

Выпускная квалификационная работа
(дипломный проект)

Тема КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕНСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ФОРМАТЕ ЛЕЧЕБНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННО –ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



Выполнила
Филатова Анастасия
Сергеевна

2022г

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Бронхиальная астма относится к числу распространённых неинфекционных хронических заболеваний. В настоящий момент в мире бронхиальной астмой страдает около 360 миллионов человек. Данному заболеванию подвержены люди всех возрастов и социальных групп.
- Бронхиальная астма входит в структуру основных причин инвалидизации и смертности населения. Начавшаяся в детском возрасте, она является причиной инвалидизации взрослого населения в половине случаев заболевания.
- Доказано, что правильно подобранное лечение и уход за больными с БА позволяет контролировать клинические проявления болезни, снижать риск возникновения осложнений и значительно улучшать качество жизни пациентов. Для обеспечения качественного сестринского ухода за пациентами с бронхиальной астмой медицинской сестре необходимо изучить комплекс проблем пациентов, обладать профессиональными и общими компетенциями в рамках основных видов деятельности медицинской сестры.

□ **Цель:** анализ необходимых условий для повышения уровня качества жизни пациентов с бронхиальной астмой в формате основных видов деятельности медицинской сестры.

□ **задачи:**

• Изучить научную, учебную и специальную литературу по заболеванию бронхиальная астма и определить особенности организации за пациентами с бронхиальной астмой в рамках основных видов деятельности.

• Провести анализ осуществления индивидуального комплексного сестринского ухода за пациентом с бронхиальной астмой.

• Определить комплекс проблем пациентов с бронхиальной астмой, в рамках диагностической деятельности медицинской сестры.

• Составить программу корректирующих мероприятий.

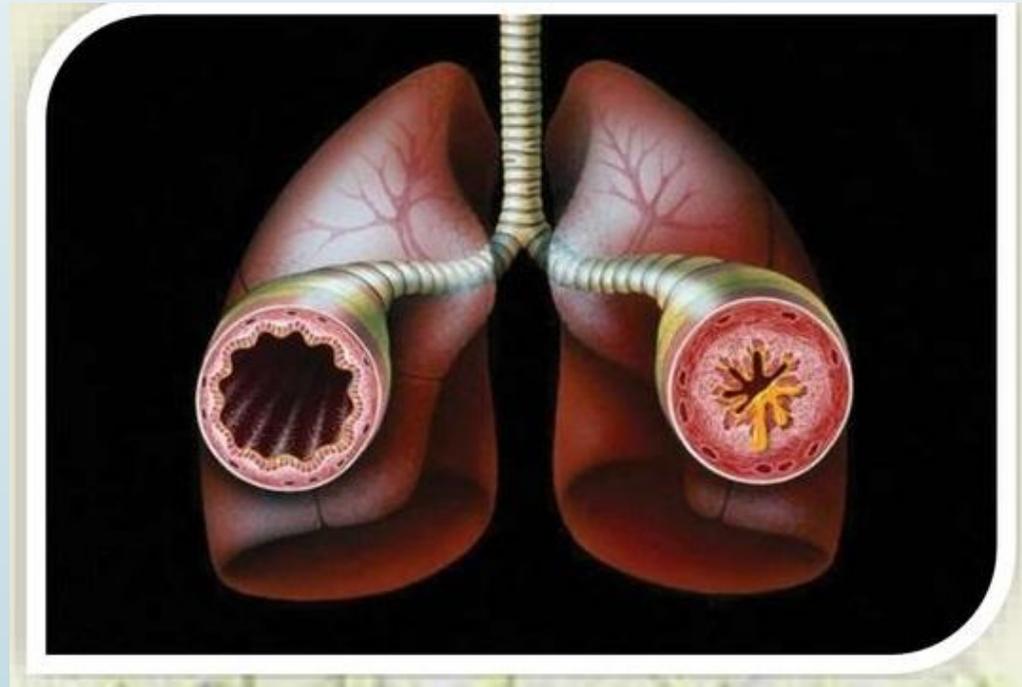
• Сформулировать выводы и общее заключение по ВКР.

□ **Объект:** процесс организации сестринского ухода за пациентом с бронхиальной астмой в соответствии с основными видами деятельности медицинской сестры.

□ **Предмет:** современные аспекты лечебно-диагностической и реабилитационно-профилактической деятельности медицинской сестры в процессе осуществления сестринского ухода за пациентом с бронхиальной астмой.

определение

- Бронхиальная астма (БА) – это гетерогенное(разновидность) заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей ,в котором играют роль многие клетки и клеточные элементы (тучные клетки, эозинофилы, Т-лимфоциты) и диагностирующееся по респираторным симптомам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, переменных (изменчивых, неустойчивых) по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей.



