

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Сестринского дела**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

**Дипломная работа студентки  
очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051506  
Захаровой Лилии Алексеевны**

Научный руководитель  
преподаватель Войковская Е.В.

Рецензент: врач - рентгенолог  
ОГБУЗ «Городская больница №2 г.  
Белгорода»  
Морозова Е.Ю.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ .....	6
1.1. Этиология, патогенез, клиническая картина бронхиальной астмы .....	6
1.2. Диагностика, лечение, осложнения, прогноз бронхиальной астмы ...	11
1.3. Профилактика.....	16
1.4. Сестринский процесс при бронхиальной астме .....	21
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ .....	26
2.1. Организация работы пульмонологического отделения ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» .....	26
2.2. Социологическое исследование .....	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42

## ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма - это заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья. При бронхиальной астме бронхи воспалены, вследствие аллергического, инфекционного или нейрогенного воздействия.

**Актуальность исследования.** Бронхиальная астма была и остается одной из главных медицинских и социальных проблем медицины нашего времени. За последние десять лет наблюдается значительное повышение возникновения случаев различных аллергических заболеваний, и, прежде всего бронхиальной астмы, которая является, на данный момент, проблемой мирового уровня и находится в эпицентре внимания медицинских работников различных специальностей.

«Заболеваемость бронхиальной астмой в РФ, согласно данным различных эпидемиологических исследований, составляет приблизительно 2,2% от всех случаев заболеваемости бронхиальной астмой в мире, что в числах насчитывает около 7 млн. человек (9% детей и 5% взрослых). Из них примерно 1 млн. больных страдает тяжелыми формами бронхиальной астмы (астматический статус), но, следует отметить, что действительная общераспространенность бронхиальной астмы может быть в несколько раз больше, так как официально зарегистрирован лишь один случай из 5» [3].

Имеется много факторов, несущих в себе вероятность развития патологий дыхательной системы. Эксперты установили, что причиной такой тенденции стало: ухудшение экологических, климатических условий, частое применение антибиотиков и других лекарств, вызывающих аллергизацию, красители и консерванты, увеличение удельного веса продуктов питания, имеющих в своем составе химические пищевые добавки.

«Так как родители передают предрасположенность к бронхиальной астме своим детям, наследственный фактор играет определенную роль. Если в семье все здоровы, то вероятность того, что ребенок станет аллергиком, составляет 20%. Если же болен хотя бы один из родителей, этот процент возрастает уже до 50%» [11, с. 22].

Приведенные статистические данные указывают на возникновение в настоящее время актуальной проблемы в современной пульмонологии, которая обязывает средний медицинский персонал овладевать хорошими навыками в этой области. Всё это свидетельствует о том, что лечение бронхиальной астмы является одной из важнейших проблем современной медицины.

**Цель дипломной работы:** изучение роли медицинской сестры в лечении и профилактике бронхиальной астмы.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

- 1) Изучить и провести анализ научно-теоретических источников;
- 2) изучить этапы и особенности сестринского ухода при данном заболевании;
- 3) провести опрос и анкетирование респондентов по данной теме;
- 4) провести анализ исследования и отразить его в графиках и рисунках;
- 5) внести рекомендации по уходу за пациентами с бронхиальной астмой.

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования:** научно-теоретический (исследование и анализ научной и методической литературы, методических пособий); эмпирический, статистический метод; социологический: анкетирование; дополнительные методы исследования: организационный (сравнительный, комплексный).

**Объектом данного исследования** являются пациенты с бронхиальной астмой, ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», пульмонологическое отделение.

**Предметом данного исследования** является профессиональная деятельность медицинской сестры при бронхиальной астме.

**Практическая значимость работы** заключается в том, что материалы исследования могут быть использованы в работе медицинского персонала, учащихся медицинских учреждений, а также в качестве просвещения населения.

Дипломная работа имеет следующую структуру: введение, теоретическая и практическая главы, заключение, список использованных источников и литературы, приложение.

Во введении рассматривается актуальность проблемы на современном этапе развития общества, научных исследований и клинической медицины, определяются цель, задачи, объект и предмет исследования.

В первой главе рассмотрены теоретические аспекты изучения бронхиальной астмы, методы профилактики данного заболевания и сестринский процесс.

Вторая глава включает описание, а также результаты проведенного опроса и анкетирования респондентов.

В заключении подведён итог всей дипломной работы: сформулированы основные выводы по теоретической части и результатам эксперимента, а также даны рекомендации по уходу за пациентами с бронхиальной астмой .

В приложении представлены анкета «» и информационная памятка «».

## **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

Бронхиальная астма – это инфекционно-аллергическое поражение бронхов с формированием периодических приступов одышки. Приступы возникают в результате контакта с аллергенами или триггерными (провоцирующими) факторами.

### **1.1. Этиология, патогенез, клиническая картина бронхиальной астмы**

Одной из главных причин развития бронхиальной астмы является контакт с аллергенами и формирование повышенной чувствительности (сенсibilизации) к ним. Основными аллергенами в развитии астмы являются: пыльцевые (пыльца растений и сорных трав), бытовые (домашняя пыль, в состав которой входят фрагменты высохших частей; клещи домашней пыли; шерсть и перхоть животных), лекарственные (салицилаты, антибиотики), грибковые (плесневые грибки), инфекционные.

Однако, есть и другие факторы которые повышают чувствительность бронхов к воздействию аллергенов. Это факторы внешней среды с плохими экологическими показателями (изменение погодных условий); профессиональные факторы (загрязнение воздуха на промышленных предприятиях), раздражающие резкие запахи (краски, лаки, аэрозоли, содержащие аллергены), эмоциональный стресс, физические нагрузки, генетическая предрасположенность к данному заболеванию.

В результате воздействия причин и провоцирующих факторов возникают особые условия для развития астмы. К ним относят воспалительный отек бронха, избыточную продукцию вязкой мокроты, а также резкое сужение просвета бронхов из-за спазма мелких гладких мышц.

«В зависимости от особенностей этиопатогенетических механизмов различают три варианта астматического статуса при бронхиальной астме» [12, с. 95-96].

«1. Медленно развивающийся, с нарастающей механической обтурацией бронхов. Ведущими патогенетическими механизмами являются: глубокая блокада бета-2-адренорецепторов бронхов, выраженный дефицит глюкокортикоидов, воспалительная обструкция бронхов инфекционного или аллергического генеза, угнетение дыхательного центра, подавление кашлевого рефлекса и естественных механизмов дренирования бронхов, сгущение мокроты.

2. Анафилактический. Представляет собой анафилактическую реакцию немедленного типа с освобождением медиаторов аллергии, тотальным бронхоспазмом, асфиксией в момент контакта с аллергеном.

3. Анафилактоидный. При нем ведущими механизмами являются: рефлекторный бронхоспазм в ответ на раздражение рецепторов дыхательных путей различными механическими, физическими и химическими раздражителями (пункцией гайморовых пазух, интубациями, бронхоскопиями, вдыханием холодного воздуха, резкими запахами духов, красок, лаков); освобождение гистамина из тучных клеток и базофилов путем прямого фармакологического действия специфических раздражителей без участия иммунологического механизма; первичное изменение реактивности бронхов» [12, с. 95-96].

«Основное звено патогенеза бронхиальной астмы – развитие сенсibilизации организма к тому или иному аллергену с возникновением аллергического воспаления в слизистой воздухопроводящих путей. Важнейшее значение при этом имеют аллергические реакции 1-го типа с участием реагиновых антител (преимущественно иммуноглобулины класса E). Данные антитела, связанные с аллергенами, фиксируются на тучных клетках, находящихся в подслизистом слое трахеобронхиального дерева и из них секретируются в большом количестве различные биологически активные

вещества: гистамин, серотонин, медленно реагирующая субстанция анафилаксии. Именно эти вещества и определяют развитие преходящей бронхиальной обструкции, в основе которой лежат спазм гладкой мускулатуры бронхов и бронхиол, а также остро развивающееся аллергическое воспаление их слизистой, связанное с повышением проницаемости капилляров и сопровождающееся отёком слизистой оболочки и гиперсекрецией слизи» [2, с. 256].

Определённое значение, особенно в патогенезе хронического воспаления, имеют эозинофилы, мигрирующие в большом количестве в зоны деструкции тучных клеток. Выделяемые ими белки, в том числе большой глобулин, так же способны повреждать эпителий дыхательных путей. В ряде случаев в формировании воспаления структур трахеобронхиального дерева у больных БА принимают участие и другие вещества – фактор активации тромбоцитов, нейропептиды, высвобождающиеся из аксонов сенсорных нервов (вещество P, нейрокинин A).

Например, установлено, что в «процессе сенсibilизации организма, а особенно в период его контакта с «виновным» антигеном в тканях резко снижается количество  $\beta$ -адренорецепторов, повышается тонус иннервирующих бронхи и сердце веточек блуждающего нерва. Снижение порога чувствительности крупных бронхов и тех, что расположены в подслизистом слое трахеи, приводит к тому, что при гипервентиляции, воздействии на воздухопроводящие пути обычных концентраций холодного воздуха, табачного дыма и других раздражающих факторов происходит их возбуждение с рефлекторным развитием бронхоспазма» [1].

Подводя итог, необходимо отметить основные патоморфологические изменения в бронхолёгочном аппарате у больных бронхиальной астмой: гипертрофия гладких мышц бронхов и бронхиол, отёчность слизистой оболочки с инфильтрацией тканей тучными клетками и эозинофилами, гиперплазия подслизистых желез.



«Перечисленные морфологические изменения, а также влияние внешних факторов и патологических реакций вегетативной нервной системы в совокупности формируют синдром бронхиальной обструкции при бронхиальной астме» [8].

