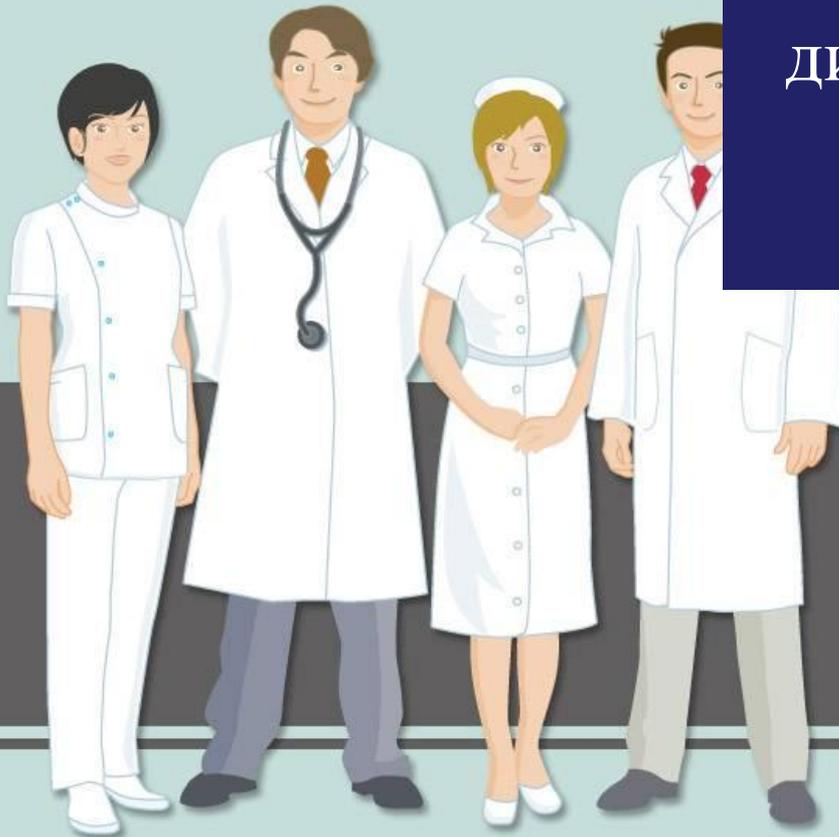


ФГБОУ ВО
Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М.Бербекова
Медицинский колледж

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА



**Профессиональная деятельность
медицинской сестры в
диагностике и лечении острого
бронхита.**

Псонуковой Роксаны Ибрагимовны
Курс, группа 302 ПП
специальность «Сестринское дело»

Научный руководитель:
преподаватель высшей категории
Азаматова Светлана Жагафаровна

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый бронхит (ОБ) относится к наиболее актуальным проблемам современной пульмонологии, что связано с высокой заболеваемостью, достигающей 30-40%. ОБ до настоящего времени остается одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью. Так, по данным эпидемиологических исследований около 5% жителей США в возрасте старше 18 лет хотя бы один раз в течение календарного года переносили ОБ. По мнению других авторов, ОБ ежегодно становится причиной обращения к врачу более чем 2,5 млн. американцев. В Великобритании заболеваемость ОБ достигает 40% в год. По официальным данным в России каждый год регистрируется порядка 27,3 - 41,2 млн. случаев респираторных инфекций, на которые в структуре общей заболеваемости приходится до 40% дней нетрудоспособности. Какую долю в данном списке занимает ОБ статистические данные не уточняют

Это говорит об острой необходимости в отечественных клинико-экономических исследованиях, посвященных ведению больных с острым бронхитом. С быстрым ростом в последние годы медицинской науки требуется высококвалифицированный средний медицинский персонал. Важным является то, что пациент в данной ситуации должен рассматриваться не как отдельный случай заболевания, а как личность, имеющая свои физиологические, психологические, социальные и духовные потребности..

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ



Цель исследования: изучить и проанализировать данные по вопросам профессиональной деятельности медицинской сестры при остром бронхите.

Объект исследования: больные с острым бронхитом, данные медицинской документации.

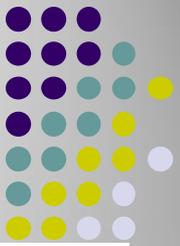
Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в диагностике и лечении острого бронхита.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

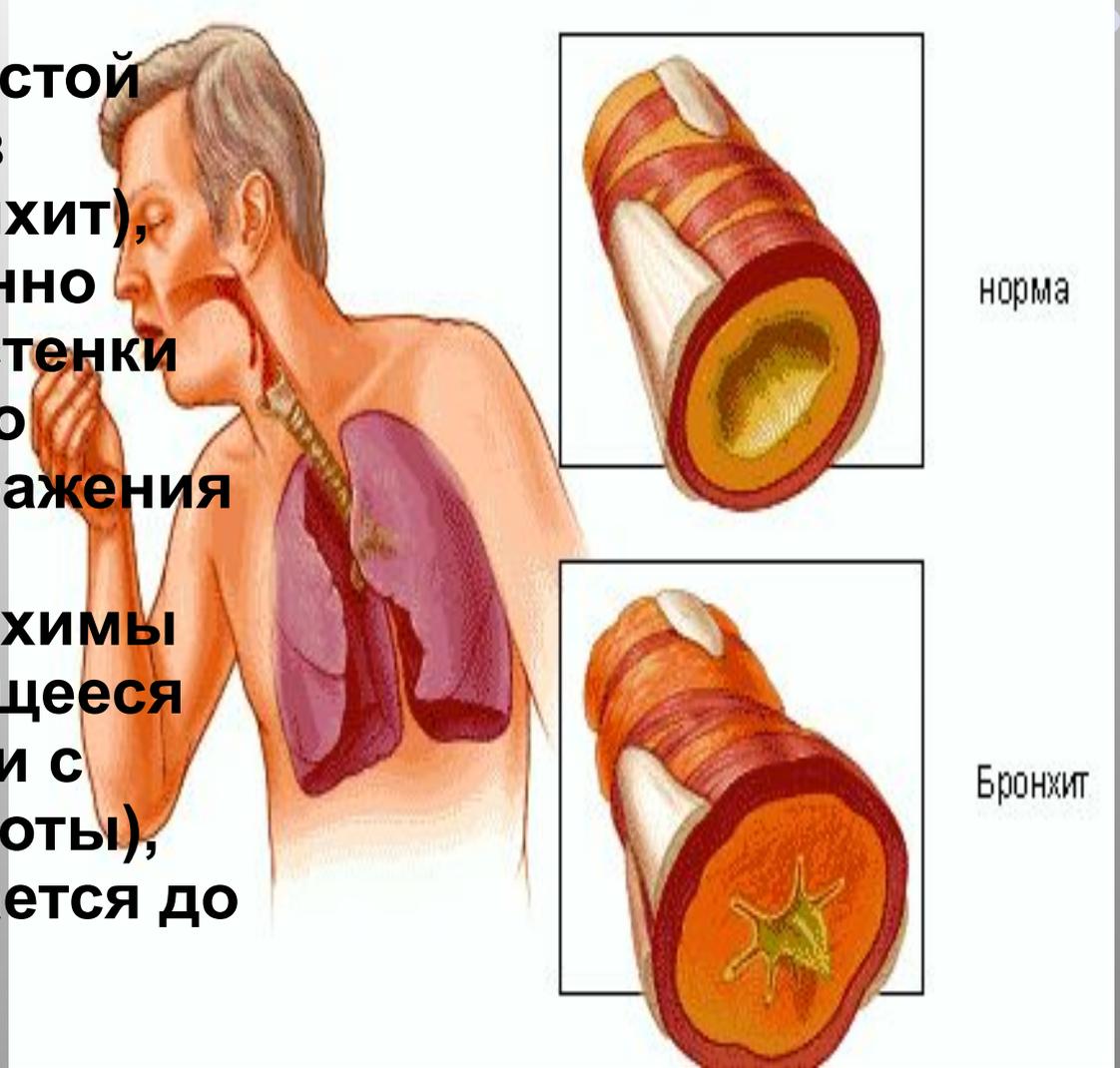
Задачи исследования:

