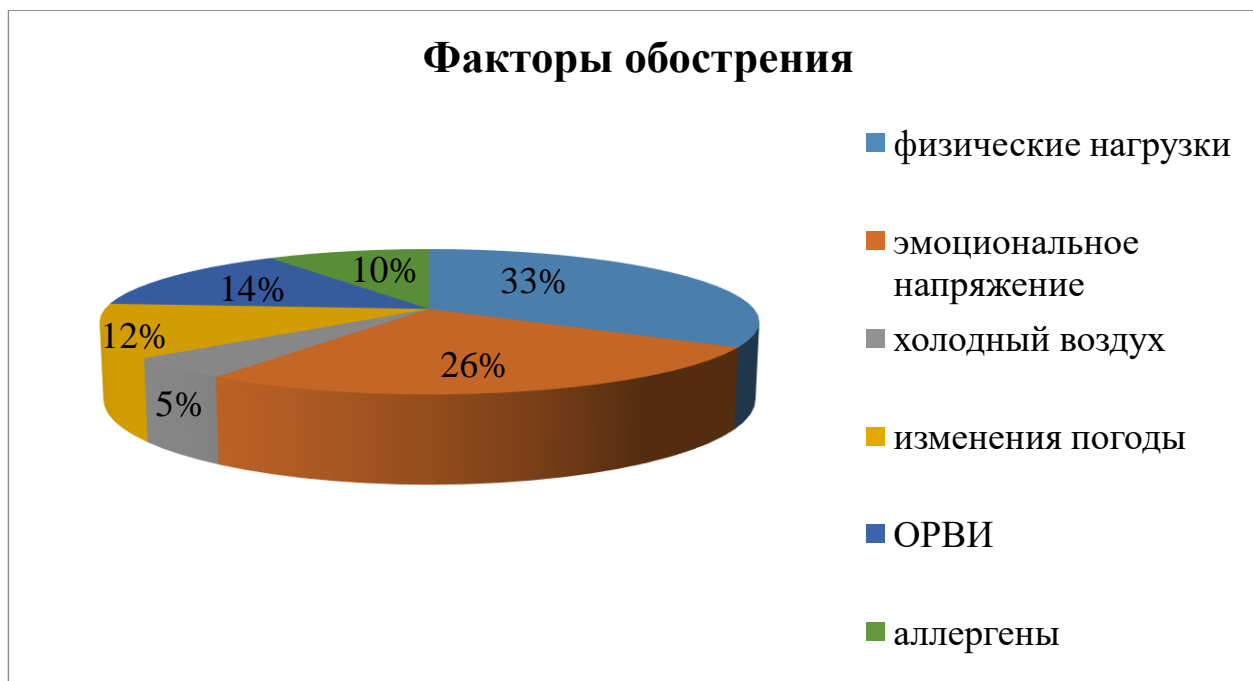


Рис. 13. Факторы обострения

Таким образом, нами выявлено, что у 19 человек обращались за медицинской помощью, а оставшиеся 23 человека за медицинской помощью не обращались (причинами этого множество факторов, заражённость на работе, большое количество работы по дому, отсутствие желание обращаться за медицинской помощью и так далее). (Рис. 14).