Основная клиническая симптоматика при бронхиальной астме:

- главный признак – приступ удушья (положение в постели вынужденное – ортопноэ);

- сознание сохранено;

- затруднено дыхание, чаще всего (однако не всегда) затруднен выдох, причем у некоторых пациентов этот симптом сопровождается чувством мучительного сдавления и стеснения в грудной клетке, резкими болями в подложечной области или в правом подреберье;

- иногда пациенты жалуются на кожный зуд, чувство жжения во всем теле, появляющиеся незадолго до приступа и продолжающие их беспокоить во время него;

- акт дыхания сопровождается шумными, жужжащими и свистящими хрипами, слышными на расстоянии;

- ЧДД обычно урежено (до 10 и менее в минуту);

- на высоте приступа, вследствие усиленного напряжения, во время дыхания пациент весь покрывается холодным липким потом, в этих случаях он часто жалуется на озноб;

- пауза между выдохом и вдохом исчезает, грудная клетка находится в положении глубокого вдоха, диафрагма стоит низко, дыхание происходит главным образом за счет участия межреберных мышц.

В начале приступа кашель короткий и мучительный, на высоте приступа кашель не приводит к отхаркиванию вследствие сгущения мокроты и спазма бронхов. По миновании высоты приступа кашель усиливается, начинает отделяться в большом количестве тягучая слизистая мокрота в виде небольших пробок. По мере приближения конца приступа количество мокроты увеличивается, последняя становится более жидкой, начинает легче отходить, и

явления удушья уменьшаются. Приступ может длиться от нескольких минут до нескольких дней.

«После приступа кашель с отделением мокроты может продолжаться несколько часов. Обычно пациент вскоре засыпает и просыпается в удовлетворенном состоянии; в ряде случаев приступу предшествуют продромальные явления.

Некоторые пациенты чувствуют приближение приступа по начинающейся нерезко выраженной одышке, «закладыванию» грудной клетки, обильному выделению слизи из носа, щекотанию в носу, неприятным ощущениям в горле и т. п. В число предвестников, остающихся и во время приступа, входит и зуд кожи. Иногда во время приступа появляется крапивница» [7. с. 70].

Бронхиальная астма имеет «три степени сложности (по Г.Б. Федосееву): легкой, средней и тяжелой» [16, с. 271].

«Легкая степень характеризуется тем, что симптомы болезни в виде удушья проявляются один-два раза в месяц и быстро пропадают, нередко без всякого лечения. Обострения могут быть, но они короткие – несколько часов. Функция внешнего дыхания в период ремиссии нормальная.

В случае, когда имеется средняя степень, кашель становится продолжительным, появляются более выраженные приступы удушья, сопровождающиеся учащенным сердцебиением. Ночное затруднение дыхания встречаются более 2 раз в месяц, а днем одышка на выдохе появляется чаще, чем 2 раза в неделю. Сильные приступы удушья уже могут быть до 5 раз в год, возможно астматическое состояние, которое купируется парентеральным введением лекарственных средств и применением гормональной терапии.

Тяжелая степень характеризуется приступами удушья, которые происходят достаточно часто - от нескольких раз в неделю до нескольких раз в сутки. Требуется постоянное гормональное лечение» [16, с. 276].

## 1.2. Диагностика, лечение, осложнения, прогноз бронхиальной астмы

Диагностика бронхиальной астмы:

- «1. Исследование функции внешнего дыхания;
2. спирография - графическая регистрация объёма легких во время дыхания;
3. пикфлоуметрия – метод измерения максимальной (пиковой) объёмной скорости воздуха во время форсированного выдоха после полного вдоха;
4. пробы с использованием бронходилататоров – для уточнения степени обратимости бронхиальной обструкции;
5. рентгенологическое исследование легких;
6. электрокардиографическое исследование;
7. оценка газового состава артериальной крови;
8. бронхоскопия;
9. оценка аллергологического статуса;
10. лабораторные данные: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты и определение иммуноглобулина E» [10].

Лечение

Проводят мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм пациентов аллергенов (например, исключение контакта пациента с определенными растениями в период их цветения, применение диет при пищевой аллергии, рациональное трудоустройство при профессиональной аллергии и др.). При выявлении реакции пациентов на определенные аллергены проводят специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген.

«Для купирования приступов удушья в настоящее время широко применяют аэрозоли селективных адrenomиметиков. Они оказывают быстрое бронхорасширяющее действие: тербуталин, сальбутамол, фенотерол (беротек) и др. Доза препарата подбирается индивидуально и составляет чаще всего 2

вдоха дозированного аэрозоля. Для лечения используют также аэрозоли м-холинолитиков (ипратропиум бромид, или атровент, беродуал). Большой популярностью среди пациентов пользуются ксантиновые производные.

Для купирования приступа бронхоспазма часто применяют медленное внутривенное введение 10-15 мл 2,4% раствора эуфиллина. Для предупреждения приступов удушья назначают пероральный прием пролонгированных препаратов этой группы (например, таблетки «Теопэк» по 0,3 г 2 раза в день)» [15. с. 361].

В качестве симптоматического лечения для улучшения отхождения мокроты назначают отхаркивающие и муколитические препараты (отвар термопсиса, корня алтея, мукалтин, бромгексин и др.).

Если ухудшение течения бронхиальной астмы сопровождается обострением сопутствующих заболеваний (хронического бронхита, хронической пневмонии), назначают антибактериальные средства - эритромицин по 0,25 г. 4 раза в день, гентамицин по 40 мг 2 раза в день внутримышечно и др.

«При прогрессирующем течении бронхиальной астмы с тяжелыми приступами удушья, когда использование препаратов оказывается безуспешным, назначают глюкокортикостероиды. В них нуждается примерно 20% пациентов с бронхиальной астмой. Обычно применяют 15 - 20 мг преднизолона в сутки (в утренние часы)» [15, с 361].

Хороший эффект оказывает также ингаляционный способ применения гормональных препаратов (например, бекотида). Он дает меньше побочных эффектов.

При лечении астматического состояния применяют оксигенотерапию, внутривенное введение эуфиллина, высоких доз глюкокортикостероидов (60 - 90 мг преднизолона каждые 3-4 ч).

При возникновении синдрома «немного легкого» пациентов переводят на искусственную вентиляцию легких.

Проводят мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм пациентов аллергенов (например, исключение контакта больного с определенными растениями в период их цветения, применение диет при пищевой аллергии, рациональное трудоустройство при профессиональной аллергии и др.). При выявлении реакции пациента на определенные аллергены проводят специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген. Физиотерапия в периоде обострения бронхиальной астмы.

«В периоде обострения бронхиальной астмы используются следующие процедуры.

Аэрозольтерапия. При лечении бронхиальной астмы применяют аэрозоли среднедисперсные (5-25 мкм) и высокодисперсные (1-5 мкм). Первые оседают в бронхах, вторые - в альвеолах. Для увеличения глубины инспирации и увеличения количества осаждаемых аэрозольных частиц применяют подзарядку аэрозольных частиц униполярным электрическим зарядом с помощью электроаэрозольных аппаратов. Лекарственные электроаэрозоли чаще всего имеют отрицательный заряд. Отрицательно заряженные аэрозоли не угнетают функцию мерцательного эпителия бронхов, повышают газообмен в альвеолярно-капиллярных зонах, способствуют снижению гипоксии» [8].

Наиболее эффективны аэрозоли, генерируемые с помощью ультразвука, а также электроаэрозоли.

Массаж грудной клетки.

Лечебный массаж широко используется как для купирования приступов удушья (точечный массаж), так и для лечения в межприступном периоде и в периоде обострения. Более эффективен комплексный массаж.

Курс комплексного массажа составляет 10-12 дней.

«Основным вспомогательным методом лечения БА, является дыхательная гимнастика, целью которой является облегчение не только течения болезни, но и профилактика предупреждения осложнений. Занятия дыхательной гимнастикой следует проводить постоянно. Упражнения делают

в хорошо проветриваемом помещении, а в теплое время года - на свежем воздухе» [9, с. 208].

«Все осложнения бронхиальной астмы можно разделить на семь основных групп: острые дыхательные; хронические дыхательные; метаболические; сердечные; желудочно-кишечные; мозговые; другие осложнения» [1].

Острые дыхательные осложнения отличаются своей тяжестью и быстротой нарастания симптомов, поэтому еще их называют непосредственными осложнениями бронхиальной астмы. К ним относят: астматический статус - тяжелый, затяжной приступ удушья, который трудно купируется и требует специализированной медицинской помощи; острая дыхательная недостаточность - состояние, при котором в легкие поступает критически низкое количество кислорода.

Единственно верная помощь в такой ситуации - искусственная вентиляция легких на фоне бронхорасширяющей терапии; спонтанный пневмоторакс - разрыв капсулы легкого из-за резкого повышения давления в нем на пике приступа; коллапс (спадение, ателектаз) легкого, возникает в результате полной закупорки бронха густыми, слизистыми пробками, образующимися при астме; пневмония - любое патологическое состояние в легких способствует присоединению вторичной инфекции, которая и вызывает воспаление легочной ткани с быстрым, тяжелым течением [6. с. 12].

К сердечным осложнениям бронхиальной астмы относят падение артериального давления в момент приступа, внезапную остановку сердца, срыв его ритма (аритмии). Считается, что все это возникает рефлекторно в ответ на повышение давления в грудной клетке.

Редко, но астма может спровоцировать инфаркт миокарда. В более отдаленные сроки у пациентов с бронхиальной астмой может возникнуть дистрофия миокарда, легочное сердце (увеличение его размеров, утолщение стенок, снижение объема выбрасываемой крови). Резкое падение

артериального давления сопровождается иногда обмороками, потерей сознания.