1. Провести статистическую выборку частоты встречаемости острого острого бронхита по полу и возрасту из историй болезни (не менее 15 больных).
2. Анализ клинических случаев с целью выявления факторов риска, острого бронхита.
3. Проанализировать признаки клинической картины, сопутствующих заболеваний острого бронхита.
4. Провести статистическую обработку полученных данных и сформулировать на основании изученной литературы, анализа статистических данных, архивных данных, практические рекомендации по профилактике острого бронхита.
5. Провести статистическую выборку и отобразить в виде таблиц и диаграмм данные по острому бронхиту.

ОСТРЫЙ БРОНХИТ



**острое диффузное
воспаление слизистой
оболочки бронхов
(острый эндобронхит),
реже - одновременно
других оболочек стенки
бронхов вплоть до
тотального их поражения
(панбронхит) без
вовлечения паренхимы
лёгких, проявляющееся
кашлем (сухим или с
выделением мокроты),
которое продолжается до
3 нед**



ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

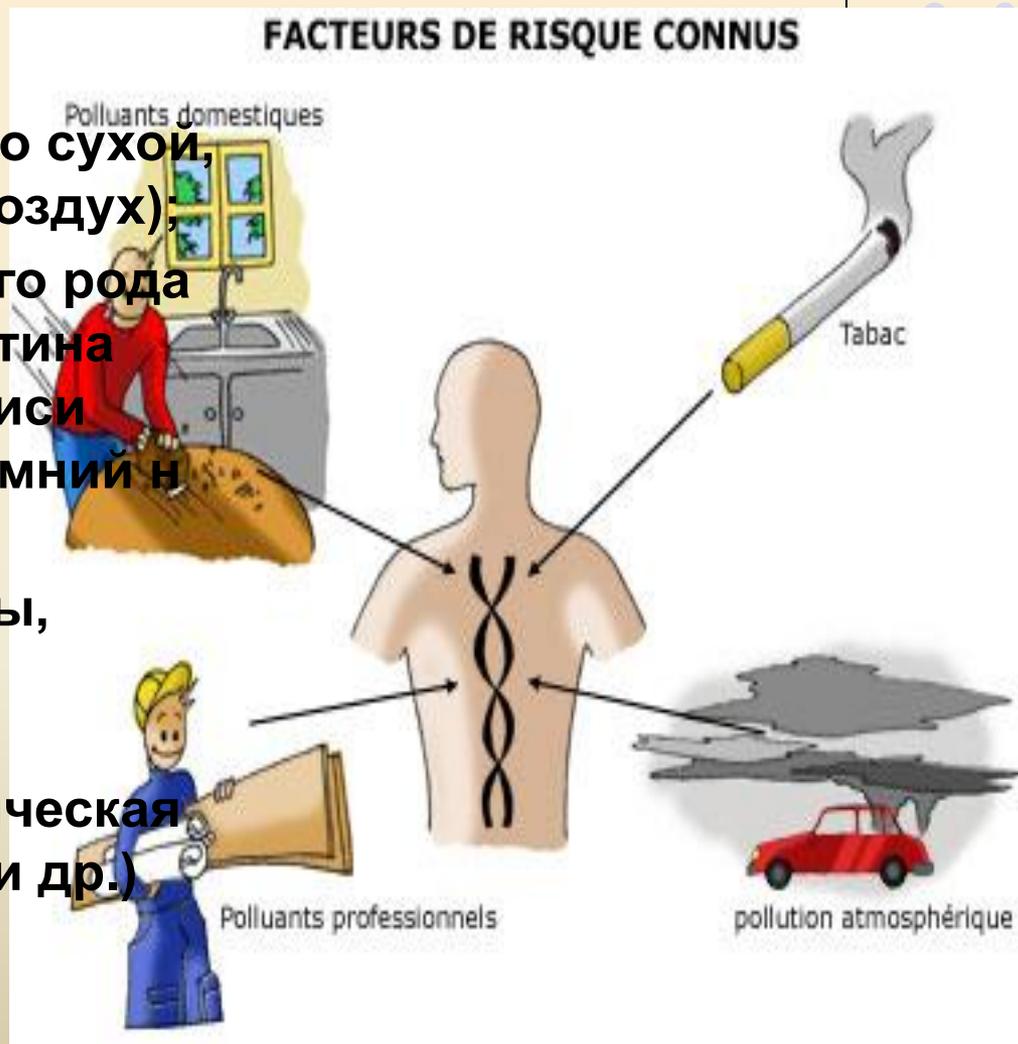


возбудители	характеристика возбудителей ОБ
вирус гриппа А	-крупные эпидемии 1 раз в 3 года, захватывающая причина целые страны. -наиболее частая причина клинически выраженного гриппа. -тяжелое течение заболевания и высокая смертность во время эпидемий.
вирус гриппа В	-эпидемии 1 раз в 5 лет, пандемии реже и менее тяжелое течение, чем при вирусе гриппа А
парагрипп (типы 1-3)	-изолированные случаи, эпидемиологически не связанные между собой.
аденовирусы	-изолированные случаи, эпидемиологически не связанные между собой.
пневмококки	внезапное начало, признаки поражения ВДП
микоплазмы	-у людей старше 30 лет, признаки поражения ВДП на ранних стадиях, характерен сухой кашель
<i>Bordetella pertussis</i>	-длительный кашель
<i>Haemophilus influenzae</i>	-курящие больные
<i>Moraxella catarrhalis</i>	-ХОБЛ, больные с иммунодефицитом

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ факторы



- острого бронхита можно выделить следующие:
- 1) физические (чрезмерно сухой, горячий или холодный воздух);
- 2) химические (различного рода химические соединения типа кислот и щелочей, двуокиси серы, окислов азота, кремний и пр.);
- 3) инфекционные (вирусы, бактерии и другие микроорганизмы);
- 4) аллергические (органическая пыль, пыльца растений и др.) недостаточности и др.