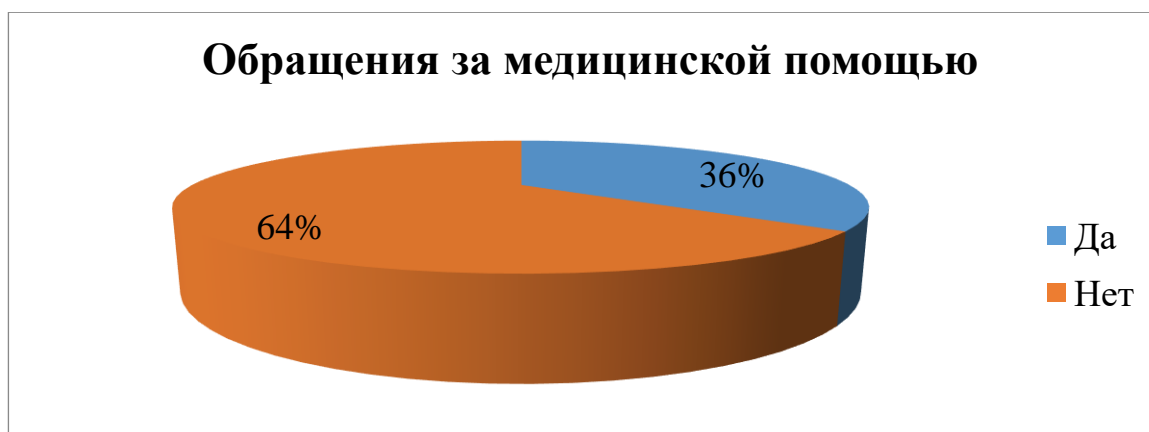


Рис. 14. Обращения за медицинской помощью

Так 24 человека ответили, что обращались за медицинской помощью, а оставшиеся 18 человек ответили, что за медицинской помощью не обращались, что на 14,% меньше тех, кто обратился (Рис. 15).

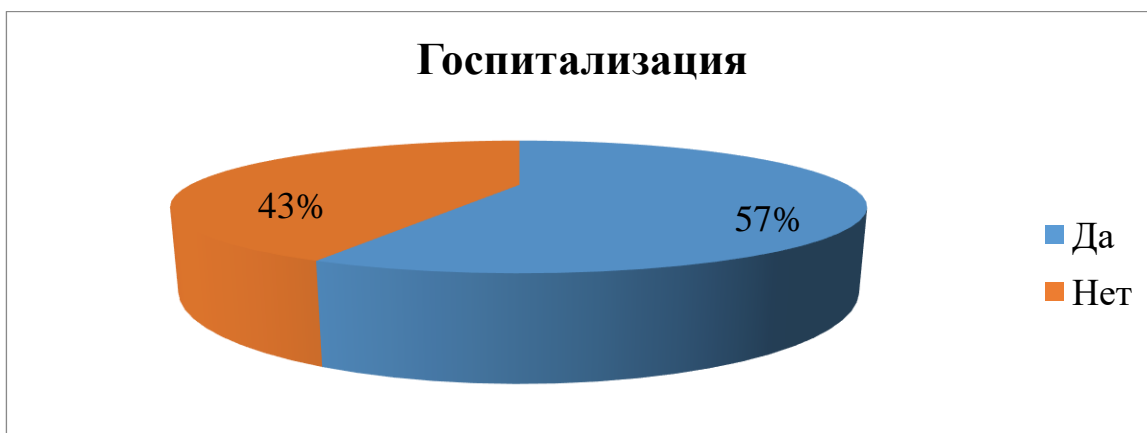


Рис. 15. Госпитализация

Наступление приступа в связи с переменной погоды отмечают – 60%, отрицают это 17%, а «иногда» отметили – 23% (Рис. 16).



Рис. 16. Связь возникновения приступа с переменной погоды

Выявлено, что занятия дыхательной гимнастикой практикуют 9% опрошенных, не делают ее - 78%, и иногда делают дыхательную гимнастику 13% (Рис.17).