Негативное влияние могут оказывать на сердечно-сосудистую систему и ингаляционные бета-2-адреномиметики, используемые для лечения астмы.

Желудочно-кишечные осложнения, как и сердечные, являются побочным действием лечения астмы. Они возникают на фоне длительного приема ГКС, так широко применяемых для купирования приступа удушья. Чаще всего встречается пептическая язва желудка или двенадцатиперстной кишки. В запущенных ситуациях может произойти ее перфорация с последующим желудочно-кишечным кровотечением и его собственными последствиями.

«Серьезные осложнения бронхиальной астмы - метаболические. К ним относят снижение уровня калия в крови (что вызывает аритмии, нарушение свертываемости крови, ухудшает работу почек), метаболический ацидоз или закисление крови, гиперкапния или повышение концентрации углекислого газа в ней. Все это нарушает согласованную работу организма, вызывает различные патологии в тех или иных органах» [6, с. 12].

Наиболее тяжелым осложнением считается повреждение мозга или дыхательная энцефалопатия. Именно поэтому ее выделили в отдельный пункт осложнений бронхиальной астмы. Головной мозг крайне чувствителен к любым изменениям в крови, особенно к снижению в ней содержания кислорода, повышению уровня углекислого газа (что и бывает при астме). В результате нарушаются мозговые функции, изменяется психика, чувствительность, восприятие окружающей среды (при тяжелых, запущенных стадиях бронхиальной астмы).

«К другим осложнениям бронхиальной астмы относят состояния, которые встречаются довольно редко и их причину можно объяснить не только астмой, однако значимость их для организма довольно существенна. Например: желудочно-пищеводный рефлюкс. Патология, при которой содержимое желудка, кислое в норме, попадает в пищевод и вызывает его ожог (среда пищевода в норме нейтральная). Причину рефлюкса можно объяснить

следующим образом: при астме, когда нарастает мучительный сухой кашель, напрягается передняя брюшная стенка, это способствует росту внутрибрюшного давления» [6, с. 12].

Если такой человек изначально предрасположен к изжогам, то приступ удушья легко может спровоцировать и желудочно-пищеводный рефлюкс. Повышение давления в брюшной полости аналогичным образом может привести к недержанию кала и мочи, опять же, если у данного больного ослаблены соответствующие сфинктеры, прямой кишки и мочевого пузыря соответственно.

### Прогноз

При атопической форме бронхиальной астмы прогноз наиболее благоприятен, когда удается выявить специфический аллерген, провести гипосенсибилизирующие мероприятия и более не контактировать с ним.

«При инфекционно-аллергической форме бронхиальной астмы прогноз зачастую зависит от течения того заболевания, на фоне которого развилась бронхиальная астма, от стадии заболевания, возраста больного, наличия осложнений и др» [5, с. 168].

## 1.3. Профилактика

«Различают первичную, вторичную и третичную профилактику бронхиальной астмы» [14, с. 18].

Профилактика бронхиальной астмы должна быть основана на принципе диспансеризации. В данном случае под наблюдением должны находиться не только больные бронхиальной астмой, но и лица, страдающие другими аллергическими заболеваниями, поскольку в дальнейшем, с возрастом, может приходиться на смену последним или присоединиться бронхиальная астма.



Профилактика бронхиальной астмы, как и других аллергических заболеваний, особенно в семьях, где такие заболевания имеются, должна начинаться уже в раннем детском возрасте.

Профилактика астмы проводится в несколько этапов. В связи с этим различаем первичную, вторичную и третичную профилактику бронхиальной астмы.

Первичная профилактика содержит меры по предупреждению инфекционных заболеваний дыхательных путей и аллергических реакций.

Особое значение это имеет у людей, находящихся в группе риска по развитию заболевания и маленьких детей.

«Первичная профилактика бронхиальной астмы – это совокупность мер по предупреждению возникновения заболевания у больных, имеющих в анамнезе наличие различных факторов риска БА.

Выделяют следующие виды профилактических мероприятий по первичной профилактике БА:

- снижение действия различных аллергенов, поллютантов, вирусных микроорганизмов, медикаментов, косметических средств, парфюмерии и средств бытового уровня;
- прекращение вдыхания табачного дыма (полный отказ от активного и пассивного курения);
- профилактика ожирения для лиц с ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>;
- проведение мероприятий по борьбе с тараканами и грызунами в условиях жилого помещения;
- при аллергической реакции на пыль и пух, следует исключить присутствие мягкой мебели, ковров, при этом следует использовать специальные пыленепроницаемые синтетические чехлы для матрасов, подушек и одеял, а также использовать синтетические материалы в качестве наполнителей для подушек и одеял;
- запрет на изделия из пера, пуха и шерсти;

- регулярное проведение проветривания помещения и влажной уборки;
- иммунотерапия в целях поддержания хорошего иммунитета с помощью закаливания, рационального режима труда и отдыха, достаточного суточного потребления витамина С (около 90 мг взрослым) и микроэлемента цинка (10-15 мг взрослым);
- отказ от путешествий в места с активным цветением и частыми укусами насекомых;
- нормализация структур, особенностей и качеств питания (увеличить потребление лука и чеснока, полный отказ от аллергичных продуктов и пищевых добавок);

обнаружение и снижение к минимуму остальных факторов, которые способны провоцировать приступы БА, в том числе и поведенческие факторы» [14, с. 18].

Вторичная профилактика бронхиальной астмы – это совокупность мер, которые предотвращают приступы бронхиальной обструкции как у пациентов, болеющих в настоящий момент, так и пациентов, пребывающих в стадии ремиссии.

Вторичная профилактика объединяет комплекс следующих мероприятий:

- осуществление диспансерных осмотров для раскрытия динамики состояния здоровья и оценки модификации тяжести бронхиальной астмы;
- личное и групповое консультирование больных и членов их семейств, обучение познаниям и техникам манипуляций, которые связаны с недомоганием;
- ликвидация профессиональных факторов;
- устранение аллергенов из жилых помещений (смена перьевых подушек на синтепоновые, как можно меньше контактировать с кормом для аквариумных рыб, отказ от имеющих шерсть домашних животных) и систематичная влажная уборка;

- предупреждение стрессов, предостережение о непозволительности усиленного эмоционального перенапряжения (плача, смеха);
- предупреждение доктора о том, что пациент нездоров и назначенное им лечение может вызвать осложнения;
- улучшение качества вдыхаемого атмосферного воздуха (переселение в зону с подходящей экологической обстановкой, без фотохимического смога);
- абсолютное исключение употребления спиртного и наркотических средств (самоконтролем и лечением у врача - нарколога);
- проведение медико-психологического приспособления больного к заболеванию бронхиальной астмой, формирование адекватного взгляда к возможностям и нуждам организма и другое.

Если при диспансерном осмотре у кого-либо из диспансеризуемых выявляется наличие бронхиальной астмы, но больной не занесен в список состоящих на диспансерном учете, медицинскому работнику ФАПа или какой-либо организации следует немедленно занести данные об этом пациенте в списки состоящих на диспансерном учете и провести с ним беседу, в ходе которой разъяснить ему основы вторичной профилактики данного заболевания, в целях снижения риска возникновения осложнений.

«Принципы вторичной профилактики бронхиальной астмы:

- выявление триггеров и ситуаций, предшествующих астматическому приступу;
- выявление ранних признаков обострения заболевания, активное воздействие на них;
- строгое выполнение предписаний врача;
- ведение здорового образа жизни;
- снижение частоты возникновения стрессовых ситуаций.

Формирование личных интересов и профессии с учетом возможных аллергических проявлений» [7, с. 70].

## Третичная профилактика бронхиальной астмы

«Третичная профилактика бронхиальной астмы – это реабилитационные мероприятия, включающие в себя занятия в школах здоровья, нахождение больных в санаториях-профилакториях и на курортах с морским климатом, либо на высокогорье и прочее.

Рекомендуются также курорты Алтая (летом), Кабардино-Балкарии, европейского Средиземноморья, южного берега Крыма, Кисловодска. Пребывание на курортах дозволены лишь только в периоде ремиссии бронхиальной астмы» [14, с. 18].

Третичная профилактика астмы необходима в целях снижения тяжести течения и предупреждения возникновения обострений болезни у пациентов, уже болеющих бронхиальной астмой. Главный метод профилактических мероприятий по борьбе с астмой на этом этапе основывается на исключении контактирования пациента с аллергеном, вызывающим приступ астмы (элиминационный режим).

«Для эффективного лечения бронхиальной астмы в целях предупреждения повторных приступов нужно совмещение двух факторов: правильно назначенное лечение и осознанное активное отношение пациента к своей болезни. Последнее формируется на базе школ здоровья для больных бронхиальной астмой. Главное назначение этих школ – обучение больных самоведению.

Следует выделить несколько пунктов по ведению пациентов с бронхиальной астмой:

- 1) информирование пациента о болезни (понятие бронхиальная астма, анатомия и физиология органов дыхания, причины бронхиальной астмы и т.д.);
- 2) обучение больных навыкам самоконтроля;
- 3) обучение и контроль ПСВ, обучение особенностям пользования карманным ингалятором;
- 4) информирование о профилактике аллергий и особенностях триггерных факторах;

5) обучение больного способам определения групп лекарственных препаратов и правилам их применения;

б) обучение больного способам распознавания ранних симптомов приступа, правилам дыхательной гимнастики, особенностям диетотерапии.

Таким образом, фельдшер должен вырабатывать приверженность пациента к здоровому образу жизни, оповещать и пропагандировать познания о воздействии факторов риска возникновения, прогрессирования и рецидивов болезни» [13, с. 52].

#### Прогноз

«При атопической форме бронхиальной астмы прогноз наиболее благоприятен, когда удается выявить специфический аллерген, провести гипосенсибилизирующие мероприятия и более не контактировать с ним.