ФАКТОРЫ РИСКА

- ❑ - аллергические заболевания (в т.ч. бронхиальная астма (БА), аллергический ринит, аллергический конъюнктивит);
- ❑ - гипертрофия носоглоточных и небных миндалин;
- ❑ - иммунодефицитные состояния;
- ❑ - курение (в т.ч. пассивное);
- ❑ - пожилой и детский возраст;
- ❑ - воздушные поллютанты (пыль, химические агенты);
- ❑ - переохлаждение;
- ❑ - очаги хронических инфекций верхних дыхательных путей;
- ❑ - злоупотребление крепкими алкогольными напитками;
- ❑ - климато-погодные факторы и условия труда, в частности переохлаждение и сырость;
- ❑ - застойные изменения в легких при сердечной недостаточности и др.

патогенез

- При повреждении лишь поверхностных слоев слизистой в течение последующих 2 недели происходит регенерация эпителия. Более глубокое поражение характеризуется дегенерацией подслизистого слоя. Бактериальное инфицирование проявляется инфильтрацией подслизистого слоя полиморфноядерными нейтрофилами и лимфоцитами.

нормальный
бронх



бронхит



Классификация

- I. По этиологии:
 - 1) инфекционного происхождения:
 - - вирусные;
 - - бактериальные;
 - - вирусно-бактериальные;
 - 2) обусловленные физическими и химическими вредностями;
 - 3) смешанные;
 - 4) неуточненной природы.
- II. По патогенезу:
 - - первичные бронхиты,
 - - вторичные бронхиты.
- III. По уровню поражения:
 - - трахеобронхиты;
 - - бронхиты с преимущественным поражением бронхов среднего калибра;
 - - бронхиолиты;
- VI. По характеру воспалительного процесса:
 - - катаральный;
 - - гнойный;
- V. По функциональным особенностям:
 - - необструктивный;
 - - обструктивный,
- VI. По вариантам течения:
 - - остroteкущий (обычно не более 2 нед);
 - - затяжной (до месяца и более);
 - - рецидивирующий (до 3 и более раз в течение года).
- VII. По характеру воспаления слизистой оболочки бронхов:
 - - катаральная (поверхностное воспаление);
 - - отечная (с отеком слизистой бронхов);
 - - гнойная (гнойное воспаление).

Клиническая картина

- Бронхит инфекционной этиологии нередко начинается на фоне острого ринита, ларингита. При легком течении заболевания возникают:
 - саднение за грудиной,
 - сухой, реже влажный кашель,
 - чувство разбитости, слабость.
- Физикальные признаки отсутствуют или над легкими определяются жестокое дыхание, сухие хрипы.
- Температура тела субфебрильная или нормальная.
- Состав периферической крови не изменяется.
- Такое течение наблюдается чаще при поражении трахеи и крупных бронхов.



Клиническая картина

При среднетяжелом течении значительно выражены:

- • общее недомогание, слабость,
- • характерны сильный сухой кашель с затруднением дыхания и одышкой,
- • боль в нижних отделах грудной клетки и брюшной стенки, связанная с перенапряжением мышц при кашле.
- • Кашель постепенно становится влажным,
- • мокрота приобретает слизисто-гнойный или гнойный характер.
- • Над поверхностью легких выслушиваются жесткое дыхание, сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы.
- • Температура тела остается в течение нескольких дней субфебрильной.
- • Выраженных изменений состава периферической крови нет



Клиническая картина

Тяжелое течение болезни наблюдается, как правило, при преимущественном поражении бронхиол и носит характер бронхиолита. Бронхиолит у взрослых возникает довольно редко и практически всегда на фоне острого бронхита, существенно осложняя его течение.

- Заболеваемость острым бронхиолитом особенно высока среди детей раннего возраста. Характерно нарастание симптомов интоксикации, обструкции бронхов, дыхательная недостаточность, рассеянные сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы в легких, физикально и рентгенологически – симптомы вздутия легких, слабая реакция на бронхолитики.





КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Острые симптомы болезни стихают к 4-му дню и при благоприятном исходе полностью исчезают к 7-му дню. Острый бронхит с нарушением бронхиальной проходимости имеет тенденцию к затяжному течению и переходу к хроническому течению

- Тяжело протекают бронхиты токсико-химической этиологии: начинается с мучительного кашля с выделением слизистой или кровянистой мокроты, быстро присоединяется бронхоспазм (на фоне удлинённого выдоха выслушиваются сухие свистящие хрипы) и прогрессирует одышка (вплоть до удушья), нарастают дыхательная недостаточность и гипоксемия. Рентгенологически могут определяться симптомы острой эмфиземы легких.

