

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Терапевтических дисциплин**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ  
ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 31.02.01 Лечебное дело  
4 курса группы 03051520  
Михайловой Марины Петровны**

Научный руководитель:  
преподаватель Зверева О.Н

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

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ<br/>ФЕЛЬДШЕРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ<br/>ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ .....</b> | <b>6</b>  |
| 1.1. Общие сведения хронического обструктивного бронхита.....  | 6         |
| 1.2. Организация мероприятий по диагностическим методам<br>обследования и видам лечения .....                                    | 16        |
| 1.3. Организация мероприятий по методам профилактики хронического<br>обструктивного бронхита у населения. ....                   | 23        |
| <b>ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ<br/>ПРОФИЛАКТИКЕ ОБСТРУКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА</b>                          | <b>26</b> |
| 2.1. Статистические данные заболеваемости при обструктивном<br>хроническом бронхите.....   | 26        |
| 2.2 Анализ и оценка результатов исследования больных с хроническим<br>обструктивным бронхитом .....                              | 27        |
| <b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>  | <b>34</b> |
| <b>РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>   | <b>37</b> |
| <b>ПРИЛОЖЕНИЕ.....</b>   | <b>40</b> |

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность** данного исследования обусловлена тем обстоятельством, что в современной медицине в настоящее время присутствует тенденция изучения роли фельдшера в активной помощи больным.

Востребованность изучения проблемы профессиональной деятельности фельдшера в профилактике обострения и прогрессирования хронического обструктивного бронхита заключается в том, что с этой болезнью приходится работать каждому медработнику.

Хронический обструктивный бронхит – это коварное заболевание. С виду кажется, что болезнь не имеет серьезных прогнозов, однако со временем может привести к инвалидизации или даже летальности. Согласно прогнозам, в случае, если не будут установлены мероприятия против факторов риска (в первую очередь, табачного дыма), общий показатель смертности хронического обструктивного бронхита в ближайшие 10 лет увеличится более чем в 30% и данная болезнь займет третье место среди причин смерти в мире. Хронический обструктивный бронхит в России занимает первое место (55%) в структуре болезней органов дыхания, значительно опережая бронхиальную астму (19%) и пневмонию (14%). По официальным данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2016 г. в стране зарегистрировано 2,4 млн. больных с хроническим обструктивным бронхитом. Учитывая последние данные эпидемиологических исследований, число больных в России может превышать 11 млн. человек.

В связи с этим, огромное значение имеют вопросы о роли фельдшера в профилактике хронического обструктивного бронхита.

**Целью** данного исследования является изучение теоретических и практических вопросов, связанных с действием фельдшера во время профилактики хронического обструктивного бронхита.

**Задачи исследования:**

1. Рассмотреть, что такое хронический обструктивный бронхит, как медико-социальная проблема, а так же место хронического обструктивного бронхита в структуре заболеваемости, смертности, и инвалидности;
2. Изучить методы обследования, виды лечения и профилактику хронического обструктивного бронхита;
3. Провести статистические данные заболеваемости при хроническом обструктивном бронхите;
4. Обработка и анализ результатов анкетирования.

**Объект исследования:** пациенты с хроническим обструктивным бронхитом на базе ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода».

**Предмет исследования:** деятельность фельдшера при оказании помощи пациенту и профилактике с хроническим обструктивным бронхитом.

**Методы исследования:**

- логические (анализ, синтез и обобщение);
- специфический метод (сравнительный, аналитический);
- социологический метод.

**Экспериментальная база исследования:** пульмонологическое отделение ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

**Практическая значимость работы:** полученные данные могут быть использованы для составления плана организации рабочего процесса и создания памятки пациентам, содержащей принципы труда, предупреждающие риск развития хронического обструктивного бронхита и снижающие воздействие вредных производственных факторов на хронический обструктивный бронхит.

**Структура работы:** работа изложена на 41 страницах печатного текста и включает в себя введение, главу с теоретическими аспектами, главу о проведенном исследовании, заключение, список использованной литературы и приложение.

Введение мы использовали для определения цели, задач, объекта и предмета исследования, формулирования актуальности исследования по выбранной нами теме.

В первой главе нами были рассмотрены теоретические аспекты хронического обструктивного бронхита, а так же изложены производственные факторы, которые влияют на её развитие.

Во второй главе представлено собственное исследование и его результаты.

В заключении мы представили на основе анализа теоретической части и результатов собственного исследования, а так же возможные перспективы использования данной работы.

**Время исследования:** 2018-2019 г.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ**

## **1.1. Общие сведения хронического обструктивного бронхита**

Хронический обструктивный бронхит - это болезнь легких, связанная с обструкцией. При применении к бронхам говорят - бронхиальная обструкция. Название происходит от латинского «obstructio», что в переводе означает «препятствие». В медицине существуют синонимы к переводу - закупорка или непроходимость.

В ходе развития обструктивного бронхита при нарушении проходимости бронхиального дерева возникает дыхательная недостаточность. Характерно то, что вместе с воспалением происходит повреждение слизистой бронхов. Отекают ткани, сужая просвет бронхов почти в два раза, спазмируют стенки бронхов. Все эти проявления значительно осложняют вентиляцию легких и отхождение мокроты [17, с. 1].

Обструкция - это уменьшение или исчезновение просвета бронхов, вследствие которого затрудняется процесс дыхания. При перекрытии просвета бронхиального дерева пациенту сложно сделать выдох, потому одно из проявлений хронического обструктивного воспаления бронхов – экспираторная одышка.

Обструктивные бронхиты принято делить на острые и хронические. Об остром процессе говорят тогда, когда симптомы заболевания длятся не более трех недель и рецидивируют трижды в год. Эта патология чаще встречается у детей и реже у взрослых. Переход заболевания в хроническую форму говорит о необратимости процесса [16].

Хронический обструктивный бронхит - это длительно текущее (с периодами ремиссий и обострениями) воспаление бронхов различного калибра

без вовлечения в патологический процесс собственной ткани легких, сопровождающееся нарушением бронхиальной проходимости.

Рассмотрим признаки хронического обструктивного хронического бронхита (Таблица 1).

Таблица 1

Основные проявления хронического обструктивного бронхита

| Признаки хронического обструктивного бронхита | Характеристика процесса   |
|---|---|
| Одышка (более 3 месяцев)                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Прогрессирующая (увеличивается во времени);</li> <li>– Увеличивается при выполнении физической нагрузки;</li> <li>– Постоянная.</li> </ul>   |
| Хронический кашель (более 3 месяцев)          | Чаще периодический и малопродуктивный.  |
| История воздействия факторов риска            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Табачный дым (включая специфические местные формы);</li> <li>– Дым от домашней кухни и отопительных приборов;</li> <li>– Бытовые поллютанты (пыль) и химические агенты.</li> </ul> |
| Фамильная история                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Пассивное курение;</li> <li>– Дефицит <math>\alpha</math>1-антитрипсина;</li> <li>– Семейный анамнез хронических респираторных заболеваний.</li> </ul>                             |

Хронический обструктивный бронхит - абсолютный лидер, который является самым распространенным заболеванием органов дыхания. Часто обостряясь, он может привести к развитию легочной недостаточности и потере трудоспособности.

Европейское респираторное сообщество установило, что в 90 % случаев появление обструктивного бронхита связано с курением. Дело в том, что сигаретный дым вызывает ожог слизистой дыхательных путей. Наносит безусловный вред на раздраженные оболочки содержащиеся в табаке смолы и формальдегиды, которые провоцируют их разрушение. Заболевание может возникнуть как при активном, так и при пассивном курении [20, с. 1].

Важную роль в развитии бронхита играет вдыхание и других вредных веществ, которые влияют в атмосфере: промышленных выбросов, выхлопных газов. Вот почему в числе жертв хронического недуга часто оказываются жители крупных городов и работники химических производств.

К более редким причинам болезни относится тяжелая врожденная недостаточность  $\alpha_1$ -антитрипсина - фермента, который вырабатывается клетками печени. Одной из функций этого соединения является защита легочных тканей от действия агрессивных факторов.

Помимо этого способствовать развитию недуга могут [20]:

- частые простудные заболевания,
- частое употребление алкоголя, пожилой возраст,
- нарушения носового дыхания. низкий иммунитет,
- воспалительные болезни носоглотки,
- потомственная склонность к бронхитам,
- расстройства нервной системы.

Обостряется хронический бронхит при инфицировании ослабленных слизистых вирусами, пневмококками или микоплазмами.

Усугубляется хронический бронхит при инфицировании ослабленных слизистых вирусами, пневмококками или микоплазмами.