При инфекционно-аллергической форме бронхиальной астмы прогноз зачастую зависит от течения того заболевания, на фоне которого развилась бронхиальная астма, от стадии заболевания, возраста больного, наличия осложнений и др» [5, с. 168].

### **1.4. Сестринский процесс при бронхиальной астме**

«Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам.

Цель этого метода - способствовать наступлению ремиссии, не допустить развитие осложнений. Подготовка больного к инструментальным и дополнительным методам исследования, подготовка больного к лабораторным методам исследования, чёткое выполнение назначений врача, беседа с пациентом о его заболевании, беседы с родственниками пациента о его заболевании, беседы о диете, подготовка пациента для консультации специалистов.

Особенности сестринского процесса при бронхиальной астме:

- провести объективные и субъективные методы исследования,
- опрос родственников пациента о заболевании,
- опрос самого пациента – это поможет медицинской сестре выявить проблемы пациента, выявить нарушенные потребности.

Сформировать план ухода.

Возможные проблемы пациента:

- спазм гладких мышц; -
- отёк слизистой и повышенное выделение слизи; -
- снижение уровня кислорода в крови, кислородное голодание; -
- угнетение состояния организма из-за нехватки кислорода и углекислого газа; -
- нарушение аппетита; -
- нарушение сна; -
- нежелание принимать препараты; -
- беспокойство, чувство тревоги, страх перед приступом; -
- нарушение ряда процессов, необходимых для жизнедеятельности клеток организма; -
- дефицит самоухода; -
- ограничение общения, вызванная вынужденным длительным пребыванием дома или госпитализацией; -
- беспокойство в выборе профессии;
- присоединение осложнений» - [6, с. 12].

«Особенности наблюдения и ухода. В диагностике БА важную роль играет тщательно собранный анамнез.

Что предшествует приступу удушья :

- контакт с неинфекционными аллергенами: пылевыми, бытовыми, производственными, пищевыми, лекарственными и другими у пациентов с атопическим вариантом бронхиальной астмы;

- воспалительные заболевания органов дыхания инфекционной природы у пациентов с инфекционно - зависимым вариантом;

- при гормональной зависимости ухудшение состояния при уменьшении дозы гормонов;

- при дизовариальном варианте - ухудшение состояния в связи с менструальным циклом;

- нервно - психический стресс, различные неприятности в семье, на работе в случае нервно - психического варианта;

физическая нагрузка, дыхание холодным воздухом, вдыхание различных запахов;

- приём аспирина или других НПВП.

Отягощённая наследственность: наличие бронхиальной астмы и аллергических заболеваний у кровных родственников.

При осмотре медицинская сестра обращает внимание на положение пациента (сидя, упираясь руками в край кровати, стула), на характер одышки (экспираторная), наличие дистанционных разнотембровых хрипов, цвет кожи лица, губ (цианоз, бледность), выражение страха на лице.

При объективном обследовании оцениваются характер пульса (тахикардия, недостаточное наполнение и напряжение), измеряется АД (снижено)» [б. с. 12].

Таблица 1

Цели сестринских вмешательств

Цели сестринских вмешательств	План сестринских вмешательств
У пациента не будет страха смерти от удушья.	1. Доверительная беседа с пациентом о новых условиях пребывания в стационаре. 2. Информирование пациента об эффективных методах лечения приступа удушья.

<p>В течение 30 минут приступ удушья будет купирован.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Придать пациенту удобное сидячее положение, освободить от стесняющей одежды.</li> <li>2. Обеспечить приток свежего воздуха.</li> <li>3. Выполнить ингаляцию пациентом Р<sub>2</sub>-агониста — сальбутамола (1-2 дозы) (атровента — пожилым)</li> <li>4. По назначению врача ввести внутривенно 10 мл 2,4% раствора эуфиллина.</li> <li>5. Приготовить и обеспечить подачу кислорода из аппарата в смеси с воздухом (30—60%).</li> <li>6. Поставить круговые горчичники по назначению врача и при переносимости запаха горчицы пациентом.</li> </ol>
<p>Кашель у пациента станет продуктивным.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обеспечить пациенту обильное теплое питье.</li> <li>2. Бронходилататоры - через небулайзер.</li> <li>3. По назначению врача — прием пациентом внутрь или ингаляционно муколитиков, амброксол, ацетилцистеин внутрь — мукалтин, бромгексин по 2—4 таблетки 3—4 раза в день.</li> </ol>
<p>Показатели пульса и АД нормализуются.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исследование пульса, АД каждые 10—15 минут до ликвидации удушья.</li> <li>2. По назначению врача и при стойкой тахикардии дать внутрь 10 мг нифедипина (3 раза в день).</li> </ol> <p>Примечание: не давать 3-блокаторы - усиливают бронхоспазм.</p>



Цвет кожных покровов нормализуется.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наблюдение за пациентом в ходе мероприятий по купированию приступа удушья.</li> <li>2. Повторно выполнять ингаляции кислорода.</li> <li>3. При падении АД по назначению врача ввести внутримышечно 2 мл кордиамина.</li> </ol>
-------------------------------------	--

Таким образом, на основании теоретических материалов, рассмотренных в главе 1, можем сделать следующие выводы:

Бронхиальная астма – хроническое воспалительно-аллергическое заболевание дыхательных путей, определяющее у склонных к этому больных обструкцию бронхов и приступ удушья, выражающееся чаще ночными приступами экспираторной одышки, кашлем, свистящими хрипами, обратимыми как самопроизвольно, так и под воздействием лекарств;

## **ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

### **2.1. Организация работы пульмонологического отделения ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»**

«Пульмонологическое отделение ОГБУЗ «Городской Больницы № 2 г. Белгорода» развёрнуто на 37 коек круглосуточного и 7 коек дневного пребывания.

Госпитализируются больные:

С острыми и хроническими неспецифическими заболеваниями легких,  
декомпенсированным лёгочным сердцем,  
плевритами,  
нагноительными заболеваниями лёгких,  
раком лёгких,  
диссеминированными процессами лёгких,  
бронхиальной астмой,  
аллергическими состояниями

В отделении работают: 5 врачей, 15 медсестер. Все медсестры имеют сертификат «сестринское дело».

На сегодняшний день отделение работает согласно «Концепции развития пульмонологической службы России на 2002-2007», а также следуя международным стандартам. За последнее время в отделении широко внедрено и используется небулайзерная терапия, достоинством которой, является возможность доставки большой дозы препарата непосредственно в орган-мишень, что значительно снизило перевод больных в состоянии астматического статуса в отделение реанимации. Применение данного метода является более экономичным и эффективным.

В отделении широко используется мониторинг пиковой скорости выдоха (ПСВ) у больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой.

Внедрена и широко использовалась доплерография сосудов. При необходимости проводится спиральная компьютерная томография» [2].

## 2.2. Социологическое исследование

Практическая часть дипломной работы была выполнена на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», в период с 2018 по 2019 года.

В целях решения задач дипломной работы было проведено анкетирование пациентов пульмонологического отделения городской больницы №2, с диагнозом бронхиальная астма, в результате чего был проведен анализ анкетирования.

В исследовании была использована анкета-интервью, образец анкеты представлен в приложении 1.

Из 34 опрошенных нами лиц наиболее подвержены бронхиальной астме лица мужского пола которые, составили 57% всех опрошенных нами пациентов (Рис. 1).

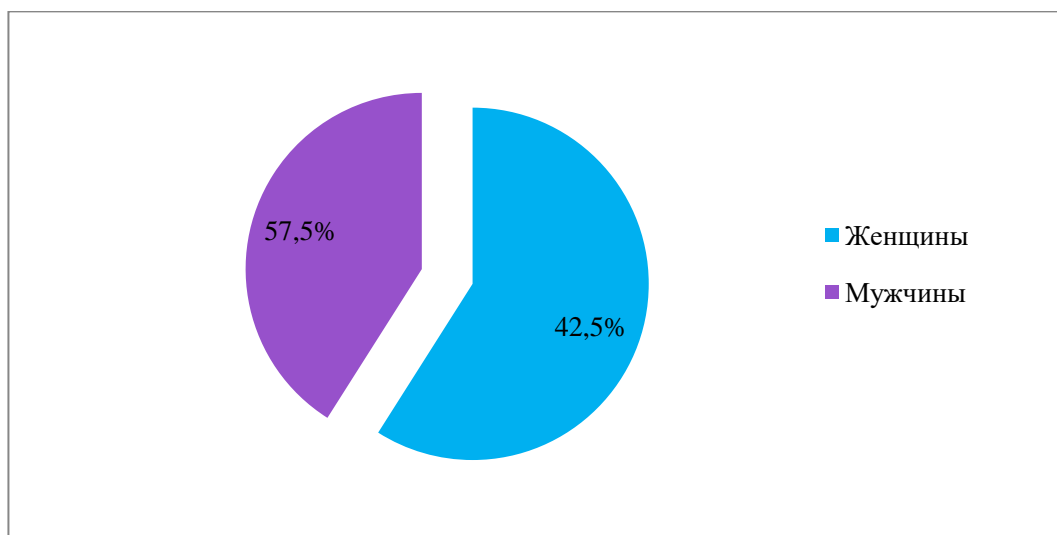


Рис. 1. Распределение по половому признаку

Наиболее подвержены риску возникновения приступов бронхиальной астмы, лица в возрасте от 40 до 60 лет, что составляет 44% от общего числа больных, в то время как число больных более 60 лет составляет 10 человек (29%), а на лица менее 40 лет приходится лишь 27%. (Рис. 2.).