Эпидемиология БА

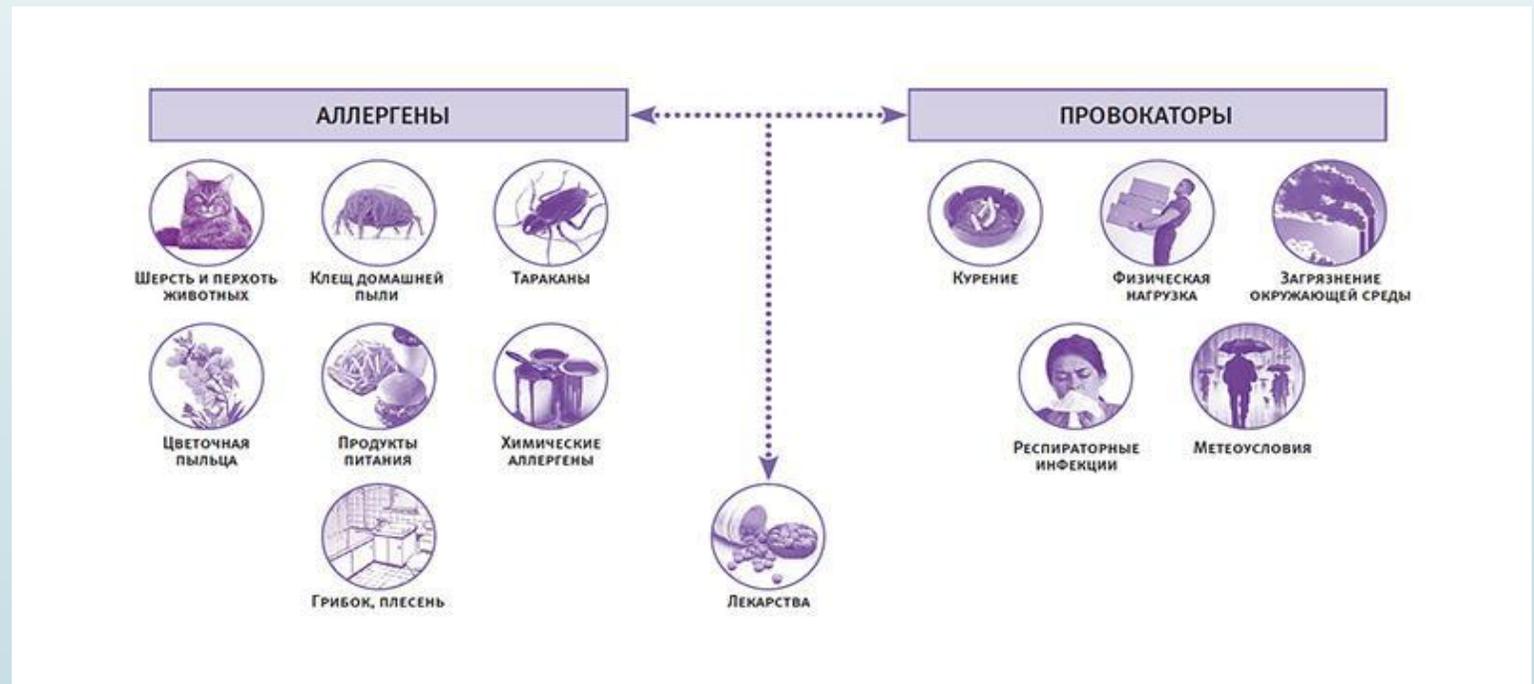
- В настоящее время в России актуальна проблема гиподиагностики БА, особенно на ранних стадиях. Доказано, что почти в половине случаев (48%) при эпидемиологическом исследовании диагноз бронхиальной астмы определяется впервые, а у 3 из 5 больных диагноз установлен на поздних стадиях развития болезни. Это объясняется тем, что имеют место случаи не распознаваемости астмы, при появлении симптоматики пациенты не всегда своевременно направляются к врачу. Из-за этого патологический процесс не регистрируется. Проблема с диагностикой приводит к позднему началу или полному отсутствию лечебных и профилактических мероприятий.
- Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что в России бронхиальной астмой страдают 6,9% взрослых, и около 10% детей и подростков. Заболевание может развиваться в любом возрасте, однако почти у половины больных оно начинается в детском возрасте и еще у 30% – в возрасте до 40 лет. Статистика свидетельствует, что заболевание, проявившееся в детском возрасте в 60–80% случаев, продолжается у взрослых пациентов. В подростковом возрасте чаще болеют мальчики, во взрослом возрасте женщины болеют в 1,5-3 раза чаще, чем мужчины.
- БА оказывает большое влияние на социальное и экономическое бремя общества, являясь распространенной причиной инвалидизации и смертности населения. Бронхиальная астма составляет 1,4 % всех госпитализаций, 1,5 % от общего числа инвалидов и сокращает среднюю продолжительность жизни больных на 6,6 года у мужчин и 13,5 лет у женщин.
- В свою очередь, своевременное лечение, профилактика и уход оказывают существенное влияние на снижение уровня инвалидности и смертности от БА и значительно улучшает качество и продолжительность жизни больных.

ЭТИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- **Бронхиальная астма** – мультифакторная болезнь, на её распространение и тяжесть течения влияют генетические факторы, климат, микроокружение, уровень развития общества, социальная и расовая принадлежность, уровень стресса. БА вызывается аллергенами, которые приводят к сенсibilизации организма.

Все аллергены делятся на две группы:

- Неинфекционные
- Инфекционные



ЭТИОЛОГИЯ

□ Неинфекционной природы :

I. Экзогенные

- 1) бытовые (домашняя пыль, перо , дерматофагоидные клещи, книги , плесень в ванных комнатах)
- 2) растительного и животного происхождения (пыльца деревьев, травы, скошенное сено, шерсть животных, корм для рыбок - дафнии)
- 3) продукты (яйца, цитрусовые, клубника, шоколад, рыба, крабы и т.д.)
- 4) лекарственные вещества (А/Б, НПВС, витамины)
- 5) химические продукты (клеи, порошки, бытовая химия и т.д.)

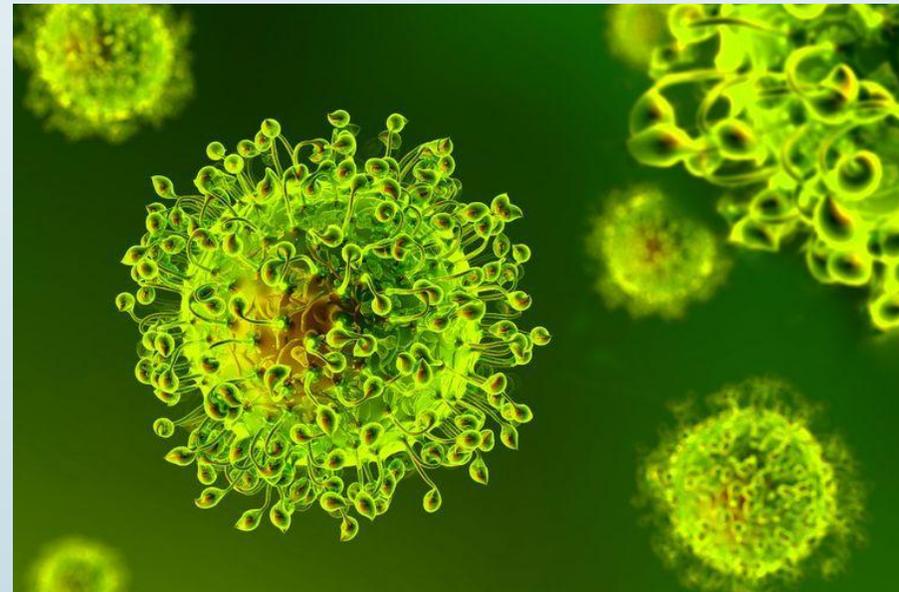
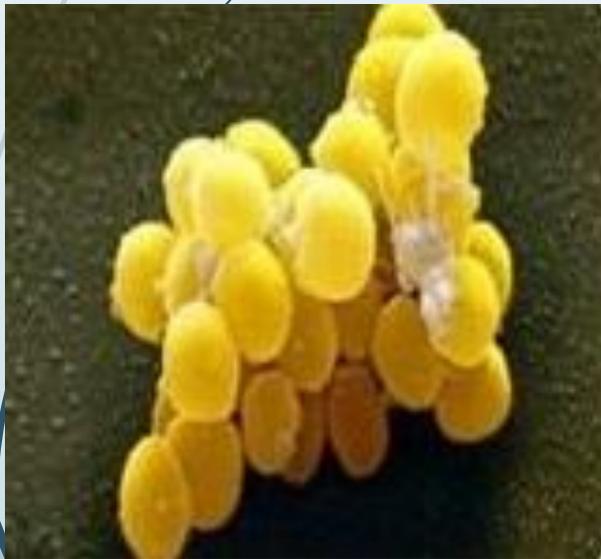
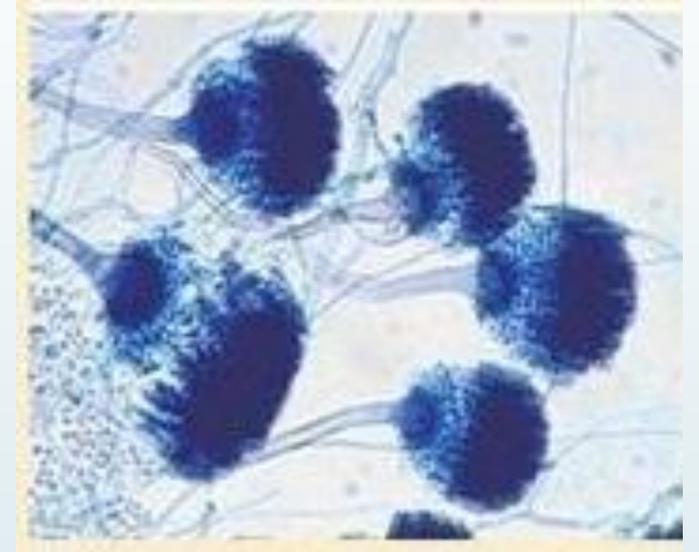
II. Эндогенные