## Причина развития хронического обструктивного бронхита

| Вероятность значения | Факторы   |
|----------------------|---|
| Установленная        | Курение.<br>Профессиональные вредности (кадмий, кремний).   |
| Высокая              | Загрязнение окружающего воздуха (особенно SO <sub>2</sub> , NO, O <sub>3</sub> ).<br>Другие профессиональные вредности. Бедность, низкое социально-экономическое положение.<br>Пассивное курение в детском возрасте |
| Возможная            | Аденовирусная инфекция.<br>Дефицит витамина С.  |

Главный признак хронического бронхита - покашливание. Сначала он тревожит пациентов только лишь в этапы обострений, что бывают в прохладное время года. В период приступов отделяется незначительное количество мокроты. На фоне заболевания может несущественно увеличиваться температура (вплоть до 37,5-37,8 градусов) [20].

Со временем пациенты начинают жаловаться на ежедневный надсадный утренний кашель. У некоторых приступы повторяются и в дневное время. Их провокаторами становятся раздражающие запахи, холодное питье, морозный воздух. Иногда бронхоспазмы сопровождаются кровохарканьем. Кровь появляется из-за разрыва капилляров при сильных натуживаниях.

Вторым симптомом хронического обструктивного бронхита является одышка. На ранних стадиях она ощущается только во время физических

нагрузок. По мере прогрессирования недуга одышка приобретает постоянный характер.

На поздних этапах заболевание во многом напоминает астму. Пациенты с трудом делают вдох. Выдыхают с хрипами и свистом. Продолжительность выдоха у них увеличивается.

Из-за дыхательной недостаточности все ткани и органы начинают страдать от дефицита кислорода. Это состояние проявляется:

- побледнением или посинением кожи,
- болями в мышцах и суставах,
- повышенной утомляемостью,
- сильным потоотделением,
- понижением температуры тела.

Изменяется тип ногтей — они делаются кругловатыми и выпуклыми равно как часовые стеклышки. Пальцы обретают фигуру барабанных палочек. На фоне одышки у больных набухают шейные вены. Все эти внешние особенности могут помочь доктору отличить хронический обструктивный бронхит с других схожих состояний ( туберкулеза, астмы, рака легкого).

Известность, заболеваемость и показатель смертности от хронического обструктивного бронхита разнятся с государства к государству, а кроме того в собственную очередность между несхожими группами изнутри государства, но в абсолютном составе данные свойства напрямую зависят от распространенности использования сигарет; хотя в множественных государствах главным условием риска хронического обструктивного бронхита в собственную очередность возникает засорение атмосферы, инициированное сжиганием древесины и разных биоорганических типов горючего.

По этой причине исследование факторов риска хронического обструктивного бронхита и путей уменьшения их воздействия, клеточных и молекулярных механизмов, происхождение хронического обструктивного бронхита остается ключевой областью научных исследований, адресованных на

создание большого эффективных способов лечения, которые затормозят или прекратят прогрессирование болезни.

Таблица 3

Классификация хронического обструктивного бронхита по степени тяжести

| Степень тяжести заболевания | Основные клинические проявления   | Многофункциональные характеристики/<br>ОФВ от должных величин |
|-----------------------------|---|---|
| Лёгкая                      | Непостоянный кашель;<br>Одышка при усиленной физической нагрузке или отсутствует.                                   | $\geq 70$   |
| Средняя                     | Постоянный кашель, выражен намного сильнее по утрам;<br>Мокрота;<br>Одышка при физической нагрузке;<br>Сухие хрипы. | 50-69   |
| Тяжёлая                     | Постоянный кашель;<br>Одышка в покое;<br>Признаки правожелудочковой недостаточности;<br>Признаки эмфиземы легких.   | $< 50$  |

По прогнозам, популярность хронического обструктивного бронхита и вред от нее в ближайшие годы будут расти, что определено возобновляющимся

воздействием факторов риска хронического обструктивного бронхита и переменами возрастной структуры населения мира.

Имеющиеся материалы о увеличении хронического обструктивного бронхита представляют в значительной степени расхождения, что вызвано различиями в методах изучения, диагностических критериях и подходах к оценке данных. Могут быть использованные такие методы исследования, как [14]:

- Самостоятельное письмо больном о существовании у него поставленного врачом диагноза хронического обструктивного бронхита или эквивалентного состояния;
- Измерение внешнего дыхания с помощью спирометра с бронхолитиком или без участия него;
- Список для выявления респираторных выявлений.

Низкие оценки распространенности иногда бывают взяты из анкетирования больных о имеющихся у них поставленного врачом данного диагноза хронический обструктивный бронхит или эквивалентного состояния.

Подобным способом, в многочисленных государствах отмечено, то что меньше 6% жителей слышали от своего лечащего врача, то что страдают данным заболеванием. Это, возможно, обуславливается вездесущим непониманием и гиподиагностикой болезни, а кроме того, больные с стадией I (легкий хронический обструктивный бронхит) имеют все шансы в целом не иметь симптомов, либо обладают подобные симптомы (к примеру, постоянное покашливание и отделение мокроты), которые никак не расцениваются больными либо их докторами как отклонения с нормы, вероятно указывающие в раннюю стадию болезни.

Впрочем данные оценки могут иметь определенную ценность, поскольку они могут лучше отражать ущерб, от клинически выраженного заболевания, тяжесть которого связана с лечением, и поэтому весьма вероятно, что это приведет к значительным прямым и косвенным затратам.

В отличие от этого, эпидемиологические исследования с использованием стандартизированных методов (включая спирометрию) во многих странах показали, что четверть людей в возрасте 40 лет и старше могут ограничивать поток воздуха в фазе I (легкое заболевание или более тяжелый хронический обструктивный бронхит).

Из-за большого разрыва между распространенностью, определяемой клинически значимыми проявлениями заболевания, продолжается дискуссия о том, какой из этих двух методов лучше использовать для оценки ущерба от хронического обструктивного бронхита.

Ранняя диагностика и вмешательство могут помочь выявить множество пациентов, которые эволюционируют к клинически выраженной стадии заболевания, однако в настоящее время имеется недостаточно данных для того, чтобы рекомендовать проведение амбулаторного спирометрического скрининга для диагностики хронического обструктивного бронхита.

Преждевременная диагностика и вмешательство имеют все шансы поспособствовать обнаружить большое количество больных, которые эволюционируют к клинически выраженной стадии заболевания, однако в настоящее время имеется недостаточно данных для того, чтобы советовать проведение амбулаторного спирометрического скрининга для диагностики хронического обструктивного бронхита.

Использование разных диагностических критериев также дает весьма различающиеся оценки распространенности, и в настоящее время нет единого мнения о том, какие критерии лучше всего соответствуют разным условиям (например, для эпидемиологическим исследований или клинической диагностики), и о достоинствах или недостатках разных критериев. Известно, что определение необратимого ограничения скорости воздушного потока по величине постобронходилатационного отношения ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ, меньшей чем 0,70 сопряжено со значительным риском ошибок, а именно гиподиагностики у молодых взрослых и гипердиагностики (т.е. ложноположительных результатов) у лиц в возрасте старше 50 лет. Это привело к появлению

рекомендации о предпочтительности использования для выявления необратимого ограничения скорости воздушного потока нижней границы нормы (НГН) постбронходилатационного отношения ОФВ1/ФЖЕЛ, а не фиксированного значения отношения, однако для оценки надежности такого критерия необходимо проведение дополнительных продольных популяционных исследований.

Внедрение различных исследовательских критериев также приведет к весьма различным оценкам распространенности, и в реальное время нет консенсуса относительно того, какие критерии подходят для различных условий (например, для эпидемиологических исследований или клинической диагностики), а также относительно преимуществ и недостатков различных критериев. Известно, что определение необратимого ограничения скорости воздушного потока после наибольшего постобронходилатационного отношения. ОФВ1/ ФЖЕЛ соотношения менее 0,70 связано со значительным риском ошибок, а именно гиподиагностики (т. е. ложноотрицательных результатов) у молодых людей и гипердиагностики (т. е. ложноположительных результатов) у лиц в возрасте 50 лет. Это привело к рекомендации для преимущественного использования к необратимому ограничению расхода воздуха до нижнего предела стандартной (НГН) скорости постбронходилатационной зависимости ОФВ1 / ФЖЕЛ и не фиксированному значению этой зависимости признать, а достоверность такого критерия, необходимо проведение дополнительных продольных популяционных исследований.

На вариабельность характеристики распространенности хронического обструктивного бронхита также имеют все шансы воздействовать почти на все иные моменты, в том числе способы отбора больных, частота получения ответов, контроль спирометрии, а еще то, велась ли спирометрия до или же впоследствии ингаляции бронхолитика. Не являющиеся популяционными выборки и низкая частота ответов на вопросники могут привести к систематической ошибке при оценке распространенности,

при этом непросто квалифицировать, проводилась ли оплошность к завышению или же занижению показателя. Неадекватное опорожнение легких при спирометрическом маневре очень все распространено и приводит к завышению величины дела ОФВ1/ФЖЕЛ и, значит, к недооценке распространенности хронического обструктивного бронхита.