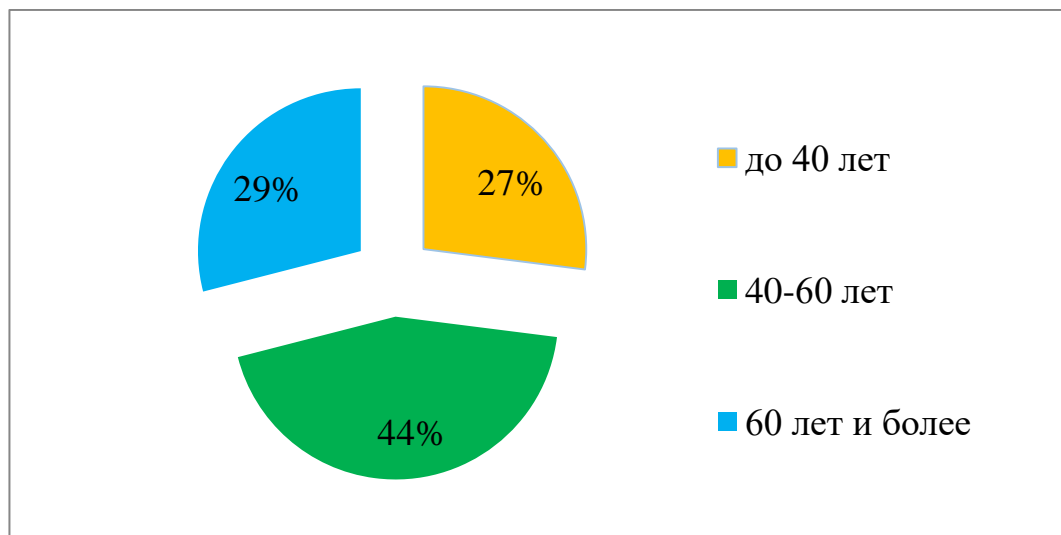


Рис. 2. Распределение по возрасту

Все пациенты, которые участвовали в нашем опросе, проживают на территории города Белгорода в условиях квартиры (Рис. 3.).

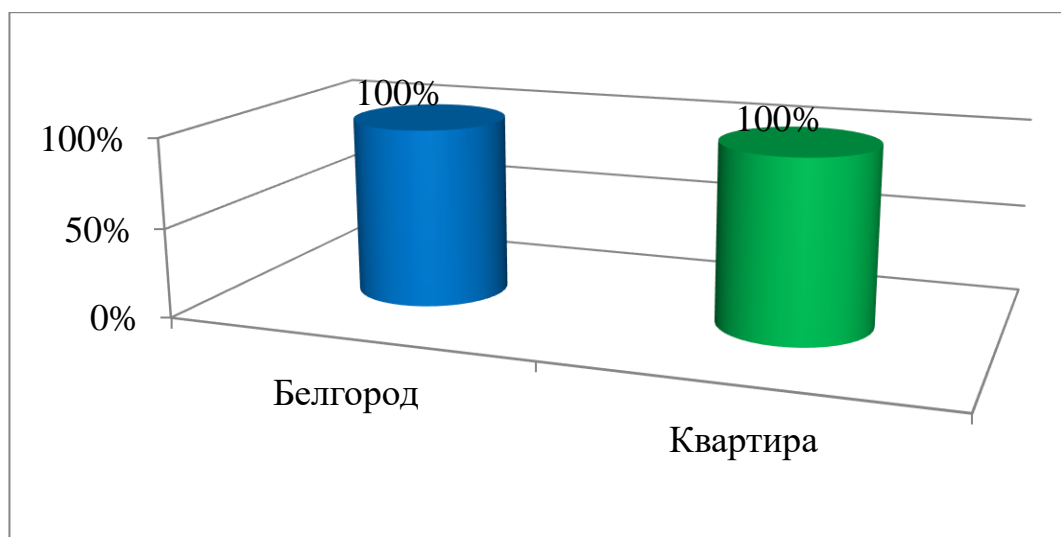


Рис. 3. Распределение по месту жительства

79% опрошенных лиц в настоящее время работают, причем у 47% из них в работе имеются различные профессиональные вредности (Рис. 4).

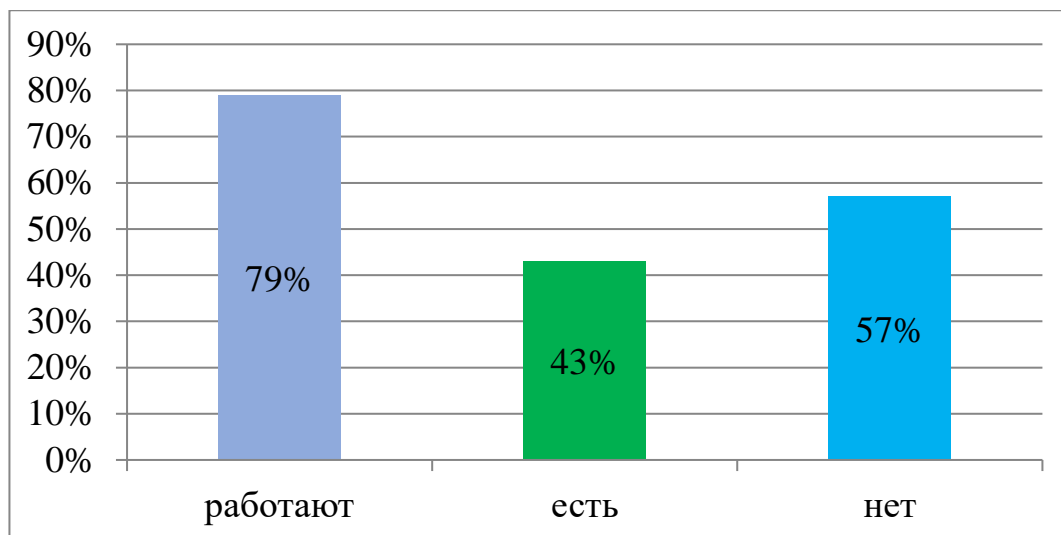


Рис. 4. Распределение по наличию профессиональных вредностей

Наиболее уязвимы в отношении данного заболевания люди со средне-специальным образованием, работающие по профессии. На их долю приходится 71% больных, в то время как наличие высшего образования в статистике риска возможности возникновения бронхиальной астмы лишь 29%. (Рис. 5).

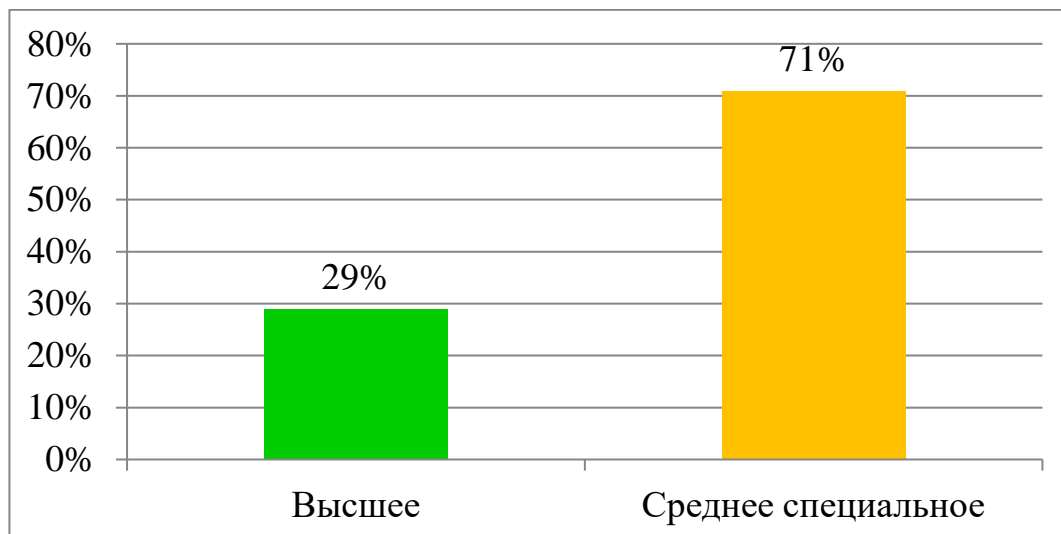


Рис. 5. Распределение по образованию

Наличие избыточного веса, как фактор риска развития бронхиальной астмы, по официальной статистике стоит на третьем месте по частоте возникновения приступов данной дыхательной патологии. Оценивая

результаты нашего анкетирования, мы выяснили, что 61% больных, а это 24 человека из 34, имеют избыточный вес тела (Рис. 6.).

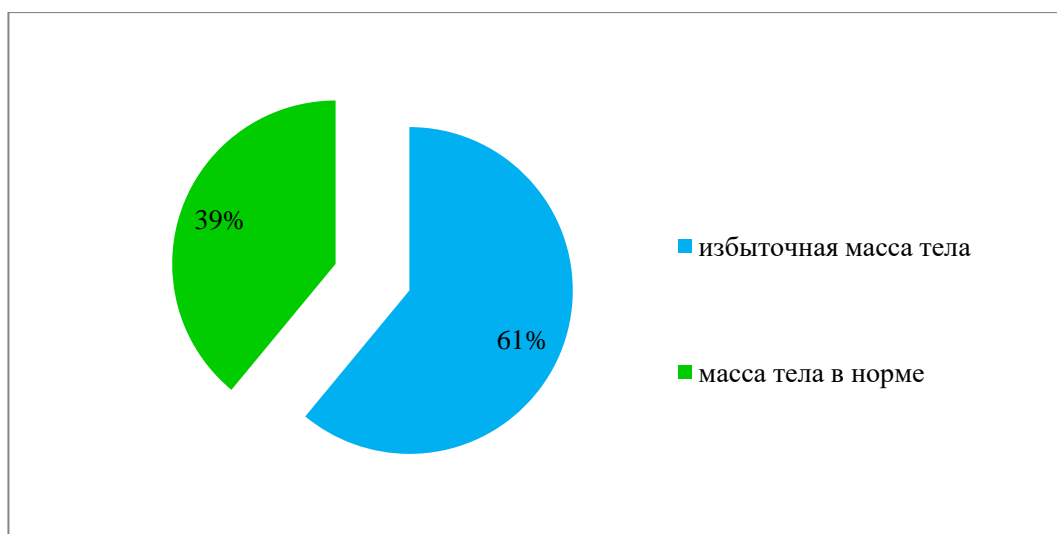


Рис. 6. Распределение по массе тела

В ходе нашего исследования выяснилось, что лишь у 7 человек из всех опрошиваемых (21%) в анамнезе присутствует употребление сигарет, в то время как 79% не курят и не употребляли сигареты ни разу в своей жизни (Рис. 7).