- Психоэмоциональное нарушение(острое нервное воздействие или длительные отрицательные эмоции) Гормональный дисбаланс



Инфекционные аллергены

- Бактерии
- Вирусы
- Грибы



Выделяют 3 основные группы факторов ,оказывающих влияние на формирование и развитие БА

1. Предрасполагающие факторы (обуславливают склонность к болезни). атопия и наследственность
2. Причинные факторы (сенсibilизируют дыхательные пути и вызывают начало заболевания):
 - Аллергены: клещи домашней пыли, шерсть и перхоть домашних животных, аллергены тараканов, пыльца растений, аспирин, грибы, в том числе плесневые и дрожжевые.
 - Профессиональные сенсibilизаторы(работа в пищевой промышленности, металлургии, медицине и т.д.);
3. Усугубляющие факторы (факторы ,повышающие риск развития болезни при воздействии причинных факторов) : курение, загрязнение воздуха, внешние поллютанты (различного рода загрязнители), вирусные инфекции , недоношенность, питание, нервно- психические воздействия (стресс).

Механизм развития нарушений жизненно важных потребностей у пациента с БА

У людей, страдающих астмой, дыхательные пути крайне чувствительны и реагируют на раздражающие вещества. Эти раздражающие вещества, вызывающие развитие симптомов астмы, называют **триггерами**, или провоцирующими факторами.

Когда человек, страдающий астмой, встречается с провоцирующим фактором, мышцы в стенках бронхов сокращаются, так что дыхательные пути становятся более узкими (гиперреактивность бронхов). Ткань выстилающая дыхательные пути, начинает отекать, образуется слизь или мокрота. Гиперсекреция слизи может приводить к сужению или закрытию просвета бронхов («слизистые пробки») и образованием воспалительного экссудата. Это приводит к затруднению дыхания и развитию симптомов астмы (эпизоды одышки, затруднение дыхания, чувство стеснения в груди, кашель). Воспаление в дыхательных путях является исходной причиной симптомов астмы.



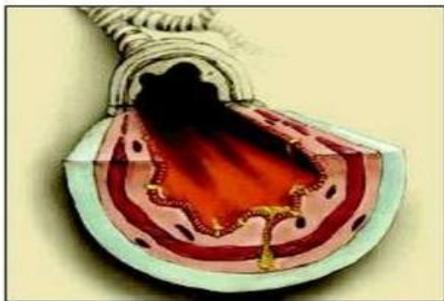
Приступ удушья-это результат нарушения бронхиальной проходимости за счет:

1. бронхоспазма;
2. отека слизистой;
3. повышенного образования слизи измененного состава.

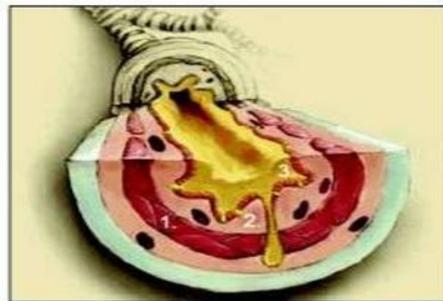
Механизм развития нарушений жизненно важных потребностей у пациента с БА

- У людей, страдающих астмой, дыхательные пути крайне чувствительны и реагируют на раздражающие вещества. Эти раздражающие вещества, вызывающие развитие симптомов астмы, называют **триггерами**, или провоцирующими факторами.
- Бронхиальная астма протекает с участием многих клеток (тучных клеток, эозинофилов, Т-лимфоцитов) и освобождением большого числа воспалительных медиаторов (хемокинов, цистеиниловых, лейкотриенов, цитокинов, гистамина, окиси азота, простагландина D₂).
- Воспаление дыхательных путей вызывает их гиперреактивность, бронхиальную обструкцию и респираторные симптомы (эпизоды одышки, затруднение дыхания, чувство стеснения в груди, кашель, возникающие преимущественно ночью или ранним утром). Приступ удушья-это результат нарушения бронхиальной проходимости за счет: 1. бронхоспазма, 2. отека слизистой, 3. повышенной образования слизи измененного состава.

Изменения бронхов при бронхиальной астме



Нормальный бронх



Бронх при БА:
1 – спазм
2 – отек слизистой
3 – гиперсекреция

Бронхиальная обструкция является главным механизмом сужения дыхательных путей и обуславливается острым бронхоспазмом, отеком стенки бронхов, закупоркой слизи и ремоделированием (процесс изменения) гладкой мускулатуры стенки бронха в ответ на бронхоконстриктивное действие различных медиаторов и нейротрансмиттеров (посредники). Медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудистого русла и формируют отек дыхательных путей. Гиперсекреция слизи может приводить к сужению или закрытию просвета бронхов («слизистые пробки») и образованием воспалительного экссудата. Вследствие структурных изменений в стенке бронхов происходит их утолщение, часто называемое «ремоделированием», что приводит к неполно обратимой обструкции бронхов под действием бронхолитиков.

Вывод: знание этиопатогенеза бронхиальной астмы позволяет медицинской сестре участвовать в санитарно- гигиеническом воспитании населения, адаптации пациентов к заболеванию, формировании мотивации здорового образа жизни, разъяснении пациентам сути режима и диеты, разъяснение важности исключения провоцирующих факторов, в рамках профилактической и реабилитационной деятельности.



Классификация БА по степени тяжести (до лечения):

I. Лёгкая ступень

□ – интермитирующая:

Приступы БА реже 1 раза в неделю. Обострения короткие – от нескольких часов до нескольких дней. Ночью приступы редко, 2 раза и меньше в месяц.