Несмотря на перечисленные проблемы, некоторые данные позволяют сделать выводы о распространенности хронического обструктивного бронхита. Систематический анализ и метаанализ исследований, проведенных в 28 странах 2000 по 2016 г., и данные дополнительного исследования в Японии показали, что распространенность хронического обструктивного бронхита (стадия I (легкая) и выше) у курильщиков и бывших курильщиков значительно больше, чем у не курящих, у лиц старше 40 лет значительно больше, чем у женщин.

Не обращая внимания на перечисленные трудности, кое-какие данные дают возможность устроить выводы о распространенности приобретенного обструктивного бронхита. Регулярный тест имеет анализ исследований, сделанных в 28 государствах 2000 по 2016г., и данные вспомогательного изучения в Японии зарекомендовали, собственно что распространенность хронического обструктивного бронхита (стадия I (легкая) и выше) у курильщиков и прежних курильщиков важно более, чем у не курящих, у лиц старше 40 лет намного более, нежели у представительниц слабого пола.

Изучения, проведенное в 12 государствах Азиатско – Тихоокеанского региона и основывавшееся на модели оценки распространенности хронического обструктивного бронхита, выявило, то что средняя по региону распространенность среднетяжелой и тяжелой хронической обструктивной болезни у лиц возрасте 30 лет и старше составляет 6,3%. Выявлены существенные (до 2 раза) различия в распространенности хронического обструктивного бронхита в 12 странах; минимальная распространенность хронического обструктивного бронхита (3,5%) отмечена в Гонконге и Сингапуре, максимальная (6,7%) - во Вьетнаме.

## **1.2. Организация мероприятий по диагностическим методам обследования и видам лечения**

Воспалительный процесс способен вызвать развитие различных осложнений, именно поэтому ранняя диагностика хронического обструктивного бронхита важна. Чем эффективнее и быстрее поставлен диагноз, тем результат от лечения будет лучше. Хронический обструктивный бронхит диагностировать ни так уж и сложно, жалобы больного всем уже известны. Диагноз ставится в момент осмотра пациента, проведения инструментальных методов исследования и лабораторных.

Ранняя диагностика позволяет замедлить развитие заболевания и избежать осложнений. Во время осмотра фельдшер спросит о симптомах, их продолжительности, а также о том, курите ли вы или курили в прошлом. Затем он осмотрит и прослушает грудную клетку и сердце с помощью стетоскопа [4].

Для диагностики хронического обструктивного бронхита обязательно назначаются лабораторные и инструментальные исследования, которые помогают уточнить степень повреждения легких и сопутствующие заболевания. Основные из этих исследований описаны ниже.

Результаты спирометрии позволяют проверить возможности легких. Данная процедура должна быть сделана во время нахождения больного в стационаре или после выписки через 4-6 недель.

Помимо спирометрии, существуют другие методы диагностики. Зачастую они помогают исключить заболевания, имеющие схожие с хроническим обструктивным бронхитом лёгких симптомы.

Чтобы исключить схожие симптомы с другими заболеваниями, которые иногда сопутствуют хроническому обструктивному бронхиту проводят рентгенография грудной клетки, а в последнее время всё чаще стало использоваться СКТ.

Общий анализ крови помогает выявить анемию, которая тоже может быть причиной слабости и одышки.

Для оценки состояния сердца проводится электрокардиограмма (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ). Узи сердца позволяет увидеть гипертрофию правого желудочка на ранних стадиях, а своевременная профилактика улучшит качество жизни пациента.

Установить пиковую (предельную) скорость выдоха дает возможность пикфлоуметрия. Данное исследование применяется не только лишь с целью доказательства диагноза хронического обструктивного бронхита, однако и с целью контролирования эффективности лечения. Пикфлоуметрию с помощью маленького передвижного устройства понадобится осуществлять многократно, в течение нескольких дней. С целью исследования необходимо предельно стремительно выдохнуть в специально предназначенную трубочку устройства(мундштук).

Для оценки тяжести обострения хронического обструктивного бронхита обязательно нужно проводить исследование газов крови. Обычно это пульсоксиметрия, которая предназначена для определения уровня (концентрации) кислорода в крови, как точно лёгкие справляются со своей задачей. Если вдруг низкий уровень кислорода, тогда может потребоваться дополнительный его источник. Диагностику проводят при помощи пульсоксиметра – это небольшой прибор, который похож на прищепку, крепится он на палец, ноздрю, мочку уха, а бывают модели, которые крепятся на любую часть тела.

Анализ крови на дефицит альфа-1-антитрипсина может понадобиться только в том случае, если хронический обструктивный бронхит есть у ваших родственников и появился у вас в возрасте до 35 лет, вы никогда не курили, и других факторов риска не обнаруживается.

Анализ на взятие мокроты определяет наличие инфекции, если она присутствует, а также признаки воспаления бронхов.

Для такого заболевания, как хронический обструктивный бронхит, лечение назначается только квалифицированными специалистами в условиях стационара или амбулатории. Терапия должна быть комбинированная, т.е. медикаментозное лечение должно в обязательном порядке, дополняться физиотерапевтическим лечением, которое включает в себя ароматерапию, ингаляции, массажи, прогревания и ЛФК (лечебную гимнастику).

Для хронического обструктивного бронхита лечение может назначать только квалифицированный специалист в условия поликлиники, стационара или амбулатории. Медикаментозная терапия должны быть в обязательном порядке затем должна дополняться физиотерапевтическим лечением (ароматерапия, массажи, прогревания и лечебную гимнастику ).

Таблица 4

Ключевые аспекты дифференциальной диагностики хронического обструктивного бронхита и бронхиальной астмы.

| Особенности                                 | Хронический обструктивный бронхит         | Бронхиальная астма  |
|---|---|---|
| Возраст когда началась болезнь              | Люди старше 40 лет                        | Чаще всего детский и юный                                   |
| Вредные привычки (табакокурение в анамнезе) | Свойственно                               | Не свойственно  |
| Симптомы ( такие как кашель и одышка)       | Стабильны, прогрессируют медленным темпом | Изменчивы, возникают приступообразно, характерна сезонность |
| Вид воспаления                              | Доминируют нейтрофилы                     | Доминируют эозинофилы                                       |
| Присутствие легочного сердца                | Свойственно при тяжелом течении           | Не свойственно, но возможно                                 |
| Результативность                            |   |   |

|  |                              |            |
|--|------------------------------|------------|
| глюкокортикостероидной терапии                       | Низкая                       | Высокая    |
| Суточная амплитуда колебаний пиковой скорости выдоха | < 10%                        | >20%       |
| Бронхиальная обструкция                              | Малообратима или не обратима | Обратима   |
| Отягощенная наследственность                         | Не характерна                | Характерна |

Медикаментозное лечение [14, с. 3].

Ключевыми факторами лечения является предотвращения частых обострений хронического обструктивного бронхита, снижение симптомов заболевания, усовершенствование переносимости физической нагрузки и снижение летальности.

Основными целями лечения являются предотвращение частых обострений хронического обструктивного хронического, облегчение симптомов заболевания, улучшение переносимости физической нагрузки на организм и снижение смертности.

При тяжёлом обострении хронического обструктивного бронхита показана кислородотерапия.

Наиболее актуальными лекарственными средствами являются бронхолитические препараты - те, которые расширяют бронхи: М-холиноблокаторы (ипратропия бромид) - атровент, иправент обладают бронхолитическим действием завет блокирования м-холинорецепторов в гладкой мускулатуре бронхов. Препарат назначается взрослым в виде аэрозоля по 40 мкг (2 вдоха) 4 раз в сутки.

Короткодействующие бета 2-агонисты (сальбутамол) – сальбувент, волмас, вентолин - оказывают бронхорасширяющее действие путем стимулирования бета 2-адренорецепторов, которые находятся в стенке бронхов.

Взрослым препарат назначается ингаляционно по 2-4 мг (1-2 вдоха) до 6-ти раз в сутки;

К базисным препаратам относят бета<sub>2</sub>-агонисты длительного действия(формотерол) - атимос, форадил оказывают выраженное бронхорасширяющее действие. Назначаются взрослым по 2 вдоха 2 раза в сутки( утром и вечером).

Системные глюкокортикостероиды (гормональные препараты):

Преднизолон (медопред) – обладает противовоспалительным, противоаллергическим и противоотечным действием. Препараты назначаются взрослым в виде таблеток по 5-10 мг 1 раз в день – утром преднизолон.

Более эффективным считается дексаметазон (дексазон, дексамед), который обладает выраженным противовоспалительным и противоотечным действием. Препарат назначается взрослым в виде инъекций по 4 мл-1 мл 1-2 раза в сутки.

Комбинированные препараты, содержащие бета 2-агонисты длительного действия и глюкокортикостероиды:

Длительно действующие – это серетид (сальметерол - бета 2-агонист длительного действия и флутиказон - глюкокортикостероид) назначается взрослым по 2 вдоха 2 раза в сутки. Дозировка препарата подбирается согласно степени тяжести хронического обструктивного бронхита.