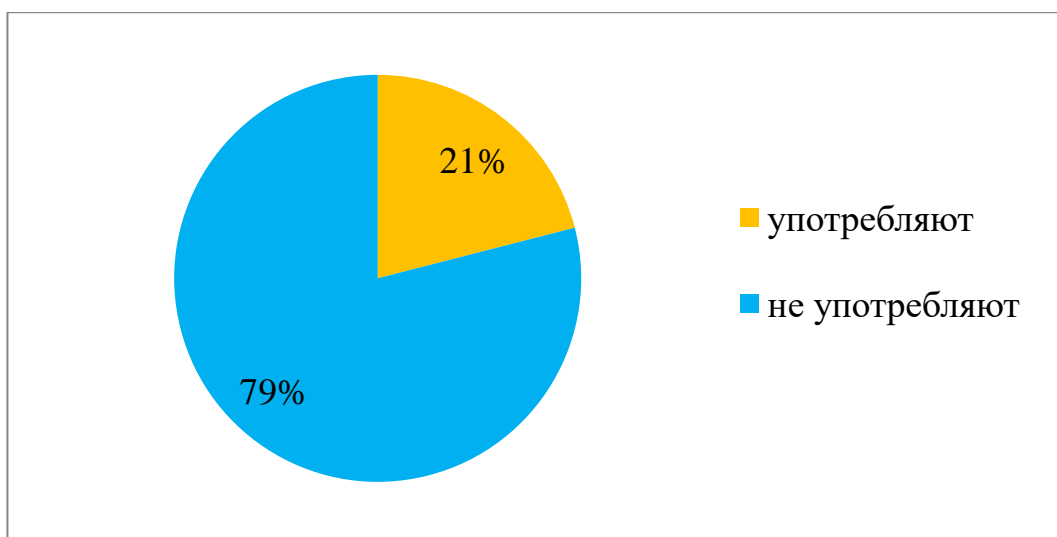


Рис. 7. Распределение по употреблению табачного дыма

Жилищно-бытовые условия у большинства пациентов, участвующих в нашем опросе, требуют улучшения. Например, 29% отметили повышенную влажность в квартирах, у 29% пациентов в квартире обитают домашние животные,

у 7 человек (21%) повышенное количество пыли и лишь 21% лиц с уверенностью отметили обустроенность и комфортабельность своего жилья (Рис. 8).

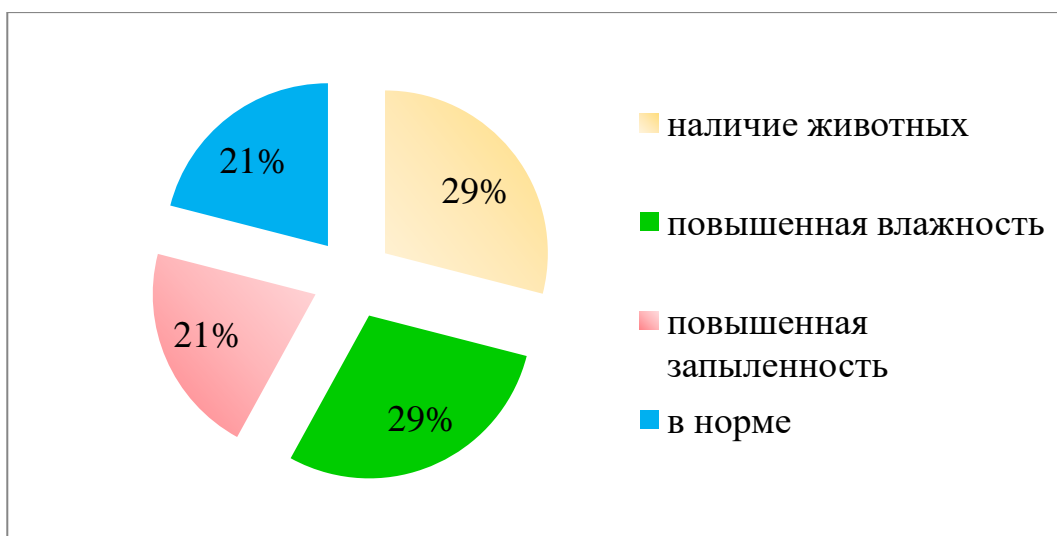


Рис. 8. Распределение по жилищно-бытовым условиям

Из всех опрошенных нами больных один контингент больных, составляющий приблизительно 39% болеет бронхиальной астмой более 10 лет, другой контингент – от 6 до 10 лет, составляя так же 39%, а стаж заболевания до 5 лет лишь у 22% (Рис. 9).

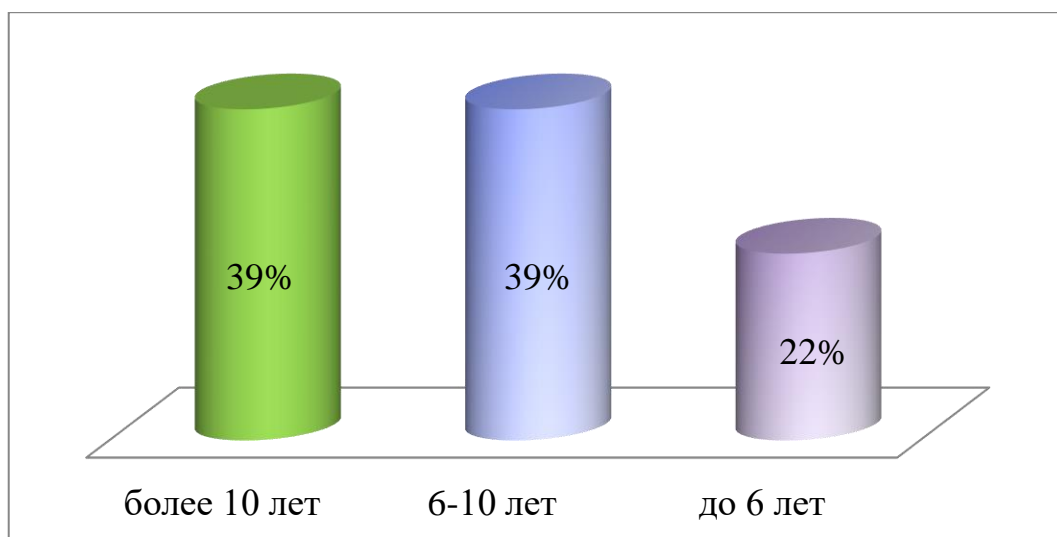


Рис. 9. Распределение анкетированных по стажу заболевания

25 человек (74%) из участвующих в проведении нашего анкетирования сообщили, что они состоят на диспансерном учете по данному заболеванию. У остальных 26% данное заболевание амбулаторно не зарегистрировано (Рис. 10).

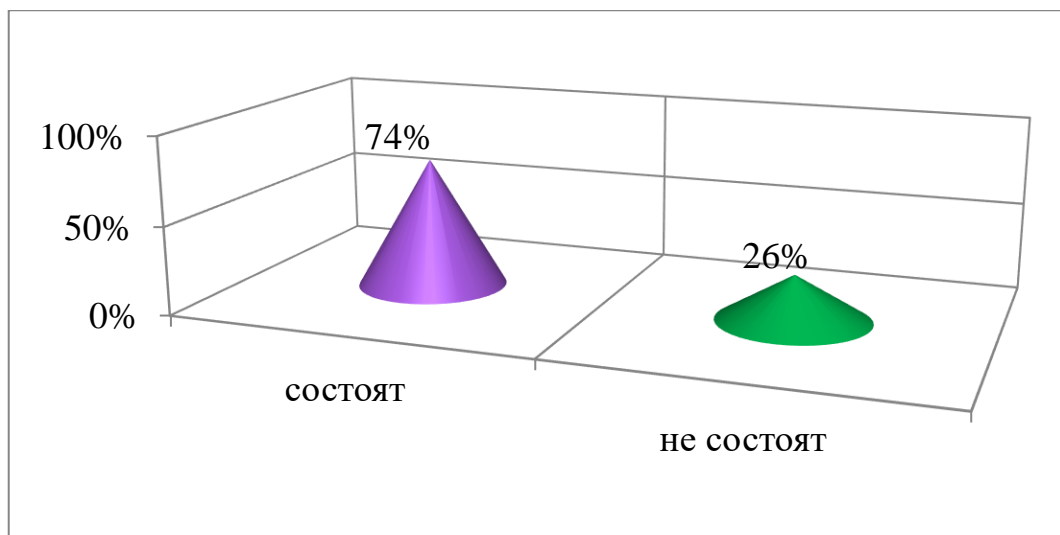


Рис. 10. Распределение по участию в диспансерных осмотрах

Большинство опрошенных отметили, что наиболее часто приступы обостряются в осенне-весенний период. Таким образом, количество обострений у большинства (76%) 1-2 раза в год – весной и осенью. Более 2 раз в год приступы БА случаются у 24%, т.е. 8 человек из опрошенных (Рис. 11).