□ – персистирующая:

Приступы БА более 1 раза в неделю, но не более 1 раза в день. Влияют на активность пациента, сон. Ночные приступы чаще 2 раз в месяц.

II. Средняя ступень

□ – умеренно персистирующая БА:

Приступы каждый день, ежедневный приём бронхолитиков, ночные приступы чаще 1 раза в неделю, нарушается активность и сон.

III. Тяжелая ступень

□ – тяжелая персистирующая БА:

Ежедневные приступы, ограничение физической активности, частые ночные приступы. Часто АС.

Классификация БА по уровню контроля

- Контролируемая БА: полное отсутствие всех проявлений БА и нормальным уровнем спирометрии
- Частично контролируемая БА: наличие ограниченного числа симптомов.
- Неконтролируемая БА: обострение БА в течение 1 недели

Фазы течения:

1. Фаза обострения
2. Фаза нестабильной ремиссии
3. Фаза стабильной ремиссии (не менее 2-х лет полностью отсутствует проявление заболевания)

Осложнения:

- 1) Легочные: АС(син-м ОДН), эмфизема легких, легочная недостаточность, ателектаз легких, пневмоторакс и др.
- 2) Внелегочные: дистрофия миокарда, легочное сердце(гипертрофия правых отделов сердца), сердечная Недостаточность, беттолепсия -кратковременные обмороки в результате проходящей гипоксии головного мозга и т.д.

Клинические проявления

Клиническая картина бронхиальной астмы разнообразна и зависит от формы заболевания, его течения и осложнений. Основное клиническое проявления заболевания-приступы удушья экспираторного характера (нарушение процесса выдоха).

Для бронхиальной астмы характерны:

- 1) повторяющиеся эпизоды хрипов в грудной клетке (свистящее дыхание) без какой-либо зависимости;
- 2) мучительный кашель или хрипы в легких ночью или ранним утром, мешающие спать;
- 3) кашель и хрипы в легких, возникающие во время или после физической нагрузки, в том числе ночью;
- 4) кашель, хрипы в легких или чувство тяжести в грудной клетке в любое время суток, или которое продолжается более 10 дней;
- 6) бронхорасширяющие препараты вызывают облегчение дыхания, улучшают общее состояние пациента

В центре клинической картины бронхиальной астмы – приступ удушья, который может быть легкой, средней и тяжелой степени тяжести.

Чаще приступы удушья беспокоят больного по ночам. В случаях средней тяжести приступы удушья наблюдаются утром.

В развитии приступа удушья условно выделяют следующие периоды:

Период предвестников (продромальный период): Развивается накануне приступа БА (чаще за 30-60 минут, иногда дней). как правило, проявляется вазомоторными реакциями слизистой оболочки носа (чиханье, обильные водянистые выделения), головной болью и болью в горле, кашлем.

В период разгара у больных появляется ощущение заложенности в грудной клетке, затрудненное дыхание с коротким вдохом и затяжным выдохом, сопровождающимся громкими свистящими хрипами, слышными на расстоянии. Увеличивается ЧДД. Пульс слабый, САД снижено, ДАД повышено. Появляется кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой(стекловидная). Отмечается бледность, цианоз губ. Лицо становится одутловатым, в фазу выдоха может наблюдаться набухание вен шеи. С целью облегчения дыхания больной принимает вынужденное положение (чаще сидя) с наклоном туловища вперед, опираясь локтями на спинку стула или колени(ортопное). Приступ длится от нескольких минут, до нескольких часов или дней. При осложненном течении может переходить в астматический статус.

В период обратного развития улучшается отхождение мокроты, в легких уменьшается количество сухих хрипов, восстанавливается функция дыхания- удушье постепенно проходит (сначала вязкая, стекловидная, слепки с бронхов, затем легко).



Комплекс проблем пациентов с бронхиальной астмой

К возможным проблемам пациента относятся:

физиологические	психологические	социальные	духовные	приоритетные	потенциальные
<ul style="list-style-type: none">- удушье- экспираторная одышка- кашель с трудноотделяемой мокротой- дискомфорт в носоглотке- бледность- цианоз- слабость- снижение физической активности	<ul style="list-style-type: none">- депрессия из-за приобретенного заболевания- страх неустойчивости жизнедеятельности- недооценка тяжести состояния- дефицит знаний о болезни- страх из-за возможности возникновения повторных приступов- дефицит самообслуживания- уход в болезнь- дискомфорт в связи с необходимостью постоянно пользоваться медикаментами, ингаляторами,- изменение образа жизни	<ul style="list-style-type: none">- утрата трудоспособности, инвалидизация- материальные трудности в связи со снижением трудоспособности- социальная изоляция- невозможность смены места жительства	<ul style="list-style-type: none">- дефицит духовного участия	<ul style="list-style-type: none">- удушье- экспираторная одышка	<p><u>Риск развития осложнений:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Астматический статус• Острая дыхательная недостаточность• Спонтанный пневмоторакс• Ателектаз легкого (спадение)• Пневмония

Вывод: знание клинической картины бронхиальной астмы позволяет медицинской сестре определить настоящие и потенциальные проблемы пациента, поставить сестринский диагноз и составить адекватный план ухода за пациентом.

В данном разделе работы медицинская сестра выполняет 1 этап сестринского процесса (сбор информации), реализует общие и профессиональные компетенции.



Качество жизни пациента базируется на условиях, образе жизни и

удовлетворении потребностей человека.

У пациентов с бронхиальной астмой выявлены следующие нарушенные потребности:

Физиологические потребности	Потребности в безопасности	Социальные потребности	Потребность в уважении и самоуважении
<ul style="list-style-type: none">• Нормально дышать: удушье, экспираторная одышка, чувство стеснения в груди.• Употреблять достаточное количество пищи и жидкости: ограничение в диете, исключение аллергических продуктов, необходимость приема обильного теплого щелочного питья.• Выделять продукты жизнедеятельности: выделение мокроты.• Двигаться и поддерживать нужное положение: ограничение движения, одышка при физической нагрузке, вынужденное положение в момент приступа.• Спать и отдыхать: приступы удушья по ночам, утром.	<p><u>Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасность для других людей:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• неуверенность в благоприятном исходе заболевания,• страх смерти,• возможность развития осложнений,• возможность развития побочного действия лекарственных средств,• неумение пользоваться ингалятором.	<p><u>Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• приступы удушья, усиление одышки при разговоре, контакте с аллергенами.	<ul style="list-style-type: none">• <u>Заниматься любимой работой:</u> ограничение в выборе профессии, снижение трудоспособности.• <u>Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх:</u> изменение образа жизни.

Деятельность медицинской сестры по осуществлению комплексного ухода за пациентами с бронхиальной астмой, направлена на восполнение дефицита самоухода и удовлетворение потребностей.