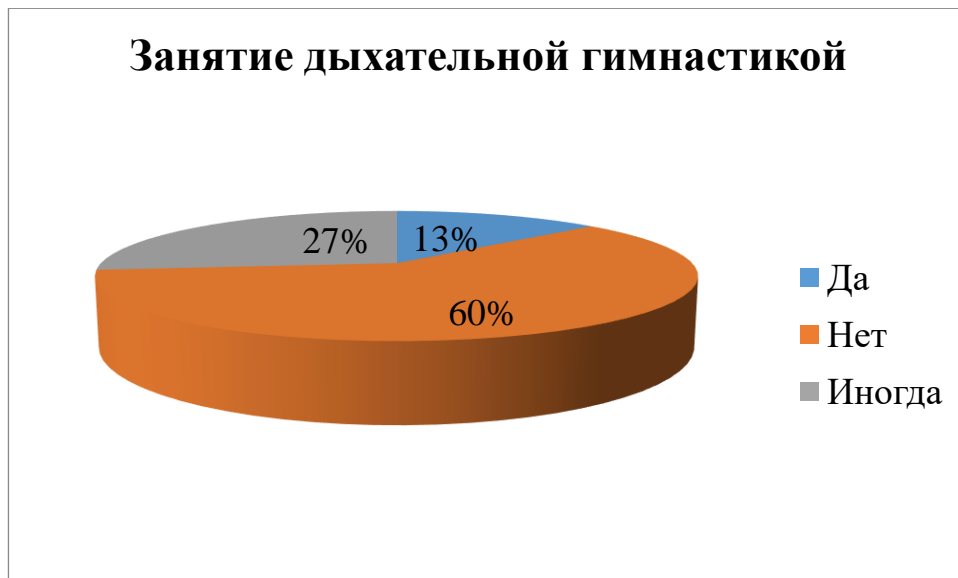


Рис. 17. Занятия дыхательной гимнастикой

Таким образом, нами выявлено, что 45% посещают школы астмы, а 55% школы астмы не посещают, что неблагоприятно сказывается на развитии их заболевания (Рис. 18).



Рис. 18. Посещение школы астмы

Так, 67% отметили, что имеют профессиональные вредности, такие как работа на сильном морозе, работа с химикатами и так далее, а 33%, что не имеют профессиональные вредности (Рис. 19).

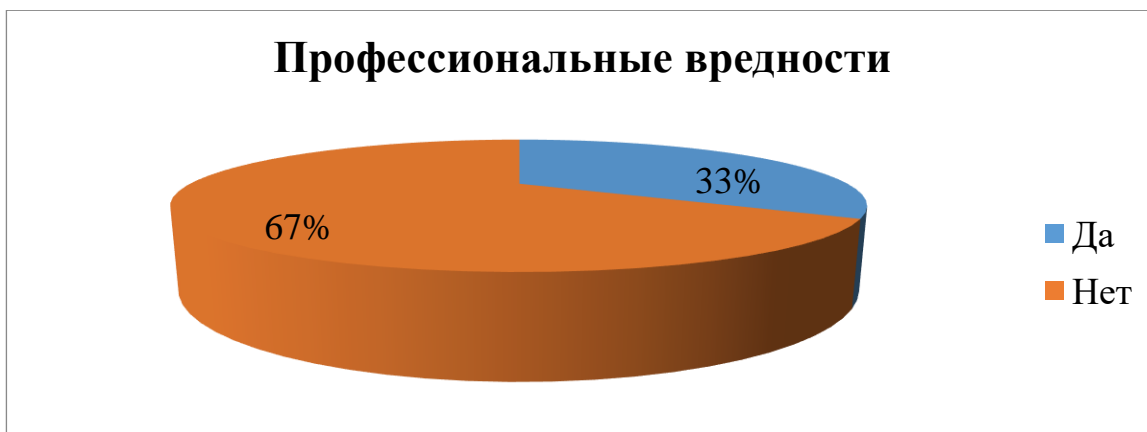


Рис. 19. Профессиональные вредности

Таким образом, нами выявлено, что 36 человек не используют нетрадиционные методы лечения, что составляет 85,7%, а оставшиеся 6 человек используют нетрадиционные методы лечения, что составляет 14,3% (Рис. 20).



Рис. 20. Нетрадиционные методы лечения

Итак, 52% человек проводят пикфлоуметрию периодически, 31% человек проводят процедуру только во время приступа бронхиальной астмы, 17% человек вовсе не проводят процедуру (Рис. 21).