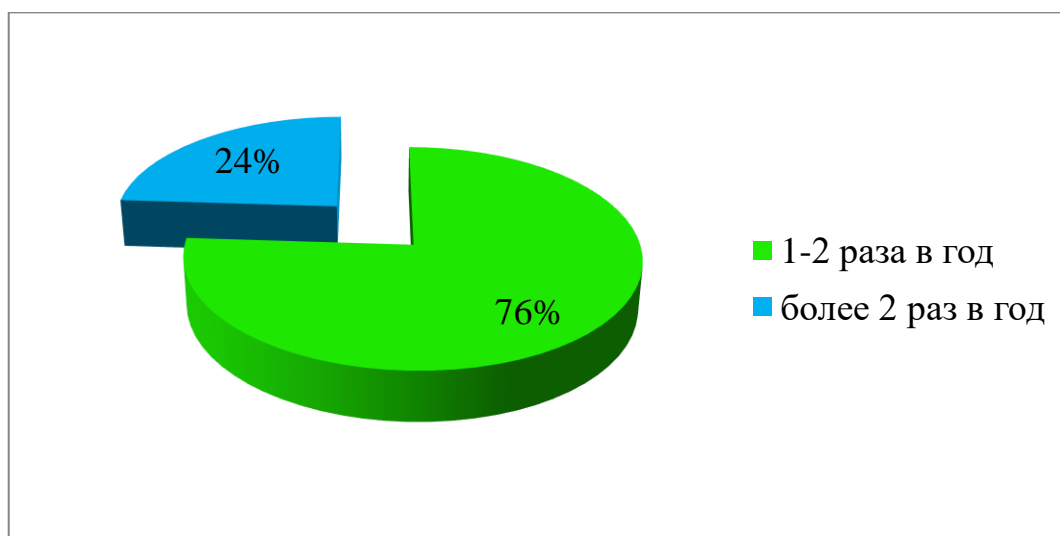


Рис. 11. Распределение по частоте обострений

По данным опроса наиболее часто провоцирует появление приступа бронхиальной астмы наличие аллергенов (89%), начиная от пыли и заканчивая проживанием в квартире домашних животных. На втором месте приступ чаще возникает на фоне переохлаждения (49%) и возникновения ОРВИ (39%), в то



время как на физические и эмоциональные нагрузки можно отнести лишь малую долю процентности (26% и 19%) (Рис. 12).

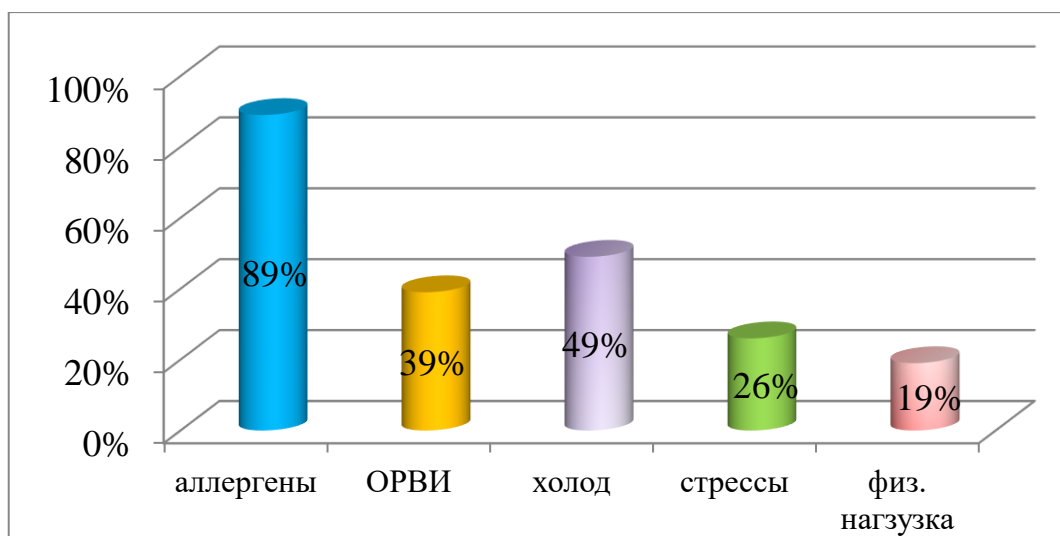


Рис. 12. Распределение по наличию аллергии

Из 34 опрошенных, аллергия (на домашнюю пыль, шерсть домашних животных, пыльцу растений, пищевая аллергия, на различные лекарственные средства или что-либо другое) в анамнезе отмечается у 28 человек, что составляет 82% общего числа больных (Рис. 13). Таким образом, следует отнести данный фактор в группу высокого риска возникновения очередного приступа БА.

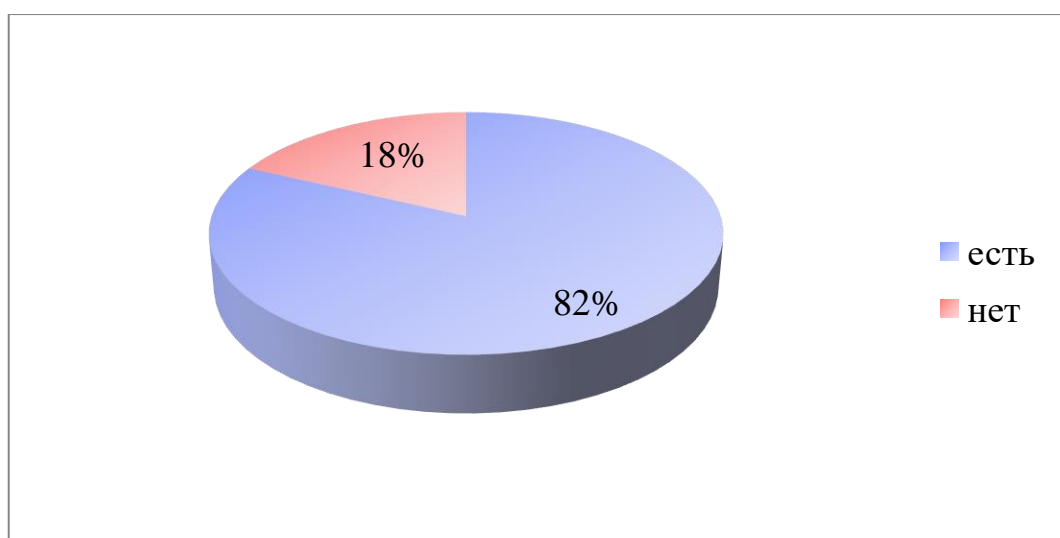


Рис. 13. Распределение по наличию в анамнезе аллергии

Наследственная отягощенность наблюдается в редких случаях. Так у 91% опрошенных в генеалогическом древе не отмечается наличия данного заболевания. Лишь у 9% наследственность отягощена по данному признаку (Рис. 14).

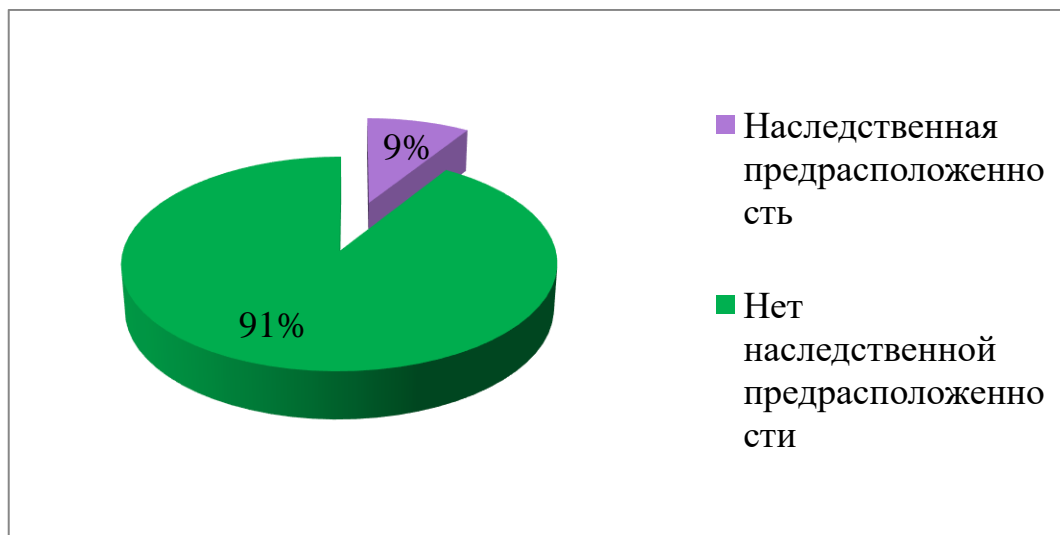


Рис. 14. Распределение по отягощенности наследственности

Подводя итоги проведенного социологического исследования можно сделать выводы:

1) на основе проведенного нами исследования были систематизированы группы высокого риска развития бронхиальной астмы, в которые входят лица мужского пола, в возрасте 40-60 лет, с избыточной массой тела, с наличием профессиональных вредностей в профессии, с некомфортабельными условиями жилья, с присутствием в анамнезе аллергии;

2) выделены главные направления в профессиональной деятельности медицинской сестры и основное содержание работы по профилактике бронхиальной астмы, включающее в себя: ведение здорового образа жизни, соблюдение элиминационного режима, мероприятия по предупреждению возникновения хронической дыхательной инфекции, трудоустройство без профессиональных вредностей, улучшение жилищных условий, правильное ведение личной гигиены;