Важнейшие характеристики качества сестринской помощи.

- профессиональные компетенции
- доступность - возможность получить необходимую медицинскую помощь и уход независимо от экономических, социальных и иных барьеров.
- безопасность - сведение до минимума риска возможных осложнений, побочных эффектов лечения;
- результативность - эффективность сестринских вмешательств, улучшающих здоровье пациента.
- непрерывность и преемственность - получение пациентом необходимой медицинской помощи без задержки и перерывов;
- удобство - условия, обеспечивающие максимально возможную самостоятельность пациента в осуществлении физиологических потребностей; чистота и комфорт.
- межличностные отношения.

ДИАГНОСТИКА

- В ходе диагностической деятельности медицинская сестра выполняет независимые (выявление комплекса проблем, выявление степени фундаментальных потребностей и тп.) и взаимозависимые вмешательства.
- Диагностика БА проводится с учетом анамнеза, клинических проявлений и исследований функции легких. В рамках сестринского процесса медицинская сестра участвует во всех этапах диагностических вмешательств - собирает анамнез заболевания, анализирует жалобы пациента, выявляет проблемы пациента и оценивает их динамику, формулирует сестринский диагноз и проводит мониторинг жизненно важных функций организма пациента.

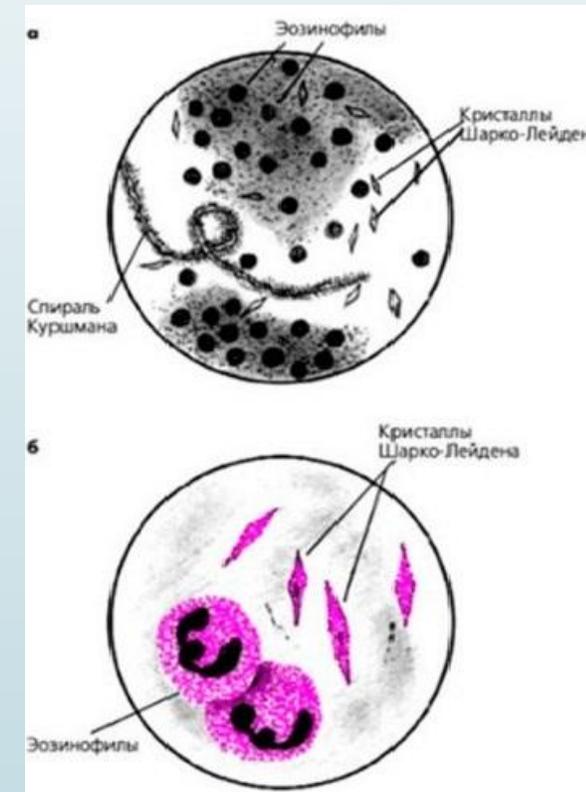
- ✓ Жалобы больного и комплекс проблем пациента (кашель с трудноотд. Мокротой, стеснение в груди ,экп.одышка,приступы удушья)
- ✓ История болезни (Начало заболевания, причины развития, проводившееся обследование и лечение)
- ✓ Физикальное обследование (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)

Лабораторные методы исследования:

- ✓ ОАК (эозинофилия, ускорение СОЭ)
- ✓ Биохимический анализ крови (повышение уровня альфа₂ и гамма-глобулинов, фибриногена, сиаловых кислот.)
- ✓ Общий анализ мокроты (эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, лейкоциты.)
- ✓ Иммунология (иммуноглобулин Е.)
- ✓ Кожные пробы
- ✓ Анализ крови на газы и кислотность (уменьшение концентрации кислорода в крови и увеличение концентрации углекислого газа.)

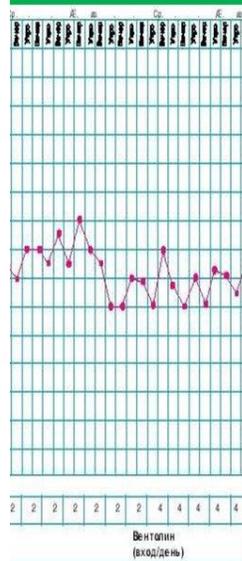
Инструментальные методы исследования:

1. **Спирография** – графическая регистрация дыхательных объемов, снижение ФЖЕЛ, ОФВ₁, уменьшение объема выдыхаемого воздуха – признак нарушения бронхиальной проводимости.
2. **Пневмотахометрия** – скорость экспираторного потока воздуха на середине выдоха.
3. **Пикфлоуметрия** – метод измерения максимальной (пиковой) объемной скорости воздуха во время форсированного выдоха после полного вдоха.
4. **Пробы с использованием бронходилататоров** – для уточнения степени обратимости бронхиальной обструкции.
5. **Бронхоскопия**
6. **рентгенография**





ПРИМЕНЕНИЕ ПИКФЛОУМЕТРИИ



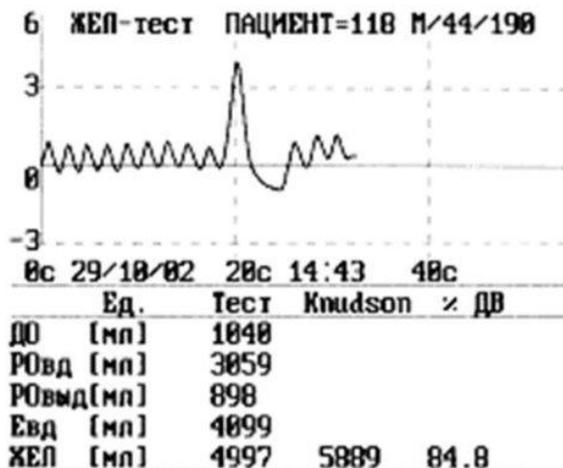
$$A = \frac{2|V_1 - V_2|}{V_1 + V_2} \cdot 100\%$$

Суточная вариабельность пиковой скорости выдоха
В норме не более 20%

Зеленая зона - ПСВ 80-100% от должных или лучших индивидуальных значений, А не более 20%.
Желтая зона - ПСВ 60-80% от должных или лучших индивидуальных значений, А не более 20-30%.
Красная зона - ПСВ менее 60% от должных или лучших индивидуальных значений, А более 30%.



СПИРОМЕТРИЯ



Пневмотахометрия



В ходе профессиональной деятельности медицинская сестра формирует

ОК 2(умение организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество),

ОК 3 (способность принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, умение нести ответственность за принятые решения),

ПК 2.2 (осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействия с участниками лечебного процесса),

ПК 2.3 (сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами подготавливаю биологические материалы для доставки в лаборатории),

ПК 2.6 (вести медицинскую документацию).

Лечение

- **Цель:** контроль астмы и улучшение качества жизни.
- Задачи:**
1. Уменьшить или устранить выраженность симптомов.
 2. Улучшить функцию легких.
 3. Предотвратить развитие обострений.
 4. Обучить пациентов навыкам самоконтроля.