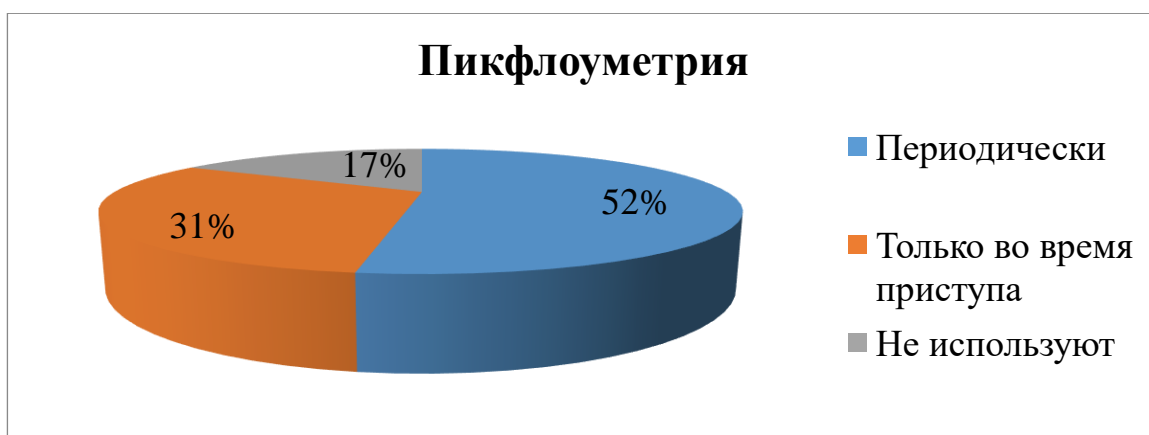


Рис. 21. Пикфлоуметрия

Итак, нами выявлено, что в большинстве случаев, 50% - это дозированный ингалятор, в 30,9 % случаев порошковый ингалятор, а в 19,1% случаев средством доставки лекарственного вещества является небулайзер (Рис. 22).

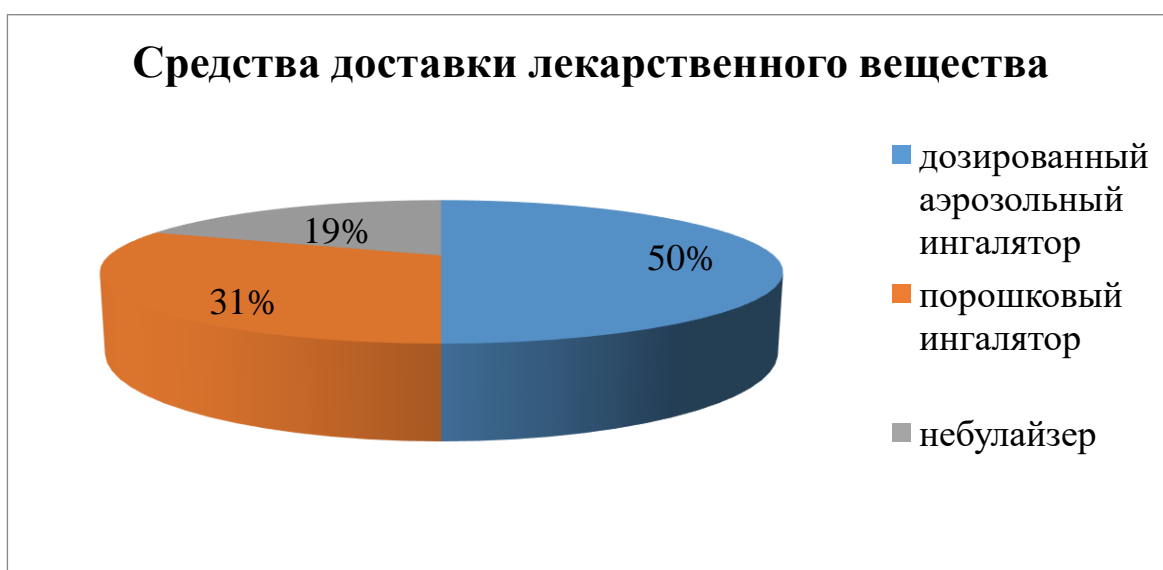


Рис. 22. Средства доставки лекарственного вещества

Таким образом, нами выявлено, что 36 человек не используют дневник самоконтроля, что составляет 86%, а оставшиеся 6 человек используют дневник самоконтроля, что составляет 14% (Рис. 23).