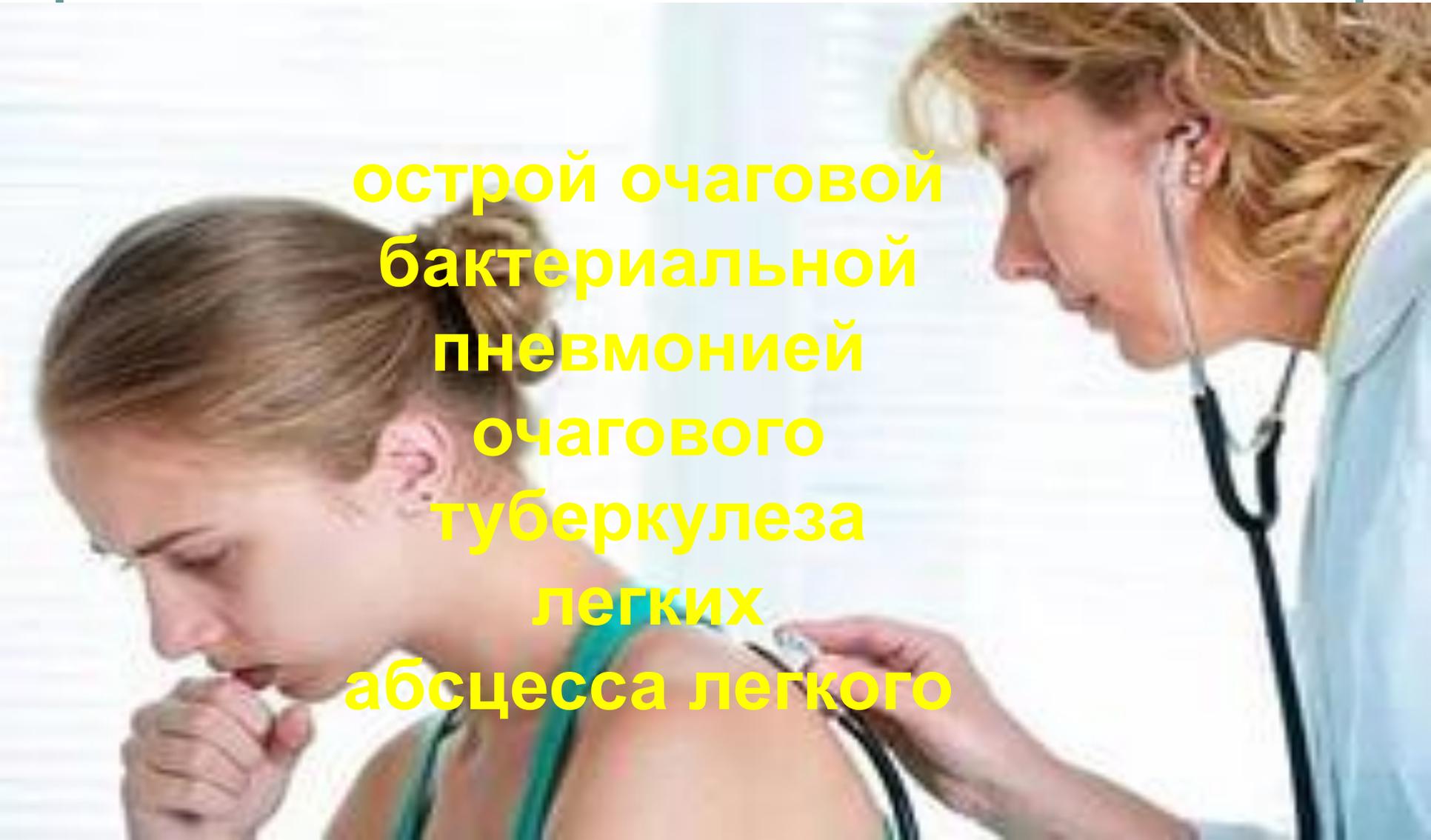


• диагностика

- **Лабораторные исследования:**
 - - в общем анализе крови
 - - бактериоскопия мокроты,
 - - бактериологическое исследование мокроты
 - **Инструментальные исследования:**
 - - исследование (ФВД)
 - ЖЕЛ
 - рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- 

дифдиагностика

острой очаговой
бактериальной
пневмонией
очагового
туберкулеза
легких
абсцесса легкого



ЛЕЧЕНИЕ

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

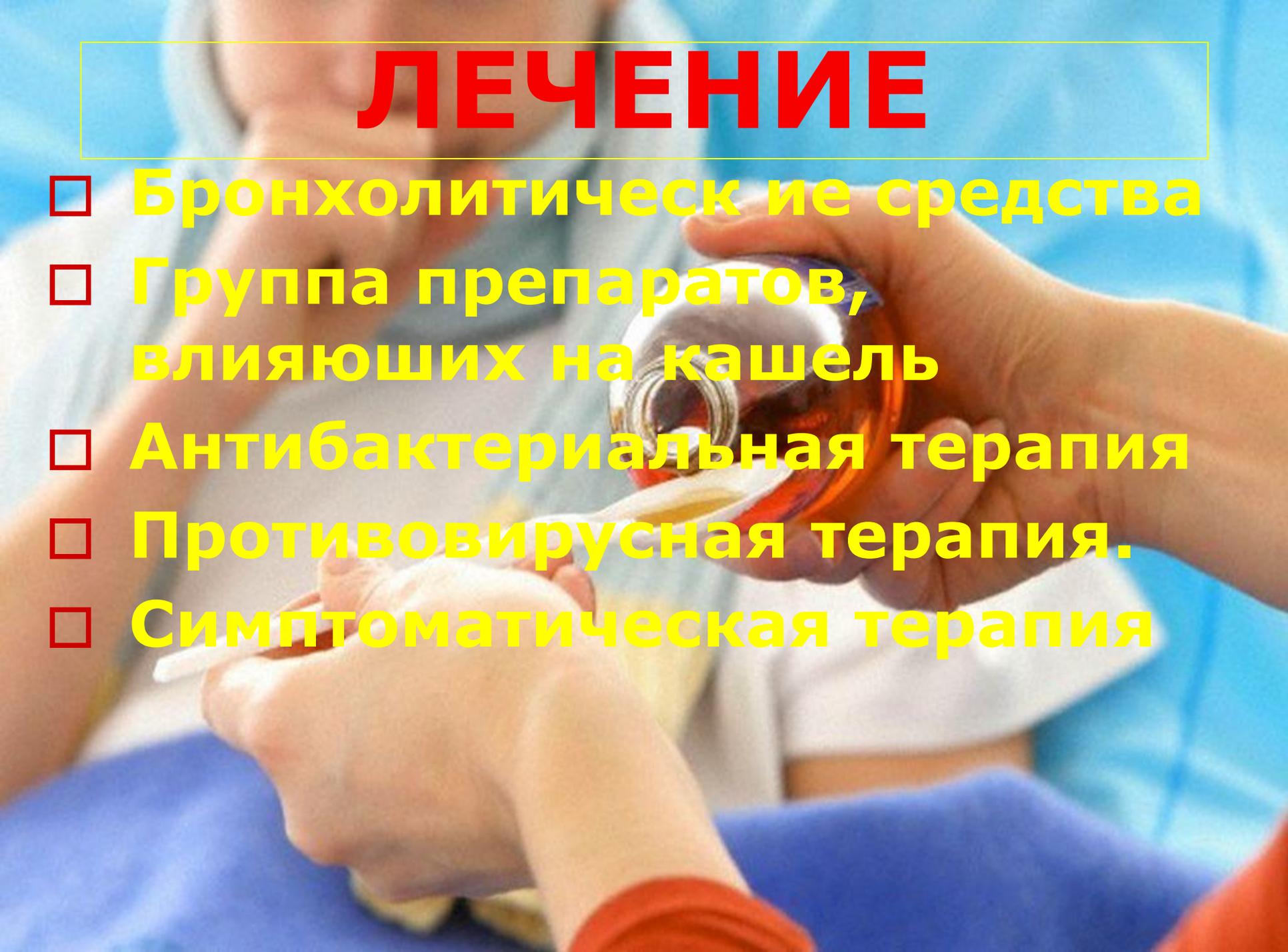
- ● Облегчение выделения мокроты. Необходимость поддержания адекватной гидратации.
 - Увлажнение воздуха в помещении (особенно в засушливом климате и зимой), так как снижение гидратации ведёт к повышению вязкости бронхиального секрета и нарушает его отхаркивание. Облегчение отхождения слизи может уменьшить тяжесть кашля и его продолжительность.
 - ● Устранение воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (дыма, пыли).
-

ЛЕЧЕНИЕ



- ❑ Принципы патогенетического лечения заболеваний органов дыхания, протекающих с дискринией, кашлем
- ❑ Нормализация трахеобронхиальной секреции
- ❑ Нормализация реологических свойств секрета
(вязкости, эластичности, текучести)
- ❑ Стимуляция активности мукоцилиарного транспорта
- ❑ Нормализация тонуса гладкой мускулатуры бронхов
- ❑ Регуляция кашлевого рефлекса

ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ Бронхолитические средства
 - ❑ Группа препаратов, влияющих на кашель
 - ❑ Антибактериальная терапия
 - ❑ Противовирусная терапия.
 - ❑ Симптоматическая терапия
- 
- A close-up photograph showing a person's hand pouring a reddish-brown liquid from a glass bottle into a white spoon held by another person's hand. The background is a blurred blue and white, suggesting a clinical or hospital setting.