К зависимым вмешательствам медицинской сестры относятся:

- Выполнение фармакотерапия по назначению врача, обеспечение путей введения лекарственных средств.
- Помощь врачу при выполнении лечебных манипуляций.
- Четкое выполнение назначений врача.
- Выполнение назначенных врачом режима двигательной активности и режима питания.

К независимым вмешательствам медицинской сестры относятся:

- Выполнение мероприятий по личной гигиене пациентов;
 - Проведение профилактики пролежней и застойных явлений
 - Контроль за передачами продуктов пациенту родственниками.
 - Проведение контроля АД, ЧДД, пульса.
- Обучение пациента:**
- Проведение бесед о значении систематического приема противовоспалительных(профилактических) средств, правилам приема медикаментов, их побочных действиях.
 - Проведение бесед о значении контроля симптомов астмы пикфлоуметром; обучение больных пользования пикфлоуметром, ингалятором.
 - Обучение пациента использованием индивидуальной плевательницы.
 - Консультирование и обучение пациентов диетотерапии.
 - Обучение рациональному режиму двигательной активности.
 - Оказание доврачебной помощи при приступе удушья;

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Фармакотерапия относится к зависимым сестринским вмешательствам и проводится по назначению врача. Она включает в себя препараты для экстренного оказания помощи и противовоспалительные профилактические средства длительного действия.

Препараты для экстренного оказания помощи. Они назначаются лечащим врачом больным с интермиттирующим (периодическим) и легким течением болезни без добавления других препаратов.

К ним относятся:

- *ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия* (сальбутамол, фенотерол, беротек, беродуал и др.);
- *антихолинергические средства* (ипратропия бромид, атровент и др.). Назначаются только в случаях непереносимости бета-2-агонистов или наличии побочных эффектов при их применении;
- *теофиллины короткого действия* (эуфиллин и другие препараты). Назначаются только в случаях непереносимости бета-2-агонистов и антихолинергических препаратов или наличии побочных эффектов при их применении;
- **кортикостероиды:** системные (преднизолон, дексаметазон в таблетках) и ингаляционные (бекотид, фликсотид и др. в ингаляциях). Они не оказывают прямого бронхорасширяющего действия, но улучшают эффективность бета-2-агонистов и блокируют позднюю астматическую реакцию после воздействия стимула (триггера).
- Для снятия приступа любой тяжести лучше использовать бета-2-агонисты короткого действия. При их отсутствии можно дать горячее щелочное питье, поставить горчичные ножные, ручные ванны.

К бронхолитическим препаратам пролонгированного (продленного) действия относятся:

- Ингаляционные бета-2-агонисты длительного действия (сальметерол и серевент в дозированном аэрозоле)
- Оральные теофиллины длительного действия (теодур, теотард, теобилонг, теопэк в таблетках).

Они применяются для усиления бронходилатирующей терапии только при ночных приступах астмы. Действие данных препаратов начинается спустя длительное время (2-3 часа) после приема и продолжается 12 и более часов.

Для экстренной помощи их принимать нельзя.

Для снятия приступа не рекомендуются:

- ацетилцистеин - усиливает кашель.
- антигистаминные препараты - могут способствовать развитию астматического статуса.
- сульфат магния и физиотерапевтические процедуры на грудную клетку.

Базисная терапия:

- ✓ кромоны (интал , тайлед,)
- ✓ -ингаляционные ГКС-основная группа для лечения БА (будесонит (пульмикорт турбухалер, бенакорт), циклесонид (алвеско), бекламетазон (бекотид, беклоджет, кленил, беклазон ЭКО, беклазон ЭКО лёгкое дыхание), асмонекс, ингакорт, флутиказон (фликсотид)

Осложнения: ротоглоточный кандидоз, осиплость голоса, реже – кандидоз пищевода (профилактика – полоскание, спейсер), кашель и бронхоспазм (профилактика – спейсер, бета2 агонисты перед ГКС)

- ✓ антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- ✓ моноклональные антитела (omalizumab – ксолар – АТ к иммуноглобулину E.)

Симптоматическая терапия:

- бета2 агонисты (симпатомиметики)
- ксантины

Бронходилататоры:

- ✓ **Бета 2 адреномиметики длительного действия :**
Формотерол (фурадил, оксис, атимос), сальметирол – серевент.
- ✓ **Бета 2 адреномиметики короткого действия:** фенотерол (беротек), сальбутамол (вентолин), тербутамин (бриканил)

Холиноблокаторы:

Короткого действия: ипратропия бромид (атровент)

Окситропиум

Длительного действия: тиотропия бромид (серевент)

Беродуал – ипратропия бромид и фенотерол

Комбинации ИГКС и пролонгированных бета2 адреномиметиков:

- серетид, серетид мультидиск – сальметрол + флутиказон
- симбикорт – формотерол + будесонит
- беродуал, комбивент, сальтос – тоже

Системные ГКС назначают в/в при обострении БА, в рот, короткими курсами или длительно (стероидная БА – тяжелое течение).

Преднизолон – преднизон, преднизолон;

Метилпреднизолон – медрол, метипред;

Триамцинолон – полькортолон.

Пролонгированные ГКГ: дипроспан, кеналог, депо-медрол.

Побочные действия системных ГКС: остеопороз, АГ, СД, надпочечниковая недостаточность, синдром Иценко – Кушинга, катаракта, глаукома, капилляропатия, истончение кожных покровов, стрии, миопатии, гиперлипидемия, ожирение. У детей – замедление роста, уменьшение длины нижних конечностей.

Антилейкотриеновые препараты устраняют базальный тонус дыхательных путей: аколлат – зафирлукаст, синтуляр – монтелукаст, праилукаст.

При аспириновой БА – дополнительно к терапии.



ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЙСЕРОМ:

1. Снимите защитный колпачок с наконечника аэрозольного дозированного ингалятора (АДИ) и хорошо встряхните баллон.
 2. Прикрепите большое отверстие спейсера к наконечнику.
 3. Закройте спейсер, используя защитный колпачок. Защитный колпачок от АДИ должен быть прикреплен к спейсеру в целях предотвращения потери ингалируемого препарата.
 4. Нажмите указательным пальцем кнопку на баллоне, чтобы пропустить струю в спейсер.
 5. Снимите защитный колпачок и осторожно вдыхайте аэрозируемое вещество из спейсера; задержите дыхание на несколько секунд, способствуя попаданию аэрозируемого препарата в бронхи, и не спешите немедленно его выдохнуть. Удалите спейсер из полости рта и медленно выдыхайте. Важно вдыхать аэрозольный препарат из спейсера сразу после распыления струи, иначе частицы препарата быстро оседают на внутренних стенках устройства и не могут быть поглощены. Повторите действия, описанные в пунктах 3, 4 и 5, если Вам было предписано более однократного вдоха.
 6. После употребления аэрозоля закройте его защитным колпачком.
 7. Рекомендуется тщательно избавиться от ненужного привкуса остаточного количества препарата в полости рта и глотки путем полоскания после каждой ингаляции.
- Содержимое баллончика находится под давлением, поэтому запрещается его разбирать и подвергать нагреванию выше 50 градусов.