При подозрении на бактериальную инфекцию назначают антибактериальные препараты, действующие на хронические очаги инфекции в бронхах из-за скопления обильного количества мокроты, которая служит для них питательной средой. Данные препараты назначаются только в периоде обострения заболевания: цефалоспорины 2- го поколения (цефуроксим, цефамандол); цефалоспорины 3-го поколения (цефотаксим, цефтриаксон); фторхинолоны 2-го поколения ( ципрофлоксацин, офлоксацин); респираторные фторхинолоны (левофлоксацин); аминогликозиды( амикацин).

Муколитические препараты - средства, стимулирующие отхождение мокроты из бронхиального дерева:

Бромгексин (солвин, бронхостоп) обладает противокашлевым, муколитическим и отхаркивающим действием. Назначается в таблетках по 8-16 мг 3-4 раза в сутки; Амброксол (аброл, амбротард) стимулирует разжижение мокроты путем понижения вязкости, что способствует ее лучшему выведению. Назначается по 30 мг (1 таблетка) 3 раза в сутки;

Ацетилцистеин (АЦЦ) обладает противокашлевым и муколитическим действием. Назначается по 200-400 мг 2-3 раза в день или по 800 мг 1 раз в день.

Физиотерапевтическое лечение: массаж спины; прогревание сухим теплом грудной клетки; лечебная гимнастика с индивидуальным комплексом упражнений.

Такая проведенная лёгочная реабилитация обеспечивает пациенту улучшение переносимости физической нагрузки, уменьшение ощущения одышки, уменьшение количества и длительности госпитализаций, и улучшение выживаемости пациентов с хроническим обструктивным бронхитом.

Дополнительный метод лечения

Ароматерапия является действующим методом лечения хронического обструктивного бронхита, суть состоит в продолжительном вдыхании эфирных масел, подогретый на водяной бане.

Для ароматерапии применяют такие эфирные масла как:

- масло сосны;
- эвкалипта;
- можжевельника;
- сандала;
- чайного дерева;
- бергамота.

Наиболее часто встречаемые осложнения хронического обструктивного бронхита представлены в таблице 5.

Таблица 5

Развивающиеся осложнения заболевания [11]:

| Какие осложнения     | Критерии осложнения  |
|----------------------|--|
| Эмфизема легких      | Повышенная воздушность легочной ткани, при которой полностью утрачивается эластичность бронхов. При таком осложнении вдох сделать легко, а, для того, чтобы выдохнуть необходимо, приложить значительное усилие;   |
| Легочное сердце      | В условиях кислородного голодания организма, миокард(сердечная мышца) начинает интенсивней сокращаться, чтобы улучшить кровоснабжение внутренних органов и доставить необходимое количество кислорода. Со временем миокард изнашивается, камеры сердца увеличиваются, мышечный слой становится тонким, что приводит к нарушению работы сердца; |
| Легочная гипертензия | Увеличение давления в бронхах и альвеолах за счет сужения кровеносных сосудов;   |
| Рак легких           | Субфебрильная лихорадка, сильный кашель с мокротой или прожилками крови, одышка, боли в грудной клетке, похудание.   |

### 1.3. Организация мероприятий по методам профилактики хронического обструктивного бронхита у населения.

Профилактика хронического бронхита крайне важна для сохранения нормального состояния здоровья дыхательных органов. Данная патология является длительно прогрессирующим воспалительным процессом нижних путей дыхания со сбоем очистительной, защитной и секреторной функций.

Данные нарушения являются фактором, которые предшествуют к развитию обострений и осложнений, присоединения инфекций. Ссылаясь на медицинскую статистику, порядка 20% всех клинических случаев возникновения воспаления нижних дыхательных путей относятся к бронхиту хронического характера. Основная профилактика хронического обструктивного бронхита (Рис 1).

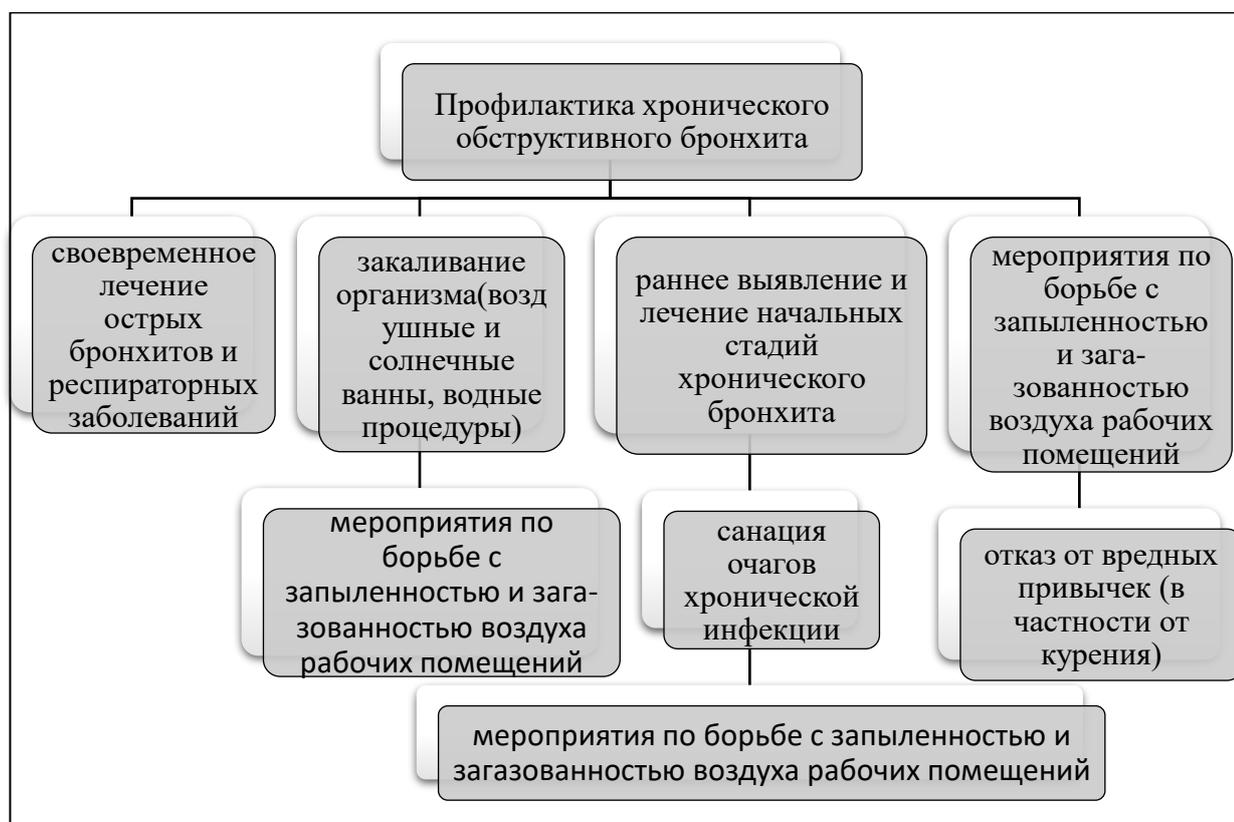


Рисунок.1. Профилактика хронического обструктивного бронхита

При планировании профилактики хронического обструктивного бронхита и выполнении мероприятий, фельдшер обращает внимание на основные факторы риска развития заболевания и своевременно направляет на обследование, при этом обязательным условием выздоровления пациентов является прекращение курения. С пациентами должна быть проведена беседа по поводу отказа от курения и необходимости вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции.

Профилактическая работа заключается также в организации и проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров у населения и по её результатам можно определить основные направления его деятельности.

Фельдшеру необходимо не забывать про вопросы информированности людей о пагубности потребления алкоголя, табака и мотивированию населения к ведению здорового образа жизни.

Таким образом, в заключении первой главы создадим следующие выводы. Понятие хронический обструктивный бронхит определяет острое воспаление бронхов крупного и среднего размера. Различаем первичный и вторичный обструктивный бронхит. Первичный бронхит является самостоятельным заболеванием, при котором патологический процесс локализуется в бронхах и не выходит за их пределы. Наиболее частой причиной острого бронхита является вирусная, бактериальная или грибковая инфекция. При вторичном бронхите, воспаление бронхов является следствием или осложнением других заболеваний( пневмония, почечная недостаточность и др.).

Термин хронический обструктивный бронхит на данный момент считается неполным и все чаще заменяется другим, более полным в клиническом смысле термином – хроническая обструктивная бронхопневмопатия (ХОБП). Этот термин определяет весь комплекс патологических изменений, происходящих в легких в случае хронического воспаления бронхов.