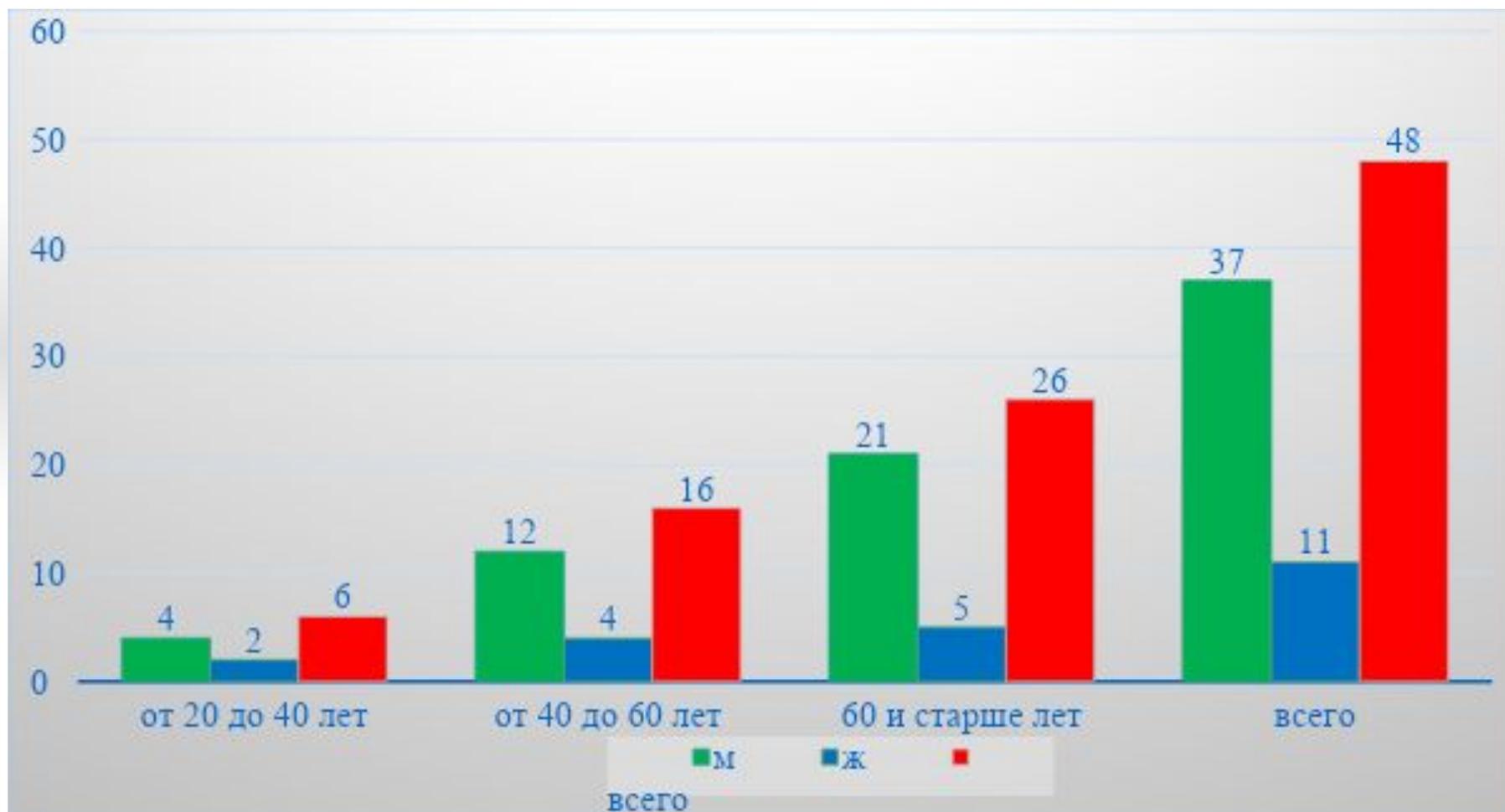
профилактика

- Помимо этого, определенное значение в профилактике острого бронхита имеет устранение различного рода неспецифических раздражений слизистой оболочки бронхиального дерева, способствующих развитию и прогрессированию воспалительного процесса (запыленности и загазованности производственных помещений, охлаждения и переохлаждения, перегревания, быстрой смены контрастных температур, курения табака, злоупотребления алкоголем и др.).
- Имеет значение и своевременная санация очагов инфекции, в первую очередь в носоглоточной области (гнойный синусит и др.), ликвидация затруднений для носового дыхания (устранение полипов, искривления носовой перегородки и пр.). Особенно важно регулярное закаливание (воздушные и солнечные ванны, водные процедуры, ходьба босиком), которое предпочтительно начинать в летний сезон.