Вывод: В ходе лечебной деятельности медицинской сестрой реализуются следующие общие компетенции:

- способность осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития (ОК 4),
- умение использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности (ОК 5),
- способность работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством (ОК 6),
- готовность брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку (ОК 10),
- организовать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности (ОК 11).
- Так же реализуются такие профессиональные компетенции как: представление информации в понятном для пациента виде, объяснение ему сути вмешательств, проведение консультаций по приему лекарственных средств, лечебному питанию, режиму дня (ПК 2.1),
- осуществление лечебно-диагностических вмешательств, взаимодействуя с участниками лечебного процесса (ПК 2.2),
- сотрудничество с взаимодействующими организациями и службами – подготовка биологических материалов для доставки в лаборатории (ПК 2.3),
- применение медикаментозных средств в соответствии с правилами их использования ПК4),
- соблюдение правил использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса (ПК 2.5),
- ведение медицинской документации (ПК 2.6).

РЕАБИЛИТАЦИОННО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Реабилитация – это предупреждение осложнений и рецидивов заболевания.

Основу реабилитации составляет предоставление пациенту необходимой информации о заболевании, обучение основным техникам мониторинга своего состояния, беседа о необходимости следования индивидуальному плану лечения и проведения регулярной оценки состояния врачом.

Физическая реабилитация направлена на улучшение сердечно-легочной функции и включает в себя: расширение двигательного режима, ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж, физиолечение.

Реабилитационная деятельность медицинской сестры включает:

- разъяснение пациенту сути режима и контроль его соблюдения пациентом. Контроль расширения режима.
- разъяснение пациенту сути диеты и контроль ее соблюдения пациентом. Контроль расширения диеты.
- обучение пациента и контроль за проведением дыхательной гимнастики.
- проведение ЛФК.
- проведение массажа.
- проведение физиотерапевтических процедур.
- психологическая поддержка (посредством общения с пациентом и родственниками).
- участие в восстановлении утраченных навыков.

Профилактика бронхиальной астмы

Проведение профилактической деятельности мед. сестры подразумевает восполнение у пациентов дефицита знаний по механизмам заболевания, его клиническим проявлениям, триггерных факторах и осложнениях.

К профилактической деятельности медицинской сестры относятся:

- формирование мотивации здорового образа жизни;
- обеспечение инфекционной безопасности пациента и больничной среды;
- адаптация пациента к заболеванию через обучение по программам школ;
- санитарно–гигиеническое воспитание населения;
- проведение диспансеризации;

Профилактика бронхиальной астмы делится на первичную, вторичную и третичную профилактику.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

мероприятия, направленные на устранение факторов развития заболевания:

- курения
- выявление лиц с признаками угрозы возникновения бронхиальной астмы (отягощенная наследственность, аллергические заболевания), постановка этих лиц на диспансерный учет и проведение оздоровительных мероприятий (санация очагов инфекции, ЛФК).
- НОРМАЛИЗАЦИЯ МАССЫ ТЕЛА для лиц с ИМТ >30 кг/м²
- Уменьшение воздействия аллергенов, поллютантов, вирусов, некоторых лекарств, бытовой химии, парфюмерии на человека, у которого есть атопия
- Поддержание нормально иммунитета и тп



Вторичная профилактика

мероприятия, направленные на предупреждение обострения заболевания.

Они включают:

- гипоаллергенный быт,
- диспансерное наблюдение пульмонолога, аллерголога, участкового терапевта,
- проведение базисной терапии.
- Элиминация аллергенов из жилых помещений



Элиминация аллергенов – приём, основанный на устранении аллергенов из окружения больного с целью предупреждения их повторного попадания в организм.



Третичная профилактика

это реабилитация – включает в себя школы здоровья, пребывание пациентов в санаториях, профилакториях и на курортах с морским климатом либо на высокогорье и прочее. Рекомендованы курорты Алтая (летом), европейского Средиземноморья, Кабардино- Балкарии, Кисловодска, южного берега Крыма. Путешествия разрешены лишь в стадии ремиссии бронхиальной астмы.



Наблюдения из практики

Пациентка, женщина К, 63 года поступила в терапевтическое отделение.

Клинический диагноз: Бронхиальная астма смешанного генеза (экзогенная, эндогенная), тяжелое персистирующее течение, неконтролируемая. Хронический бронхит, средней степени тяжести, обострение ДН 2.

Впервые заболевание диагностировано в 2005 г.

Предрасполагающие факторы: пищевая аллергия употребление рыбы, резкие запахи хим. средств, выхлопные газы, домашнюю пыль.

Перенесенные инфекционные заболевания, травмы - отсутствуют.

Жалобы на момент осмотра: одышка смешанного типа, приступы удушья, кашель с гнойной мокротой, слабость.

Комплекс проблем пациента и перечень нарушенных потребностей:

Нарушенные потребности	Проблемы пациента
Дыхание	<ul style="list-style-type: none">• Смешанная одышка• Приступы удушья• Непродуктивный кашель 1.4. Мокрота
Питание, питье	<ul style="list-style-type: none">• Дефицит знаний о диете
Нарушение сна	<ul style="list-style-type: none">• Нарушение сна вследствие удушья и одышки
Безопасность	<ul style="list-style-type: none">• Боль в грудной клетке• Частые стрессовые ситуации• Небрежное отношение к своему здоровью• Низкая информированность о заболевании• Возможность развития осложнений
Движение	<ul style="list-style-type: none">• Необходимость соблюдения палатного режима• Одышка, удушье при физической нагрузке
общение	<ul style="list-style-type: none">• Ограничение общения в связи с нахождением в стационаре
Отдых и труд	<ul style="list-style-type: none">• Невозможность заниматься любимым делом.
Психологический комфорт	<ul style="list-style-type: none">• Страх смерти от удушья• Тревога вследствие дефицита знаний о заболевании.• Психозмоциональное напряжение, связанное с необходимостью придерживаться диеты и гипоаллергенного быта

Планирование сестринских вмешательств по приоритетной проблеме

Приоритетная проблема: приступ удушья.

Краткосрочная цель: создать условия для купирования приступа удушья.

Долгосрочная цель: не допустить развития осложнений, учащения приступов, пациентка продемонстрирует знания о заболевании, способах профилактики приступов удушья.

Зависимые вмешательства

- **выполнение врачебных назначений:** введение препаратов эуфиллин, беродуал, дексаметазон.
- режим палатный.
- диета гипоаллергенная (стол №9).