Главный фактор хронического обструктивного бронхита – это табакокурение. Чем больше и длительнее индивид курит, тем больше возможность заболевания, так как табачный дым раздражает дыхательные пути, что приводит к постоянному воспалению и образованию рубцов. С годами развиваются необратимые изменения в легких. Стенки дыхательных путей утолщаются, выделяется больше мокроты. От этого появляется одышка и кашель - характерные признаки хронического обструктивного бронхита. Из-за дефекта мягких альвеолярных мешочков, расположенных в легких, возникает эмфизема, легкие теряют эластичность.

В организации профилактических мероприятий по предупреждению хронического обструктивного бронхита фельдшеру отводится немаловажная роль. Именно он отвечает за проведение диспансеризации, а также санитарно-просветительной работы по предупреждению факторов риска, приводящих к заболеванию, а также ведению здорового образа жизни среди населения.

## ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ОБСТРУКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

### 2.1. Статистические данные заболеваемости при обструктивном хроническом бронхите

На первом этапе анализировались статистические данные по заболеваемости хронического обструктивного бронхита в ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» за 2018 год.

Данные результатов анализа заболеваемости больных хроническим обструктивным бронхитом в пульмонологическом отделении представлены в таблице (Таблица. 6).

Таблица 6

Результаты анализа заболеваемости с хроническим обструктивным бронхитом за 2018 год.

| Возраст  | Всего пациентов | Доставлены по экстренным показаниям | Доставлены скорой медицинской помощью |
|--|-----------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Взрослые (18 лет и более)  | 460             | 240                                 | 220                                   |
| Взрослые, старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин, с 60 лет у мужчин) | 780             | 350                                 | 430                                   |

По данным таблицы, можно сделать вывод, что хронический обструктивный бронхит поражает все больше людей трудоспособного возраста. Также заметно, что большинство пациентов госпитализируются по экстренным показаниям или доставляются скорой помощью.

## **2.2 Анализ и оценка результатов исследования больных с хроническим обструктивным бронхитом**

Исследование проводилось с помощью анкетирования пациентов хроническим обструктивным бронхитом, обратившихся за экстренной медицинской помощью в ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода».

В исследовании приняли участие люди разного возраста и социального статуса, количество человек - 30.

Пациентам, обратившимся за медицинской помощью в ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода», была предложена анкета, состоящая из 16 вопросов (См. Приложение 1). Респондентам были разъяснены цель и ход данного анкетирования, после чего было получено согласие каждого на обработку данных. Пациентам (в возрасте от 16 до 85 лет) было предложено ответить на вопросы, представленные в анонимной анкете. Далее был проведен расчет и анализ собранных анкет.

В результате проведенного обследования выяснилось, что хронический обструктивный бронхит поражает людей чаще всего старше возраста (более 40 лет), что составляет 78% (Рис. 2).

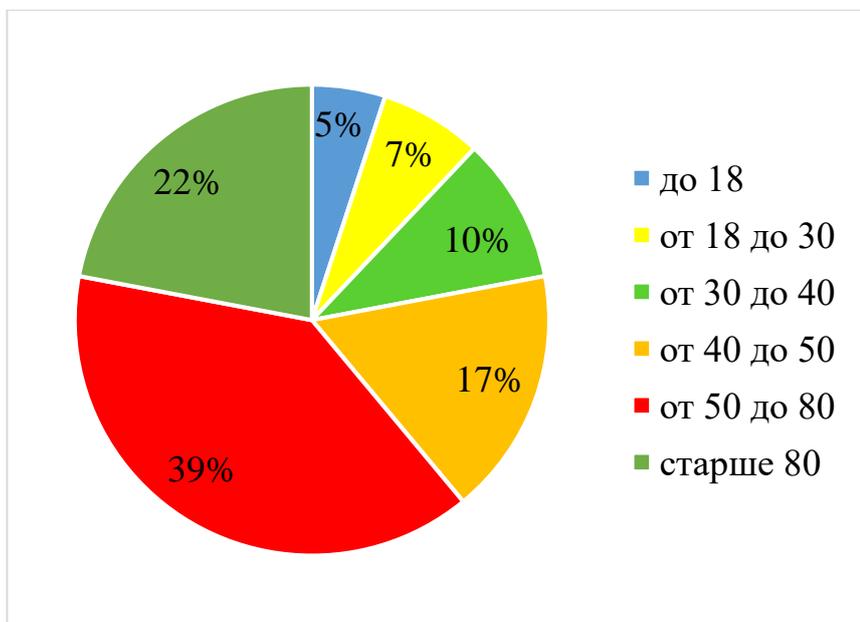


Рисунок. 2. Градация пациентов по возрасту

Обследование показало, что большинство пациентов - мужчины (60%) (Рис. 3).

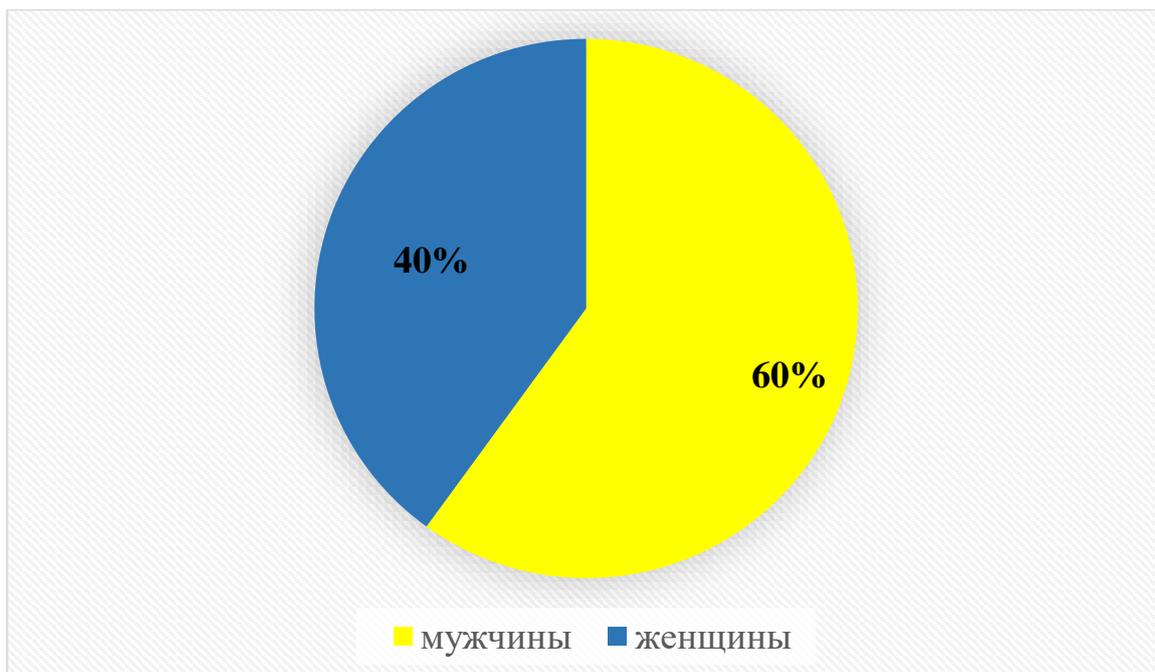


Рисунок. 3. Количество мужчин и женщин

Одна из причин хронического обструктивного бронхита является табакокурение. Исходя из ответов на вопрос о курении, мы выяснили что 76% курят, и только 24% не курят (Рис. 4).

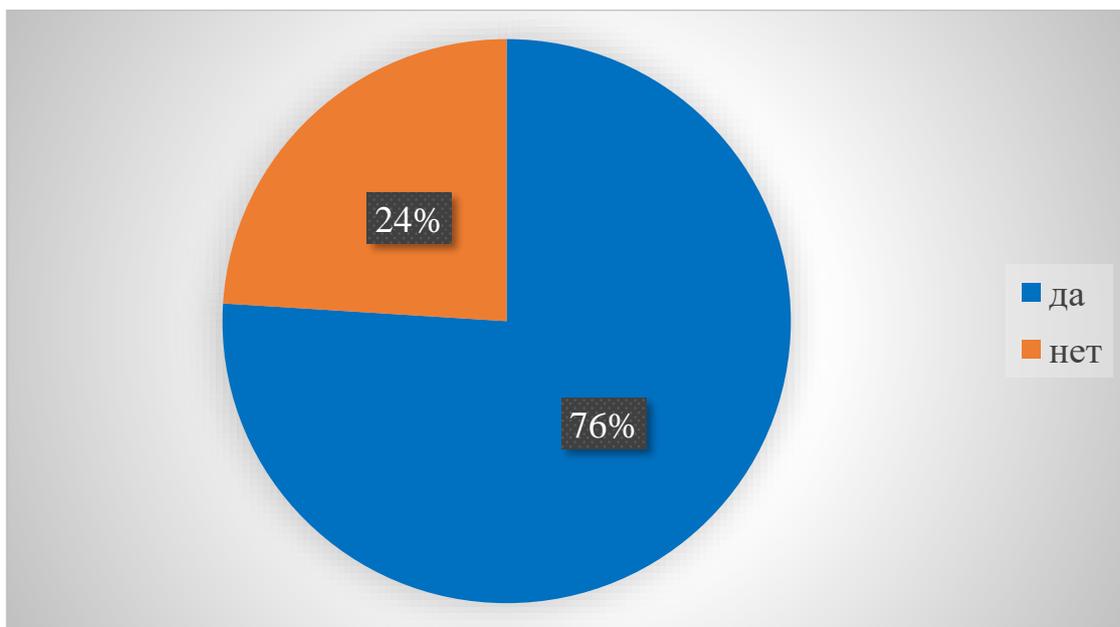


Рисунок.4. Вопрос о табакокурении

Интересна зависимость распространенности хронической обструктивной болезни легких от интенсивности табакокурения (Рис.5).