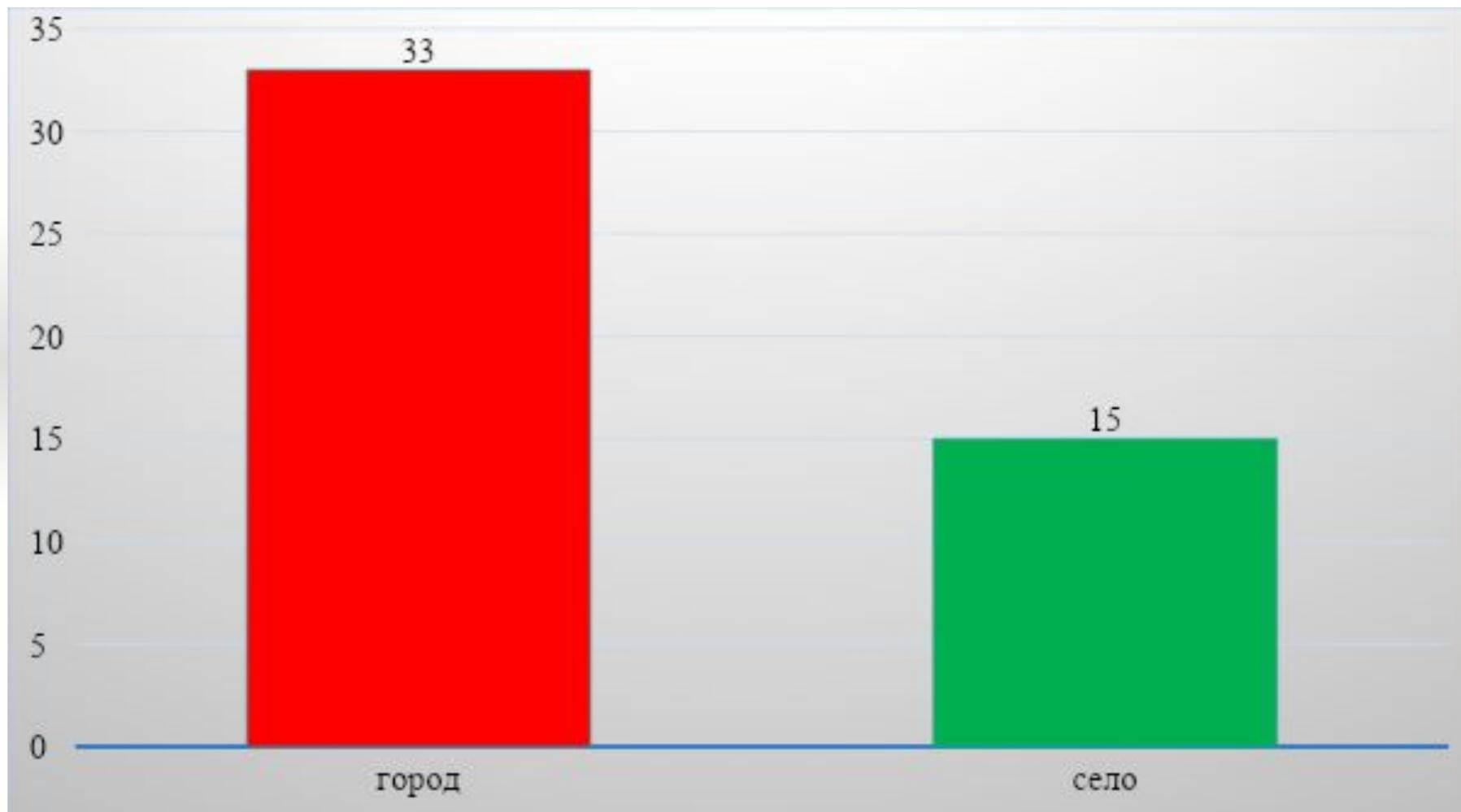
Практическая часть

- **Материалом послужили результаты анализа медицинской документации 48 пациентов с острым бронхитом. Возрастной диапазон от 20 и старше лет.**
-

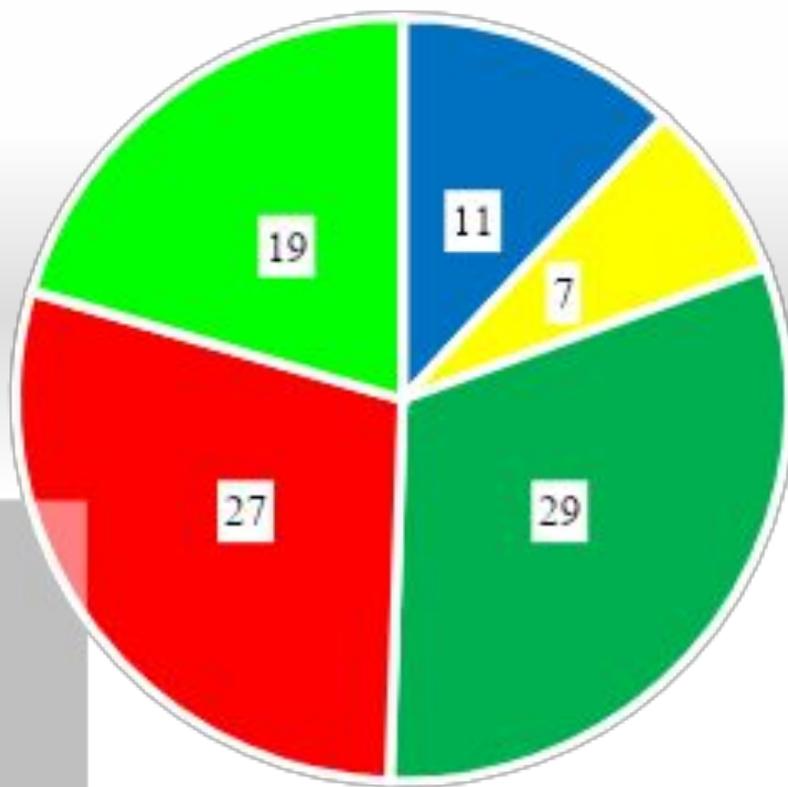
Распределение больных в зависимости от возраста и пола