Рис. 23. Дневник самоконтроля

Таким образом, нами выявлено, что 23% человек получили информацию по заболеванию у врача, 23% получили информацию по заболеванию в интернете и у медсестры (Рис. 24).

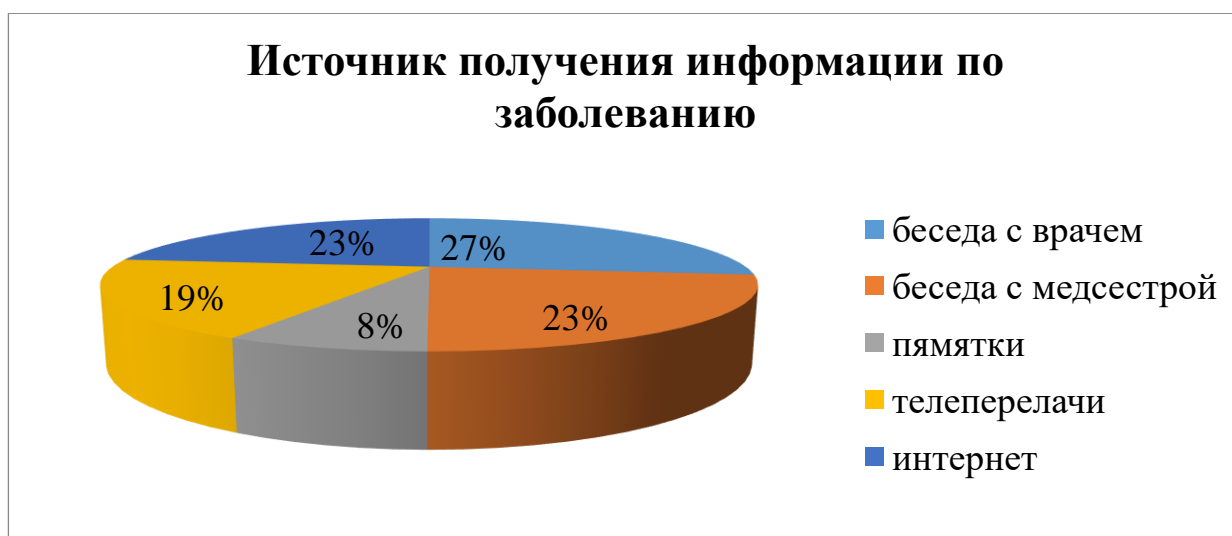


Рис. 24. Источник получения информации по заболеванию

Таким образом нами выявлено, что 86 % хорошо осведомлены о своем заболевании и вопросов не имеют, а 14% указали что о заболевании не осведомлены и имеют множество вопросов (Рис. 25).