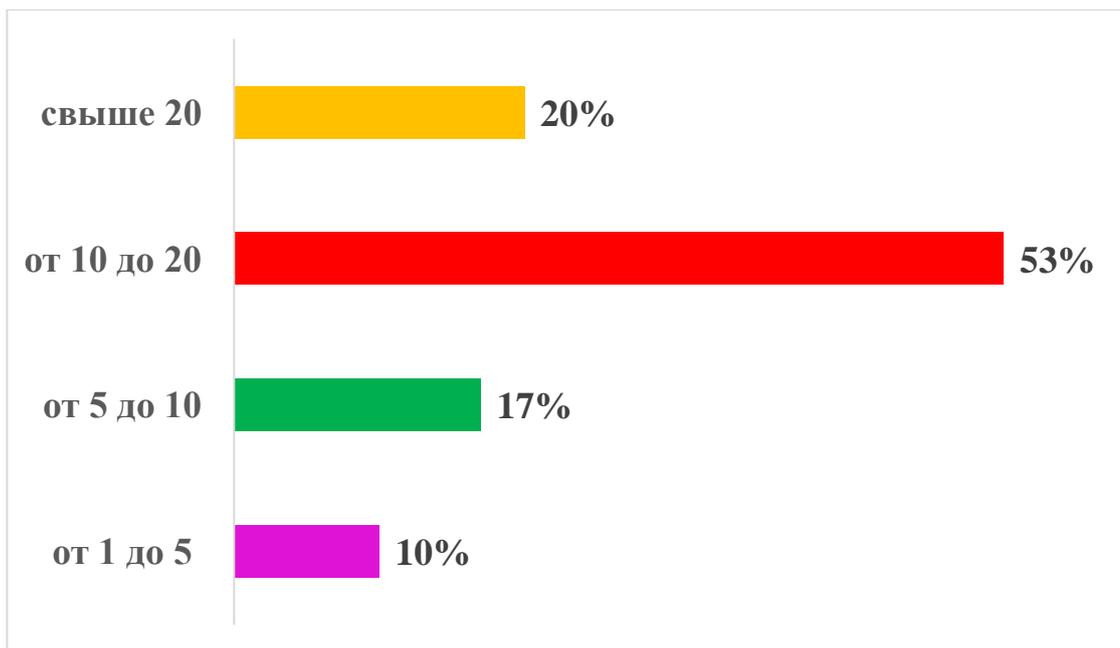


Рисунок.5. Данные о вопросе про курение

Среди пациентов, выкуривающих до 5 сигарет в сутки, процент больных 10%, выкуривающих до 10 сигарет - 17%, выкуривающие 10-20 сигарет в сутки - 53%, более 20 сигарет в сутки - 20%.

Хронический обструктивный бронхит вызывает воспаление дыхательных путей, и этот факт стимулирует кашлевой рефлекс и недостаточность дыхания

(одышку). В нашем анкетировании часто страдают кашлем и нехваткой дыхания (одышкой) 83% человека, из них 60% мужчин; практически не страдают кашлем и нехваткой дыхания 17%, из них 75% мужчин и 25% женщин (Рис. 6).

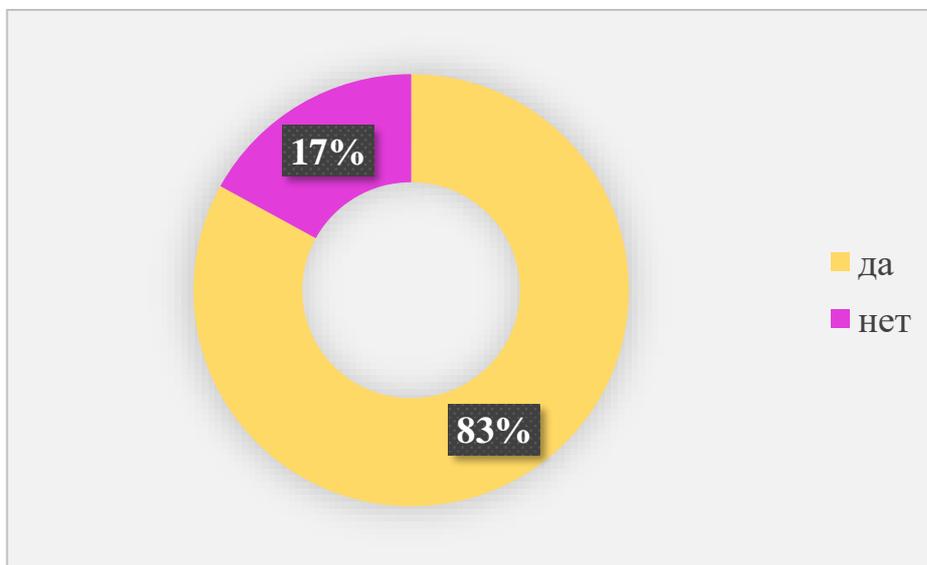


Рисунок. 6. Вопрос о кашле и одышке при хроническом обструктивном бронхите

Мы выяснили, что пациенты, чья работа связана с промышленным производством, вдыхают два вида веществ: органические и неорганические (Рис. 7).

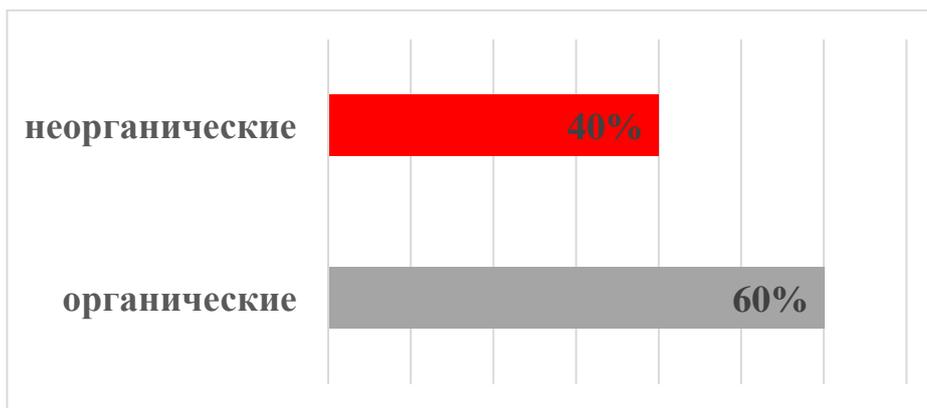


Рисунок. 7. Распределение наличия органических веществ и неорганических на промышленном производстве

Также мы выяснили, что небольшое количество людей, заболевших хроническим обструктивным бронхитом, имеют предрасположенность к частым простудным заболеваниям. Так 70% опрошенных часто болеют

простудными заболеваниями, из них 71% женщин и 29% мужчин. Нечасто болеют простудными заболеваниями 30% опрошенных. (Рис.8).

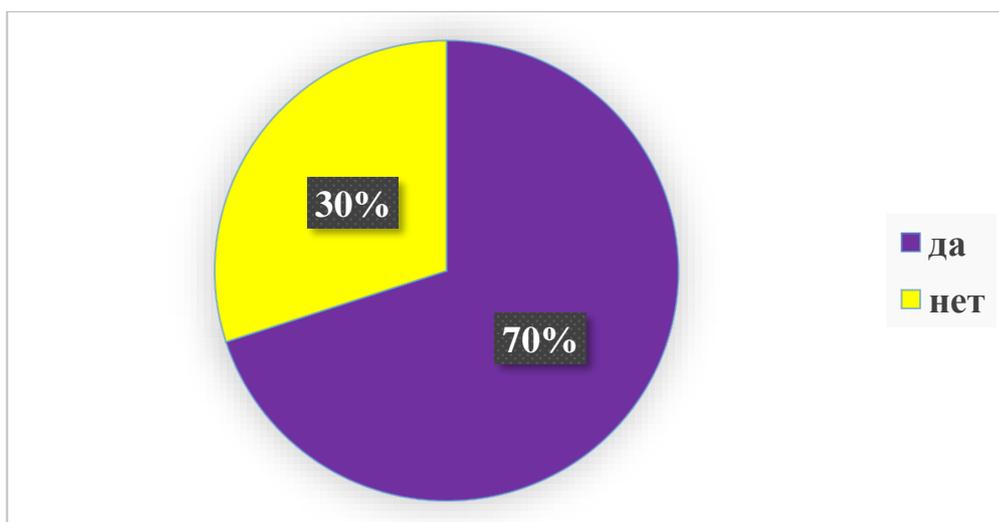


Рисунок. 8. Частота простудных заболеваний

Наследственность отягощена у 27% опрошенных. Не знают о заболевании хроническим обструктивным бронхитом у своих родственников 10% опрошенных (Рис.9).