Распространенность ОБ среди населения

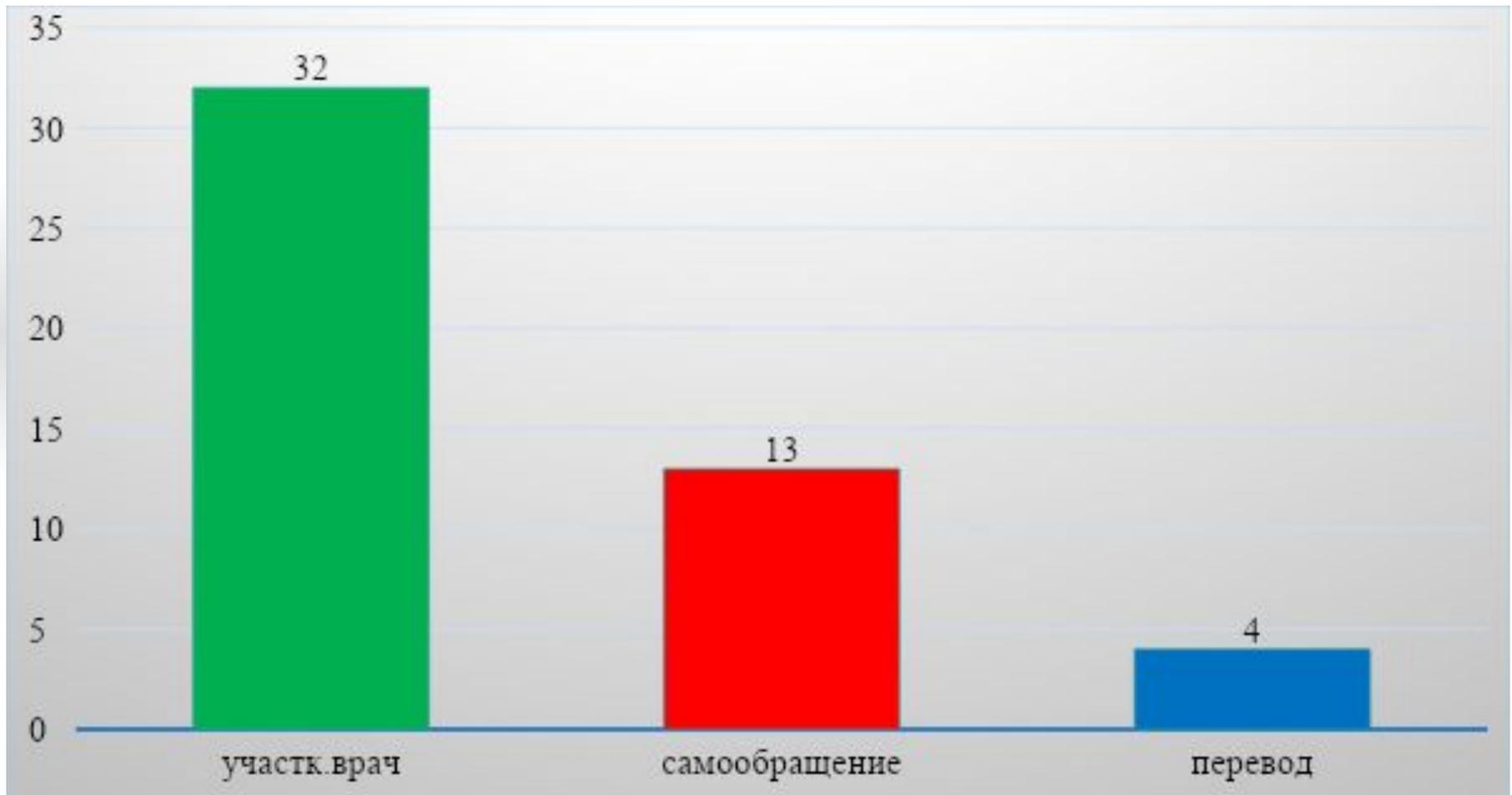


Распространенность эндогенных факторов

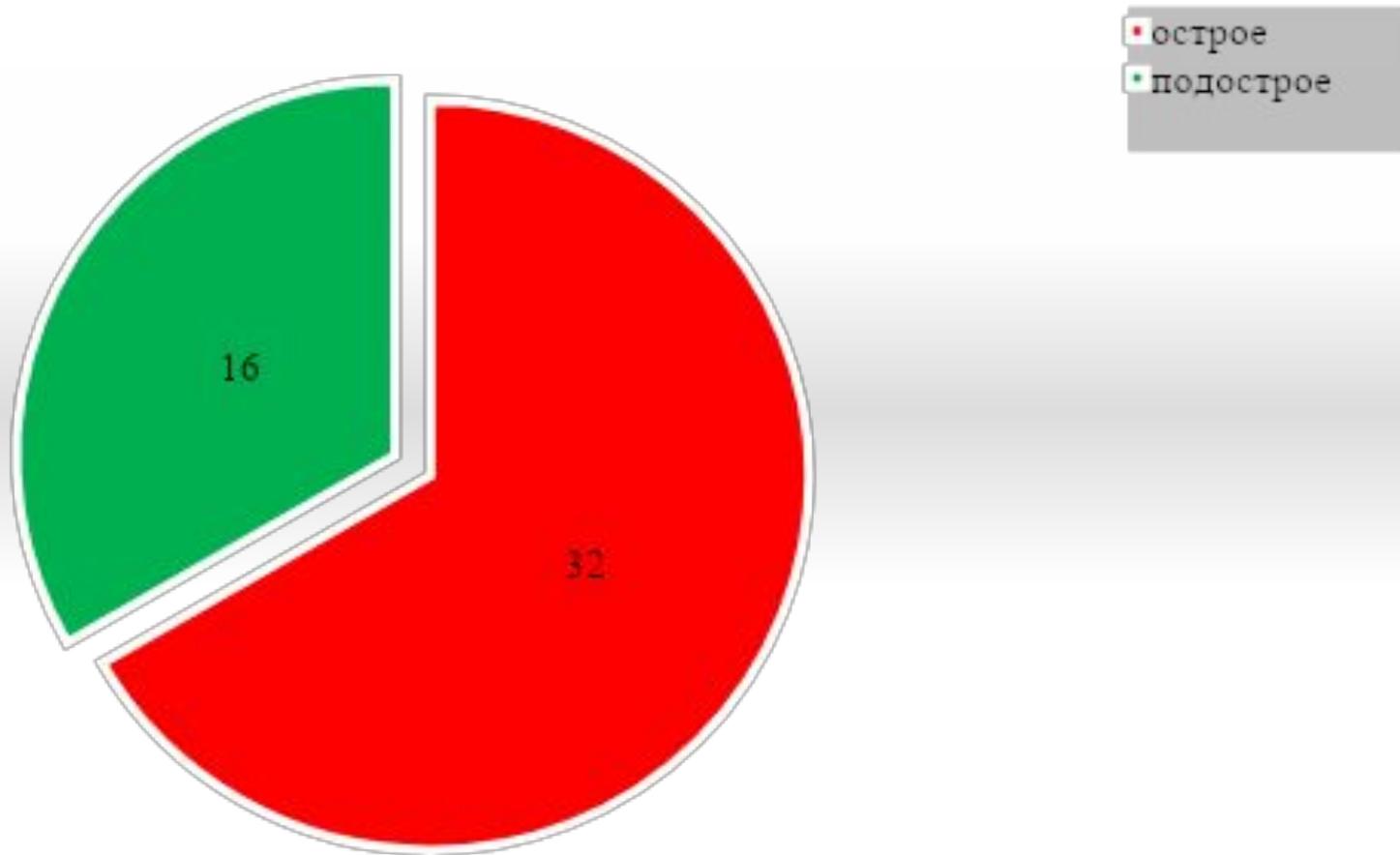


наследственность
проф. вредности
жизл. условия
курение

Характеристика клинических признаков



Характеристика характера течения ОБ

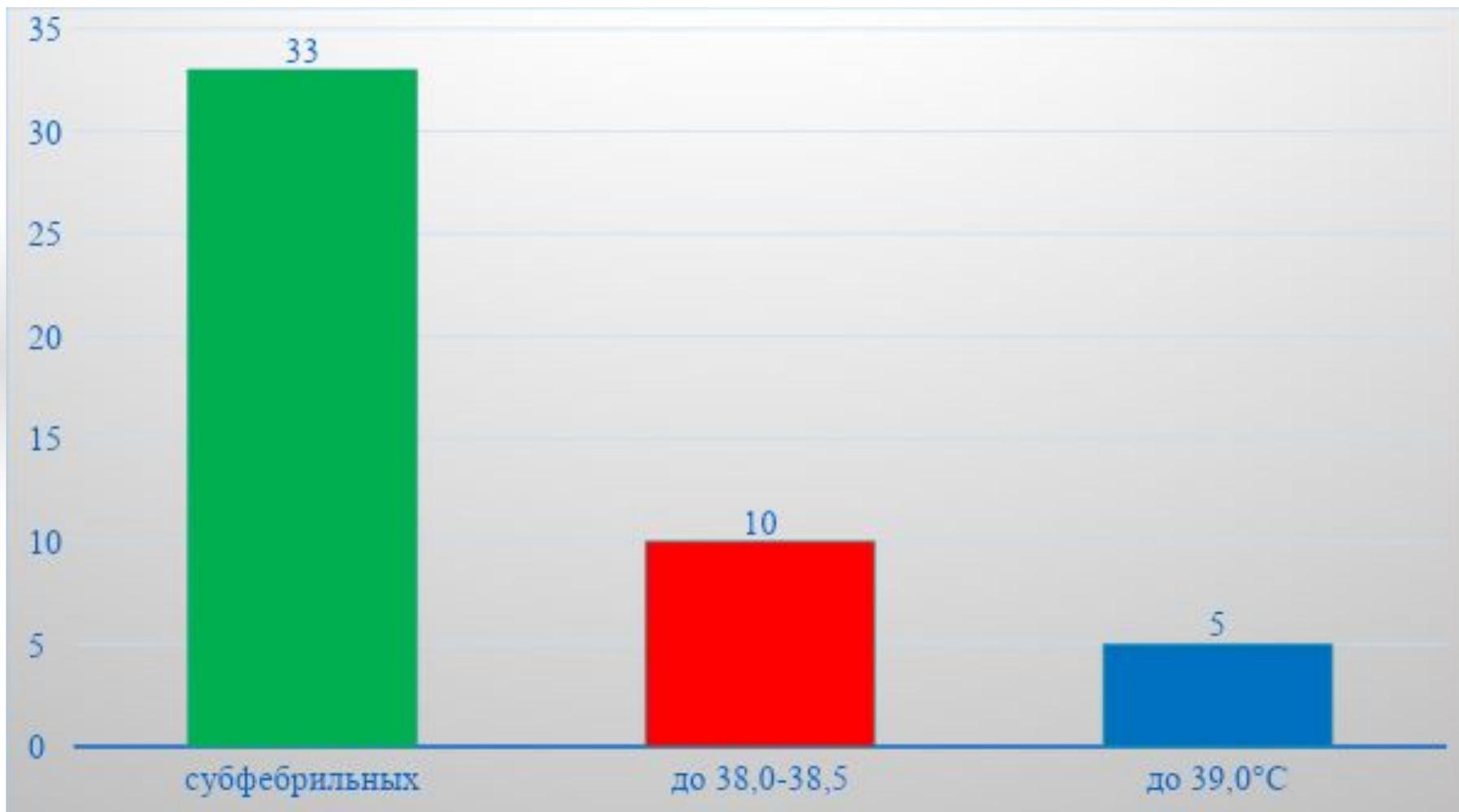


Характеристика жалоб

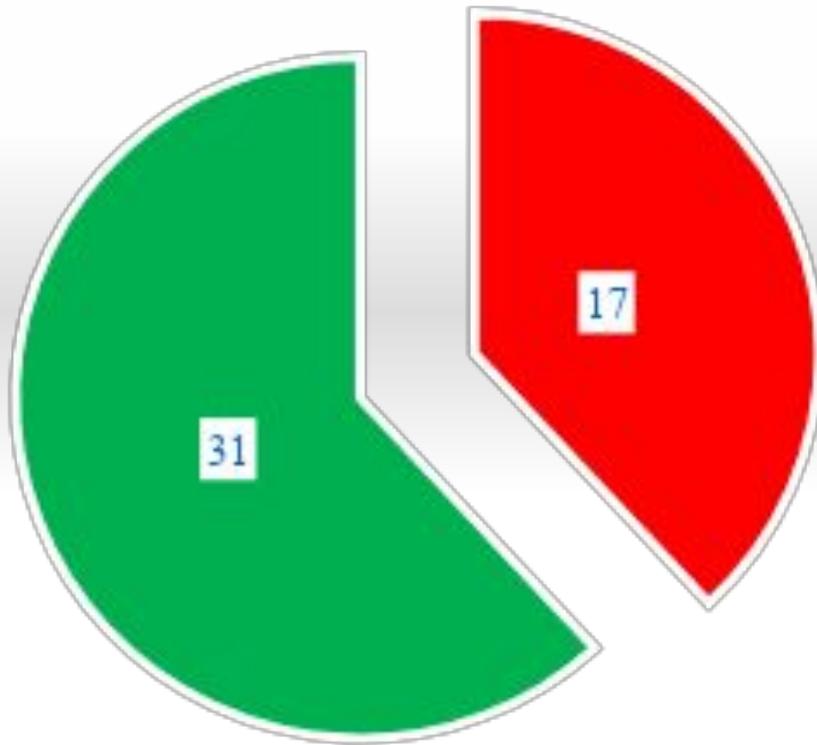
✕



Характеристика температуры



Показатели эффективности терапии



ВЫВОДЫ

1. Основную массу обследованных составляли больные в возрасте от 60 и старше лет (54,2%), лица мужского пола (77,1%). Средний возраст, пациентов составил $48,9 \pm 1,3$ года.
2. Наиболее высокий уровень распространенности острого бронхита отмечается в городе Нальчик (68,1%), что подтверждает данные литературы о высокой распространённости острого бронхита в городской местности.
3. В соответствии с задачами исследования изучались факторы риска формирования ОБ. Из эндогенных факторов - наследственность, фоновые состояния, состояние гуморального иммунитета. Из экзогенных - биологический и социальный анамнез, неблагоприятные средовые воздействия (макро- и микроокружение).
4. Клиническая картина острого бронхита определяется особенностями этиологического фактора, характером, степенью выраженности и распространенностью поражения слизистой оболочки бронхиального дерева, уровнем поражения, степенью выраженности интоксикации и дыхательной недостаточности, темпом развития болезни.

5. Заболевание чаще начиналось остро и протекало в легкой форме - (66,7%), реже отмечалось подострое течение заболевания (33,3%).
6. У большинства наблюдаемых больных отмечались сопутствующие заболевания, оказывающие влияние на прогноз лечения. В ряде наблюдений именно сопутствующая патология являлась тем неблагоприятным фоном, который приводил к развитию острого бронхита.