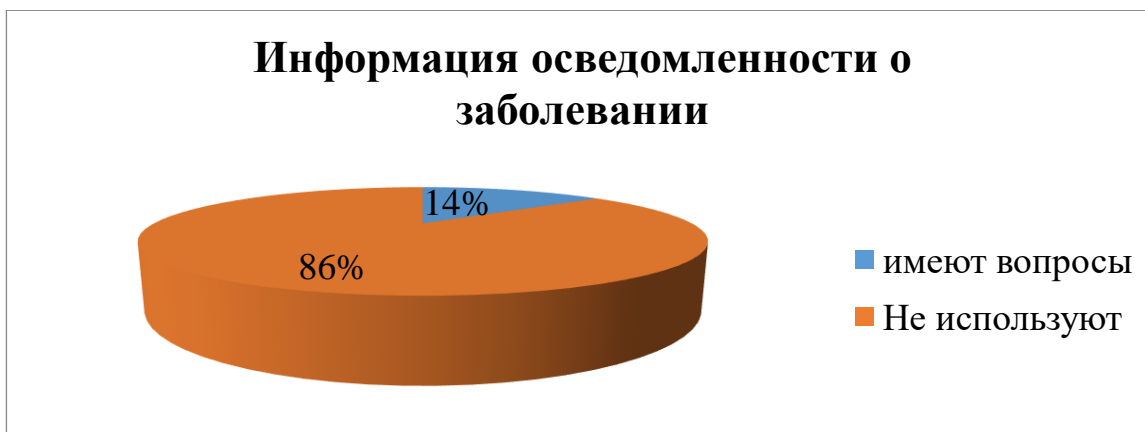


Рис. 25. Информация осведомленности о заболевании

Нам стало известно, проводя анкетирование, что бронхиальной астмой болеют в основном пациенты от 40 до 50 лет – 36% и от 50 до 60 лет – 24%; в 55% случаев – женщины, проживающие в городе – 63%.

И так нами определён социальный статус респондентов, большинство тестируемых рабочих – 33%, а наличие стресса отметили - 56%, и профессиональных вредностей отметили – 67%

Выяснилось, что большинство респондентов: не курят – 53%; делают это «иногда» – 17%; алкоголь употребляют – 20%, и делают это «иногда» – 57%.

Выяснилось, что у большинства тестируемых нет родственников с бронхиальной астмой – 45%, 41% - не знают есть ли у них родственники с таким заболеванием, а 14% подтвердили, что у них есть родственники с бронхиальной астмой. Нам стало известно, что у 66% есть один родственник с данным заболеванием.

Выяснилось, что 40% анкетированных болеют респираторными заболеваниями один раз в год, 60% болеют респираторными заболеваниями два и более раз, приступы связаны с физическими нагрузками. А так же 64% респондентов состоят на диспансерном учете.

Выяснилось, как часто возникают сопутствующие заболевания у 67% - не проявляются. 52% - респондентов проводят пикфлоуметрию периодически.

Выяснилось, что большинство респондентов обращались за медицинской помощью – 64%, и были госпитализированы – 57%. У большинства респондентов приступ связан с переменной погоды - 60%.

Обнаружено, что дыхательную гимнастику не делают - 78%, так же профилактические занятия «Школы астмы» не посещали – 55%. Дневник самоконтроля используют всего лишь – 14% респондентов.

Обнаружено, что при приступах бронхиальной астмы боль купировали при помощи ингалятора – 50%. Так же нами выяснилось, что источник информации по данному заболеванию у врача получили - 23%.

2.3 Рекомендации для пациентов

Проведя исследование по бронхиальной астме, мы вывели следующие рекомендации. Пациентам с профессиональными вредностями рекомендуется использовать защитные средства; чаще дышать свежим воздухом; регулярно проходить обследование; не курить.

При бронхиальной астме запрещается курить, потому что в любом табаке, даже очень качественном, есть токсины. Они раздражают слизистую оболочку горла, разъедают защитный слой бронхов, а вредные смолы легко оседают на стенках органов дыхания. Это все причины развития у человека опасных недугов.

Запрещается заводить домашних животных. Если у больного астмой есть аллергия на кошку, то заводить собаку также нельзя. При бронхиальной астме расширяется спектр аллергенов. Рекомендации: отсутствовать спальные принадлежности на пуху; не рекомендуется гулять весной, когда на улице активно цветут растения.

Наследственный фактор. Помните, что наличие у одного из родителей астмы повышает риск возникновения ее у детей. Причем развиться она может у

людей любого пола и возраста. Но это не говорит о том, что недуг обязательно появится. Все зависит от образа жизни пациента. Рекомендуется: вести здоровый образ жизни, правильное питание.