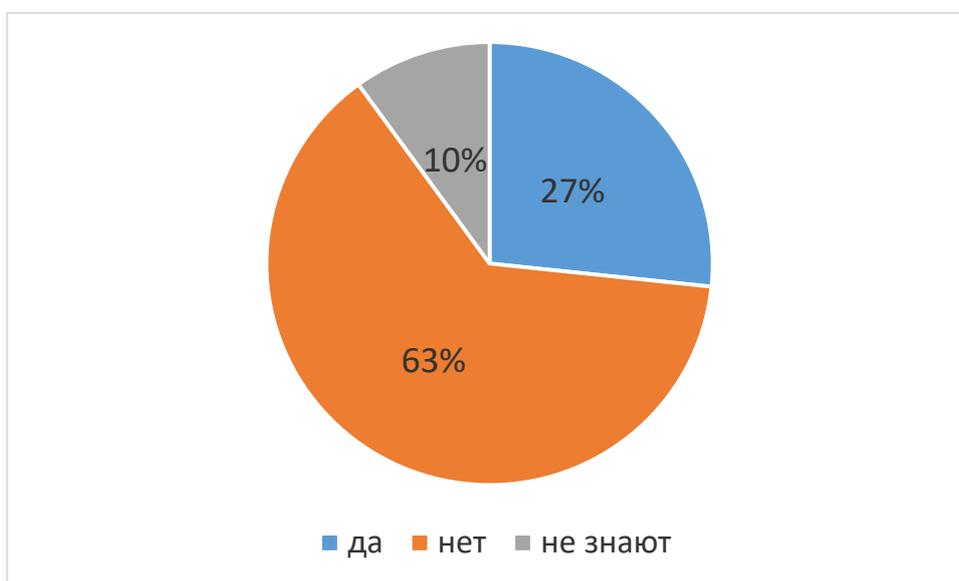


Рисунок. 9. Вопрос о наследственности

Большинство опрошенных (53%) узнали о своём заболевании в среднем возрасте от 25 лет до 45. 32% человек узнали о своём заболевании в пожилом возрасте. И только 15% человек узнали о своём заболевании в молодом возрасте до 25 лет (Рис . 10).

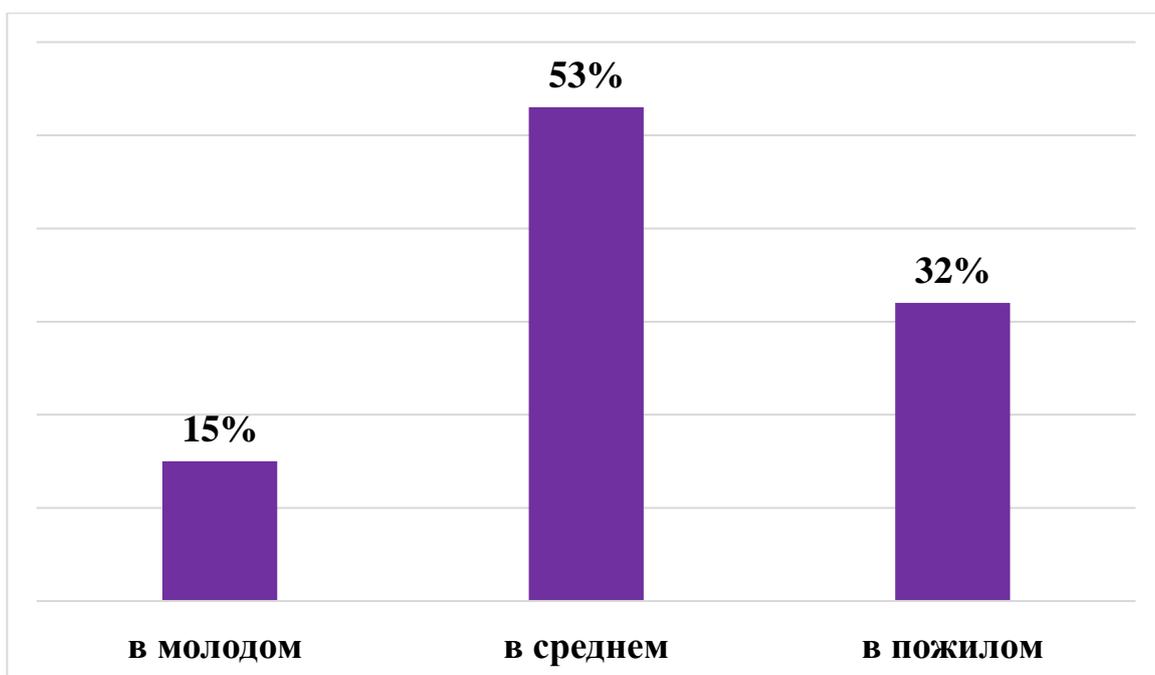


Рисунок. 10. В каком возрасте узнали про заболевание  
 Большинство людей, болеющих хроническим обструктивным бронхитом заботятся о своём здоровье и проходят профилактику - 50%. (Рис. 11).

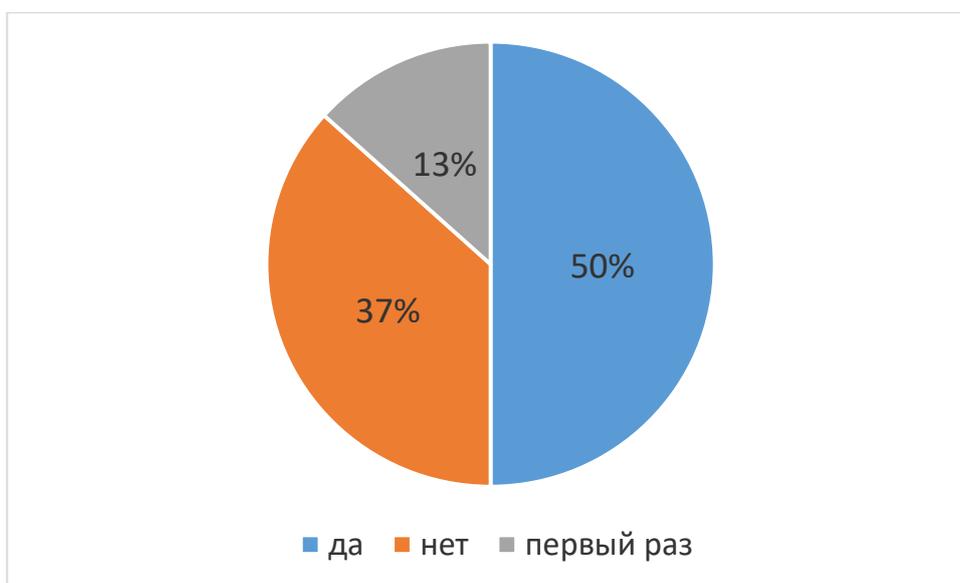


Рисунок.11. Вопрос о профилактике хронического обструктивного  
 бронхита.

Проанализировав ответы, связанные с видом работы пациентов, мы сделали следующие выводы (Рис.12).



- промышленное производство
- офисная работа
- не работаю

Рисунок.12. Где работают респонденты

Завершающим вопросом мы выяснили, что 57% человек живут в загрязненном районе, только 30% живут в экологически чистом (Рис.13).



Рисунок. 13. Районы по экологичности, в котором живут опрошенные

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди заболеваний дыхательной системы особое место занимает хронический обструктивный бронхит (ХОБ), в связи с тем, что он часто приводит к дыхательной недостаточности, что в свою очередь – к инвалидности и смерти.

Хронический обструктивный бронхит одно из самых распространенных заболеваний дыхательной системы. В России по результатам подсчетов с использованием эпидемиологических маркеров предположительно около 11 млн. больных, а в официальной медицинской статистике - около 1 млн. Это различие связано с тем, что заболевание диагностируется в поздних стадиях, когда лечение не позволяет затормозить неуклонно прогрессирующий патологический процесс. Этим объясняется высокая смертность больных хроническим обструктивным бронхитом.

Цель профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий при хроническом обструктивном бронхите, осуществляемых при тесном взаимодействии врача, фельдшера, медицинской сестры и пациента, это уменьшение выраженности, устранение клинических проявлений, предупреждение прогрессирования хронического обструктивного бронхита, улучшение функций легких и качества жизни пациента.