3) были сформированы рекомендации

## РЕКОМЕНДАЦИИ

Мероприятия по предупреждению обострений бронхиальной астмы:

- регулярные прогулки на свежем воздухе(2-4 часа в день);
- исключение контактов с аллергенами (запрет на проживание с домашними животными, отказ от активного и пассивного курения, исключение резких запахов парфюмерных изделий);
  - потребление в пищу гипоаллергенной продукции, частое дробное питье;
  - посещение занятий ЛФК (рекомендуется дозированная физическая нагрузка, не провоцирующая возникновение приступов заболевания);
  - режим чередования работы и отдыха;
  - физическая и психоэмоциональная разгрузка;
  - рекомендуется трудоустройство с исключением профессиональных вредностей;
- при неблагоприятных жилых условиях (старый сырой дом, первый этаж) рекомендуется смена места жительства;
- проведение влажной уборки ежедневно;
- во время проведения уборки пациенту с БА следует находиться в другом помещении или, что предпочтительнее, на улице;
- регулярное проветривание помещения не менее 2 раз в день;
- рекомендуется стирка постельного белья не реже 1 раза в неделю при температуре 60 градусов с обязательным использованием хозяйственного мыла;
- использование гипоаллергенных подушек и одеял;
- использование мебели, которую можно вытирать (деревянная, пластиковая, виниловая, кожаная);
- в период цветения растений, которые вызывают аллергию, следует временно сменить регион пребывания (Медицинский интернет – журнал

Medikoterapia.ru 2014-2016, тематический раздел «Болезни бронхов», статья: Рекомендации и мероприятия по профилактике бронхиальной астмы).

Особенности рациональной диетотерапии при бронхиальной астме:

1. Можно употреблять:
  - нежирные сорта мяса (кролик, молодое телятенок и т.д.);
  - любые виды овощей и фруктов( в исключительных случаях следует отменить цитрусовые);
  - злаки: гречка, перловка, овсянка, рис;
  - масла: растительные и сливочные;
  - кисломолочные продукты;
  - обильное питье (отвар шиповника, чай, минеральная вода, компот, кисель).
2. Следует исключить:
  - рыба, морепродукты, рыбная икра;
  - цитрусовые, дыни, персики;
  - малина, клубника;
  - мясо утки и гуся;
  - бобовые;
  - дрожжи;
  - томаты;
  - орехи;
  - яйца;
  - шоколад;
  - мед.
3. Следует ограничить до 1-2 раз в неделю:
  - жирные сорта мяса (говядины, свинины, куриного мяса);
  - творог, молоко, сметана;
  - манная крупа, пшеничный хлеб.

4. Следует готовить в домашних условиях т.к. полуфабрикаты содержат усилители вкуса, консерванты и прочие элементы, которые могут спровоцировать нежелательную реакцию.

5. Питание должно быть полноценным и сбалансированным: суточный прием белков – 70 грамм, углеводов – 250-300 грамм, жиров 50-70 грамм.

6. Следует вести дневник питания с учетом калорий.

Примерный комплекс упражнений ЛФК:

Исходное положение (и.п.) стоя, ноги на ширине плеч.

1. Руки опущены. Поднять руки, потянуться – вдох, вернуться в и.п. – выдох. Повторить 3-4 раза.

2. То же, руками повторить движения с палками при ходьбе на лыжах. Дыхание произвольное. Повторить 7-8 раз.

3. Руки на поясе. Отвести прямую руку в сторону, вверх – вдох, поставить на пояс – выдох. Повторить каждой рукой 3-4 раза.

4. То же. Присесть, руки вытянуть вперед до уровня плеч – выдох, вернуться в и.п. – вдох. Повторить 4-5 раз.

5. Руки вытянуты вперед, разведены чуть шире плеч. Махом прямой правой ноги достать пальцы левой руки, затем левой ногой достать пальцы правой руки. Дыхание произвольное. Повторить каждой ногой по 2-3 раза.

6. Руки на поясе. Наклонить туловище влево, поднять правую руку – выдох, вернуться в и.п. – вдох. Повторить в каждую сторону по 2-3 раза.

7. Взять гимнастическую палку.

8. Стоя. Руки с палкой подняты над головой. Наклониться вправо – выдох, вернуться в и.п. – вдох. Повторить по 2-3 раза в каждую сторону.

9. Стоя, руки с палкой – перед грудью, согнуты в локтях. Быстро повернуться вправо, затем влево. Дыхание произвольное. Повторить по 3-4 раза в каждую сторону.

10. Стоя, руки с палкой внизу за спиной. Согнуть руки в локтях, достать палкой лопатки – вдох, вернуться в и.п. – выдох. Повторить 4-5 раз.

11. Стоя, опираясь на палку, туловище слегка наклонить вперед. Диафрагмальное дыхание: выпятить живот – вдох, втянуть – выдох. Повторить 5-6 раз.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За последние годы в России, отмечается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой и ее более тяжелому течению.

Проведен анализ научно- теоретических источников по данной теме.

Выявлено, что БА имеет большую распространенность, а в последние годы положение еще более усугубилось, увеличилась частота заболеваний астмой и тяжесть ее протекания. В настоящее время астму можно хорошо контролировать. Это достигается благодаря использованию комплексной программы, которая включает: обучение пациента; выявление факторов риска и прекращение контакта с ними; оценку состояния, лечение и мониторинг БА; лечение обострений БА.

В результате исследования была определена профессиональная роль медицинской сестры в организации помощи пациентам с бронхиальной астмой.

Медицинская сестра должна контролировать выполнение назначенного лечения пациентами, вести разъяснительную работу, убеждая пациентов проходить необходимые курсы лечения. Проводить беседы с пациентами и родственниками о его заболевании, о соблюдении диеты, элиминационных мероприятиях, обучать методам самоконтроля, контролировать посещение диспансеризации и посещение врача.

Профессиональная деятельность медицинской сестры заключается в своевременном выявлении проблем пациента, и правильной организации ухода. Так же в обязанности медицинской сестры входит подготовка пациента к дополнительным методам исследования, забор биологического материала для лабораторных исследований, оказания доврачебной неотложной помощи.

Медицинская сестра должна информировать пациентов и их родственников путем проведения индивидуальных бесед, разъяснительных работ и с помощью распространения буклетов.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева И.П. Методы самоконтроля при бронхиальной астме- 2014.  
– Режим доступа: <http://www.lung-all.ru/methods-of-self-control>
2. Болевич, С.Б. Бронхиальная астма и свободнорадикальные процессы (патогенетические, клинические и терапевтические аспекты) / М.: Медицина, 2014. - 256 с.
3. Бронхиальная астма // Википедия. URL: <https://ru.wikipedia.org>.
4. Булатов, П. К. Бронхиальная астма / П.К. Булатов. - М.: Медицина, 2015. – 326 с.
5. Внутренние болезни : учебник / Н .И . Федюкович. — Изд. 7-е. — Ростов н/Д : Феникс, 2016,— 168 с.
6. Галимова, Е.С. К вопросу изучения качества жизни у больных бронхиальной астмой. [Электронный ресурс] -- Электрон. дан. // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. -- 2015. -- № 1. -- С. 12-18. Режим доступа: <http://e.lanbook.com/journal/issue/290516>.
7. Геппе Н.А., Ревякина В.А., Астафьева Н.Г. Бронхиальная астма у детей. Диалог с родителями. М.: Медиа Сфера, 2014. – 70 с.
8. Ефремова О.А. Факультетская терапия: Учебно-методический комплекс: Электронный ресурс / О.А. Ефремова, О.А. Болховитина. - Белгород, 2015.
9. Звягинцева, С.Г. Бронхиальная астма у детей / М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2015. - 208 с.
10. Интеграмедсервис, Центр респираторной медицины, статья «Астма» от 27 сентября 2015 года.
11. Иосиф Хусенский Лечение бронхиальной астмы у детей, 2011. – 22 с.
12. Коган, Б.Б. Бронхиальная астма / Государственное издательство медицинской литературы, 2019. – 95-96 с.



13. Смолева Э. В. С51 Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи / Э. В. Смолева, Е. Л. Аподиакос. — Изд. 10-е, доп.— Ростов н/Д : Феникс, 2015. — 52 с.

14. Сухова Е. В. Что нужно знать фельдшеру о бронхиальной астме [Текст] / Е. В. Сухова// Справочник фельдшера и акушерки. - 2014. - № 6. - С. 18-29.

15. Фадеев, П.А.Бронхиальная астма /. - М.: Мир и Образование,2019. - 361с.

16. Федосеев, Г. Б. Бронхиальная астма / Г.Б. Федосеев, Г.П. Хлопотова. - М.: Медицина, 2015. – 276-278 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Анкета**

1. Укажите ваш пол:  
-жен –муж
2. Сколько вам лет: \_\_\_\_\_
3. Состоите ли вы на диспансерном учете?  
-да –нет
4. Знаете ли вы о негативном влиянии курения на бронхиальную астму?  
-да –нет
5. Боритесь ли вы с клещами домашней пыли?  
-да –нет
6. Знаете ли вы, что аллергическая реакция может проявиться на пыльцу цветущих деревьев, трав или сорняков, разносимую ветром?  
-да –нет
7. Как часто вы посещаете пульмонолога?  
-1 раз в полгода  
-1 раз в год  
-1 раз в 2 года  
-другое \_\_\_\_\_
8. Как часто вы проходите диспансеризацию?  
-2 раза в год  
-4 раза в год  
-другое \_\_\_\_\_
9. Источники получения информации по бронхиальной астме?  
-беседа с врачом  
-беседа с медицинской сестрой  
-памятки  
-интернет  
-школа для пациентов  
-другое \_\_\_\_\_

10. Нуждаетесь ли вы в дополнительной информации о заболевании?

-да –нет