Частые приступы бронхиальной астмы. Соблюдая клинические рекомендации по лечению бронхиальной астмы, больной должен избегать еды, провоцирующей образование мокроты: риса, сахара, творога, сливок, молока. Он должен также избегать жареной и другой плохоусвояемой пищи, крепкого чая, кофе, приправ, рассолов, соусов и всех рафинированных и очищенных продуктов.

При приступах бронхиальной астмы, рекомендуется: исключить контакт с аллергеном; снять одежду, сковывающую дыхание; присесть в положение полусидя; постараться успокоиться; пить воды (небольшими глотками, но часто). В первые минуты для купирования приступов бронхиальной астмы применяют ингаляторы, назначенные специалистом.

Психологические проблемы. Стрессы, волнения заставляют сердце чаще биться и повышают артериальное давление. Из-за этого больной чаще дышит, ему не хватает воздуха, у него развивается приступ

Астматикам нельзя жить в крупных городах, рядом с заводами. Заводы выделяют в воздух большое количество вредных веществ, а недостаток кислорода провоцирует бронхоспазм. Рекомендации: жить в небольших городах, где нет промышленных заводов или же жить в сельских пунктах.

Необходимо проводить влажную уборку не реже 3-4 раз в неделю. Желательно, чтобы уборкой занимались родственники, а не сам больной астмой.

Употребление вредной пищи. Если человек ест много жирной, высококалорийной пищи, то у него появляется не только лишний вес, но и проблемы с сердечно-сосудистой системой. Употребление пересоленных продуктов также нехорошо. Соль задерживает лишнюю воду в организме, из-за этого повышается давление.

Рекомендуется: яблоки; груши; сливы; светлые сорта черешни; белая и красная смородина; морковь; сладкий перец; капуста; брокколи; помидоры; листовая зелень; злаки; крупы.

Необходимо исключить продукты такие как: рыбу - сельдь, макрель, лосось, сардины; орехи - грецкие, кешью, бразильские, миндаль; цельное молоко и сметана; хлеб высших сортов; копчености и пряности; квас, какао, кофе.

Все эти простые рекомендации помогут, легче перенести заболевание. Соблюдая их, пациент предотвращает приступы астмы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении необходимо отметить, что бронхиальная астма - хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов. У предрасположенных лиц этот процесс приводит к развитию распространенных нарушений бронхиальной проходимости разной степени выраженности, полностью или частично обратимых спонтанно или под влиянием лечения. Распределение по степени тяжести больных астмой, выявленных эпидемиологическими методами, выглядит следующим образом: 70% - легкая степень, 25% - средняя и 5% - тяжелая.

Механизм развития бронхиальной астмы (патогенез) очень непросто и полностью еще не изучен. Над этой проблемой продолжают работать ученые со всего мира, выстраивая сложную цепочку происходящих процессов в бронхах от причин до клинических проявлений данной болезни.

На основании того, что стало причиной хронического воспаления, выделяют инфекционную (неаллергическую) и аллергическую бронхиальную астму. От этого зависит и тактика лечения, прогноз, профилактика.

Больные жалуются на приступы удушья (затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе), одышку и кашель. Характер кашля может быть различным: чаще кашель сухой, надсадный, приступообразный или с выделением вязкой, трудноотделяемой мокроты.

Лечение бронхиальной астмы должно быть комплексным и длительным. В качестве терапии используются препараты базисной терапии, воздействующие на механизм заболевания, посредством которых пациенты контролируют астму, а также симптоматические препараты, влияющие только на гладкую мускулатуру бронхиального дерева и снимающие приступ удушья.