Пронализировав статистические данные было выявлено, что хронический обструктивный бронхит поражает все больше людей трудоспособного возраста. Также заметно, что большинство пациентов госпитализируются по экстренным показаниям или доставляются скорой помощью.

В ходе анкетирования выяснилось, что большинство больных узнают о своем заболевании в среднем возрасте и старше, так как в молодом возрасте, видимо, халатно относятся к своему здоровью и в 60% - это мужчины. Они чаще подвержены данному заболеванию. Это может быть связано и с низкой

стрессоустойчивость (в ходе чего происходит успокоение в виде табакокурения) и с видом деятельности, большинство мужчин работают на промышленном производстве (которые связаны с неорганическими веществами).

Целых 76% опрошенных курят, 53% опрошенных, выкуривающие 10-20 сигарет в сутки - 53%, данное они оправдывают тем, что их работа связана с повышенной нервозностью.

Хронический обструктивный бронхит вызывает существенное воспаление дыхательных путей, и этот факт стимулирует кашлевой рефлекс и нехватку дыхания. В нашем анкетировании часто страдают кашлем и нехваткой дыхания 83%, то есть большинство.

Полагаясь на данные проведенного опроса, можно сказать, что во многих случаях, наиболее частым диагностическим показателем в анамнезе пациентов является табакокурение. Это служит одним из особо значимых аргументов при выявлении хронического обструктивного бронхита. По словам специалистов, многие пациенты не придают особого значения появлению частого кашля, мокрота и не принимают это за первые признаки развития заболевания. В результате чего частота обращения медицинская учреждения происходит уже на поздних стадиях развития хронического обструктивного бронхита, когда физические запасы организма начинают истощаться. Несвоевременная диагностика приводит к тяжелым, необратимым изменениям в дыхательных путях.

Проанализировав исследование, можно прийти к выводу, что особое внимание нужно уделить больным в пожилом возрасте и молодом (так как запущенное здоровья в молодом возрасте оказывает существенное влияние в более старшем возрасте) для улучшения профилактической деятельности фельдшера. Сюда входит проведение санитарно - просветительных работ среди населения, проводить беседы и пропагандировать здоровый образ жизни. Так же с данной целью может быть разработан буклет по профилактике хронического обструктивного бронхита.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

В своей практической работе фельдшер должен знать и применять методы профилактики заболевания хронического обструктивного бронхита. Осознавая величину влияния условий производственной среды на риск развития хронического обструктивного бронхита, фельдшер должен давать нижеизложенные рекомендации:

- избегать контактов с больными острыми заболеваниями верхних дыхательных путей, бронхитами;
- избегать контактирования с разнообразными аллергенами;
- отказ от табакокурения;
- отказ от употребления алкоголя;
- соблюдение режима труда и отдыха;
- смена места работы при наличии вредных профессиональных факторов;
- проживание в местах с чистым, незагрязненным воздухом, вдали от крупных промышленных предприятий;
- повышение уровня защитных сил организма;
- вакцинация против гриппа;
- рациональное питание;
- своевременная терапия острых форм бронхитов для снижения риска формирования хронического обструктивного бронхита.

Соблюдение этих правил существенно снижает риск заболевания хронического обструктивного бронхита.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев С.Н. Обострение хронической обструктивной болезни легких: современные подходы к диагностике и лечению // Тер. архив. - 2014. - № 11. - 43–50 с.
2. Баур К. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / К. Баур, А.Прейссер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 192 с.
3. Белоусов Ю.Б. Клиническая фармакология болезней органов дыхания / Ю.Б. Белоусов, В.В. Омеляновский. - Справочное рук-во. - М., 2015. – 160 с.
4. Добротина И.С. Диагностика и лечение бронхообструктивного синдрома: лекция / И.С. Добротина. - Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2014. — 29 с.
5. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник: Вып. 4: Пер. с англ. Безменова П.В., Галяутдинова А.Ю. — М.: Медиа Сфера, 2015. — С. 92-95.
6. Игнатъев В.А. Хроническая обструктивная болезнь легких: эпидемиология и экономический ущерб / В.А. Игнатъев. - Вестник Санкт-Петербургского университета, 2017
7. Клячкина И. Муколитическая терапия при хронической обструктивной болезни легких // Врач. - 2015. - № 8, 28–31 с.
8. Кожевникова С.А., Будневский А.В., Бурлачук В.Т., Трибунцева Л.В., Овсянников Е.С., Гончаренко О.В. Профилактика обострений хронической обструктивной болезни легких: роль компонентов пульмонологической реабилитации // Молодой ученый. - 2016. - №19. - 162-166 с.

9. Кокосова А.Н. Бронхит (механизмы хронизации, лечение, профилактика) / А.Н. Кокосова. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2017. – 176 с.
10. Крюков Н.Н. Диагностика и лечение внутренних болезней (стандарты) / Н.Н. Крюков. - Самара.: Издательство Самарского Медицинского Университета, 2018. – 60 с.
11. Леонов С.А. Заболеваемость населения: региональные особенности и проблемы / С.А. Леонов, И.М. Сон, С.В. Моравская. - М.: Вик, Часть 1: Общая заболеваемость населения. 2015. – 25 с.
12. Лещенко И.В., Овчаренко С.И. Современные подходы к лечению хронической обструктивной болезни легких // Тер. Архив - 2016. - № 8, 83–87 с.
13. Николаева В.Н. Бронхит. Современный взгляд на лечение и профилактику / В.Н. Николаева. – М.: ИГ «Весь», 2016. – 128 с.
14. Рачинский С.В. и соавт. Бронхиты / С.В. Рачинский. - СПб.: Медицина, 2018. - 211 с.
15. Самсыгина Г.А., Охлопкова К.А., Суслова О.В. Болезни органов дыхания / Г.А. Самсыгина, К.А. Охлопкова. – М.: Матер. конф. - М.21-22.09.17. – 112 с.
16. Черняев А.Л. Патологическая анатомия хронических обструктивных заболеваний легких. Хроническая обструктивная болезнь легких / А.Л. Черняев, М.В. Самсонова. – М.: Наука, 2015. – 124 с.
17. Чучалин А., Овчаренко С. Современный взгляд на хроническую обструктивную болезнь легких // Врач. - 2014. - № 5. - С. 4–9.
18. Яковлев В.Н., Щегольков А.М., Шурпик С Л., Резник М.И. Клиническая интерпретация предбронхита и хронического бронхита // Военно-медицинский журнал. - 2014. - № 5. - 28-30 с.
19. Диагностика бронхита [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://gkhstroysevis.ru/diagnostika-hronicheskogo-bronhita/>
20. Журнал «Медицина № 4» 2018 [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.fsmj.ru/>

21. Лечение [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/5135083/page:3/>

22. Обструктивный бронхит, симптомы и лечение [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://mypulmonolog.ru/obstruktivnyj-bronxit/>

23. Хронический обструктивный бронхит у взрослых: этиология, патогенез, симптомы [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://otolaryngologist.ru/1252>

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Анкета**

Уважаемый респондент!

Просим Вас принять участие в анкетировании с целью выявления факторов развития вашего заболевания и определения мер профилактики. Анкета заполняется анонимно и добровольно. Благодарим за участие.

1. Пол

- мужской

- женский

2. Возраст

- до 18

- от 18 до 30

- от 30 до 40

- от 40 до 50

- от 50 до 80

- старше 80

3. Вы курите

- да

- нет

4. Если да, то сколько сигарет в день

- 1-5

- 5-10

- 10-20

- больше 20

5. Считаете ли вы себя пассивным курильщиком

- да считаю

- нет не считаю

6. Страдаете ли вы частым кашлем и не хваткой воздуха

- страдаю
- не страдаю

7. Часто ли у вас возникают хрипы и свисты в груди

- часто
- не часто
- очень редко

8. Возникает ли у вас прерывание ночного сна из за приступов кашля

- возникает
- не возникает

9. Вид вашей работы

- промышленное производство
- офисная работа
- не работаю

10. Если ваша работа связана с промышленностью то выберите то, что с ней связано

- органические вещества (мука, пыль, шерсть)
- неорганические вещества (металлическая пыль, угольная, химикаты)

11. Часто ли Вы болеете простудными заболеваниями

- да
- нет

12. Имеются ли в Вашей семье родственники, имеющие заболевание хронический обструктивный бронхит

- да
- нет
- не знаю

13. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями органов дыхания, если «да», то какими

- да (хронический бронхит, б/а, ХОБЛ, хронический обструктивный бронхит)
- нет

14. В каком возрасте вы узнали про своё заболевание

- в молодом возрасте
- в среднем возрасте
- в пожилом возрасте

15. Часто ли находитеcь в лечебном учреждении с профилактикой хронического обструктивного бронхита

- да
- нет
- первый раз

16. В каком районе вы живете

- экологическо чистом
- экологическо загрязненом
- затрудняюсь ответить