7. Воспалительные изменения со стороны периферической крови (увеличение количества лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, ускорение СОЭ) наблюдались (56,3%). В редких случаях выявлялись рентгенологические изменения по типу усиления легочного рисунка без клинических и лабораторных данных за наличие пневмонии отмечалось у (4,2%).
8. Лечение проводилось с учетом тяжести состояния и индивидуальных особенностей организма больного. Лечение больных включало режим (постельный на весь период лихорадки и первые два дня после нормализации температуры тела), диету (с учетом возраста, сопутствующих заболеваний, периода и тяжести заболевания, наличия осложнений).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из наиболее распространенных диагнозов, отмечаемых в практике врача-терапевта, является острый бронхит. Особенности клинического и иммунологического статуса больных острым рецидивирующим и затяжным бронхитом обосновывают необходимость изыскания лечебных средств и методов, оказывающих нормализующее влияние на иммунологическую реактивность, способствующих предупреждению перехода заболевания в хроническую форму.

Данная проблема привлекает пристальное внимание экспертов во всем мире, повсеместно разрабатываются программы, направленные на снижение частоты необоснованного широкого применения антимикробных препаратов.

С быстрым ростом в последние годы медицинской науки требуется высококвалифицированный средний медицинский персонал. Важным является то, что пациент в данной ситуации должен рассматриваться не как отдельный случай заболевания, а как личность, имеющая свои физиологические, психологические, социальные и духовные потребности.



*Спасибо
за*

внимание