Профилактика бронхиальной астмы заключается в санации очагов инфекции, предупреждении и своевременном лечении острых респираторных заболеваний, хронического бронхита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев, Ю.Г. Клиническая иммунология и аллергология/ [Текст]: учебное пособие / Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкарев. - Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 642 с.
2. Ардашев, Н.Н. Бронхиальная астма [Текст]: учебное пособие / Н.Н. Ардашев. - Москва: СПб.: Невский проспект, 2016. – 237 с.
3. Гребнев, М.А., Баешко А.А. Диета при бронхиальной астме. [Текст]: учебное пособие / М.А. Гребнев, А.А. Баешко - Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 104 с.
4. Дубровский, В.И. Лечебная физическая культура [Текст]: рецептурный справочник врача / В.И. Дубровский - Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 144-146 с.
5. Лопаткин, Н.А. Рациональная фармакотерапия в терапии. [Текст]: руководство для практикующих врачей / Н.А. Лопаткин – Москва, Латтера, 2016. – 824 с.
6. Обуховец, Т.П. Сестринское дело и сестринский уход (СПО) [Текст]: практикум с ил. / Т.П. Обуховец – Ростов на Дону: Феникс, 2016. - 603 с.
7. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской [Текст] учебное пособие / Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д : Феникс, 2018. – 108 с.
8. Основные показатели деятельности медицинских организаций и состояния здоровья населения Белгородской области за 2017 год. / Редактор: к.м.н. Степчук М.А. : Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области Медицинский информационно-аналитический центр. – Белгород, 2018. – 96 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

Анализ факторов риска при бронхиальной астме

- 1. Возраст ___.**
- 2. Пол:** а) муж; б) жен.
- 3. Место жительства:**
а) город; б) село.
- 4. Социальный статус:**
а) рабочий; б) пенсионер; в) студент; г) Служащий; д) безработный.
- 5. Наличие стресса:**
а) да; б) нет; в) иногда.
- 6. Вредные привычки: Курение:**
а) да; б) нет; в) иногда.
- 7. Вредные привычки: Алкоголь:**
а) да; б) нет; в) иногда.
- 8. Есть ли у Вас родственники, испытывающие бронхиальную астму:**
а) да; б) нет; в) не знаю.
- 9. В случае если у Вас есть родственники с бронхиальной астмой, укажите их количество:**
а) один; б) два; в) больше двух.
- 10. Как часто возникают приступы бронхиальной астмы:**
а) один раз в год; б) два и более раза.
- 11. Имеется ли у Вас сопутствующая патология (гипертоническая болезнь, ревматизм и тд.) :**
а) да; б) нет.
- 12. Состоите ли Вы на диспансерном учете:**
а) да; б) нет.
- 13. Факторы, которые по Вашему мнению сопутствуют обострению:**
а) аллергены; б) ОРВИ; в) изменения погоды; г) холодный воздух;
д) эмоциональное напряжение; е) физические нагрузки.
- 14. Приходилось ли Вам обращаться за медицинской помощью за прошедший год:**
а) да; б) нет.
- 15. Были ли случаи госпитализации в связи с ухудшением состояния:**
а) да; б) нет; в) иногда.
- 16. Приступ связан с переменной погоды:**
а) да, б) нет, в) иногда.

17. Занимаетесь Вы дыхательной гимнастикой:

а) да, б) нет, в) иногда.

18. Посещение «Школы астмы»:

а) да; б) нет.

19. Наличие профессиональных вредностей:

а) да; б) нет.

20. Пользуетесь ли Вы нетрадиционными методами лечения

а) да; б) нет.

21. Проводите ли Вы пикфлоуметрию:

а) периодически; б) только во время приступа; в) нет.

22. Как вы купируете приступы бронхиальной астмы:

а) дозированный аэрозольный ингалятор; б) порошковый ингалятор;

в) небулайзер.

23. Известно ли Вам о дневнике самоконтроля:

а) да; б) нет.

24. Известные Вам источники информации о заболевании:

а) интернет; б) телепередачи; в) памятки; г) беседа с медсестрой; д) беседа с врачом.

25. Имеются ли у Вас какие-либо вопросы по данному заболеванию:

а) да; б) нет.