Взаимозависимые вмешательства:

Подготовка пациента к назначенным исследованиям:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (из вены);
- аллергообследование;
- бронхоскопия;
- рентгенография органов грудной клетки;

Независимые вмешательства

- информировать больного и его родственников о заболевании и возможных осложнениях.
- придать пациенту возвышенное положение в постели или положение с упором на руки.
- освободить пациента от стесняющей одежды.
- обеспечить приток свежего воздуха (открыть окно).
- приготовить и обеспечить подачу увлажненного кислорода.
- вызвать врача.
- обеспечить наблюдение за пациентом (подсчитать пульс, измерить артериальное давление).

Результат: купирование приступа удушья в течение 30 минут, пациентка демонстрирует знания о заболевании, способах профилактики приступов удушья.

СЕСТРИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЫПИСКЕ ПАЦИЕНТА

1. Режим физических нагрузок

В первые дни в занятия вводят упражнения для мелких и средних мышечных групп и суставов дистальных отделов конечностей в сочетании с дыхательными упражнениями.

2. Диета - стол № 9

Целью диеты № 9 при бронхиальной астме является нормализация обмена веществ, облегчение симптомов и приступов заболевания.

3. Рекомендации по самоуходу (Необходимо придерживаться принципов здорового образа жизни. Проводить ежедневный контроль пикфлоуметром и отображать результат в дневнике самоконтроля.)

4. Применение лекарственных препаратов

Противовоспалительные профилактические средства длительного действия составляют основу лечения бронхиальной астмы, позволяют контролировать болезнь. Необходимо принимать ежедневно по назначению врача.

5. Обучение принципам гипоаллергенного быта

Необходимо проведение мероприятий, направленных на борьбу с клещами домашней пыли и изменение экологии жилья.

6. Самомассаж

7. Диспансерное наблюдение

Необходимость наблюдения участкового терапевта, диспансерного учета врача пульмонолога.

Вывод:

При осуществлении комплексного сестринского ухода были выявлены настоящие и потенциальные проблемы пациента, выставлен сестринский диагноз. На основании комплекса проблем пациента в формате основных видах деятельности медицинской сестры был организован сестринский уход. Успешность реализации сестринского ухода подтверждается положительной динамикой проблем пациента и выпиской с улучшением. В рамках реабилитационно-профилактической деятельности было проведено обучение о принципах самоконтроля и методах лечебной физкультуры, профилактические беседы о повышении уровня мотивации к здоровому образу жизни, посещении Астма-школы, __. Знания о возможных осложнениях, принципах самоконтроля, необходимости поддерживающей терапии и гипоаллергенной диеты позволят снизить риск возникновения рецидивов, осложнений и приведут к улучшению качества жизни пациента в условиях заболевания. Цель ухода достигнута полностью. Системный подход к осуществлению ухода за пациентом в формате комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий является основой обеспечения качества жизни пациента в условиях заболевания бронхиальной астмой.

Исследование заболеваемости БА по данным ГБУЗ НСО "Сузунская центральная районная больница"

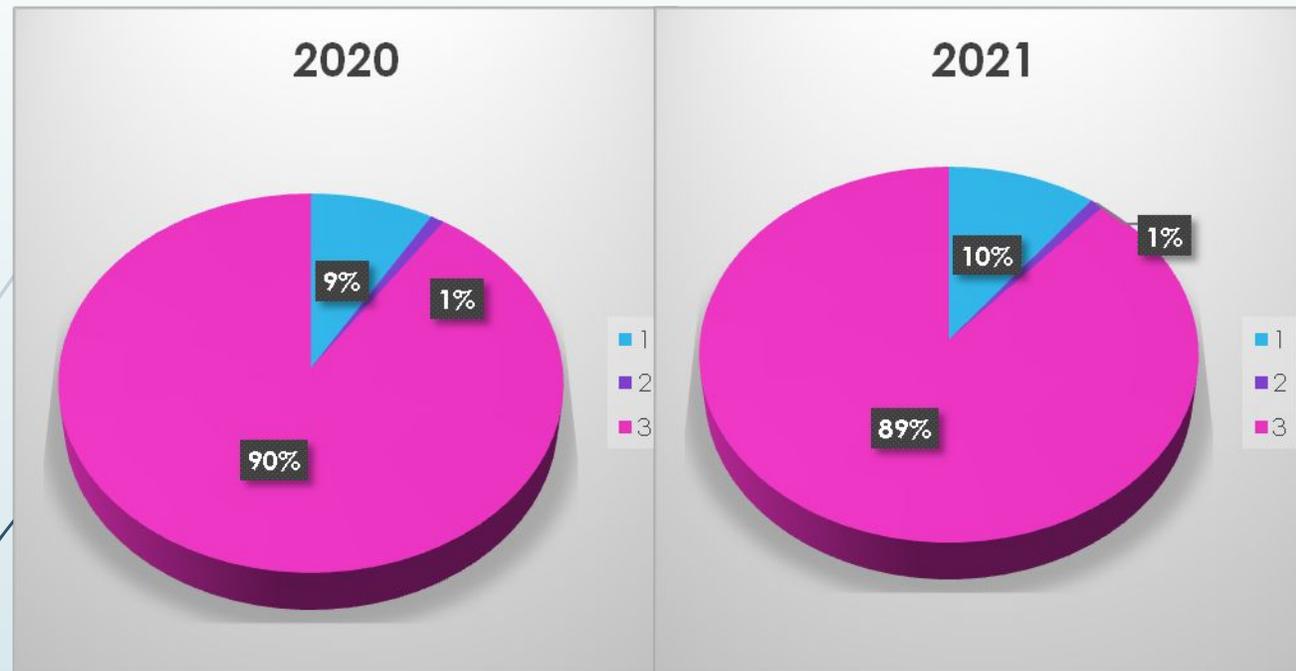
Таблица 1. Данные ГБУЗ НСО «Сузунская ЦРБ»

	2020г	2021г
население	31679	31399
Заболеваемость органов дыхания общая	2991	3695
Трудовое население общая	1661	2132
Заболеваемость БА всего	331	337
Заболеваемость БА трудоового населения	152	137
Пролечено с органами дыхания всего с стац-ре	354	258
Пролечено в стац-ре с БА	31	18
Пролечено в стац-ре с БА трудоового населения	5	8
Смертность J45	-	-

Данные таблицы 1 можно представить следующим образом:

Рисунок 1.1. Общая заболеваемость органов дыхания и БА общая к соотношению численности населения

р. п. Сузун 2020-2021г



1. заболевания органов дыхания
общая
2. заболевание БА общая
3. численность населения

Заболевания органов дыхания в 2020г-2021г видно, что процент заболеваемости почти одинаковый, с тенденцией к увеличению. Заболевание БА за данные период без видимой динамики по численности населения.

периоды 2020-2021

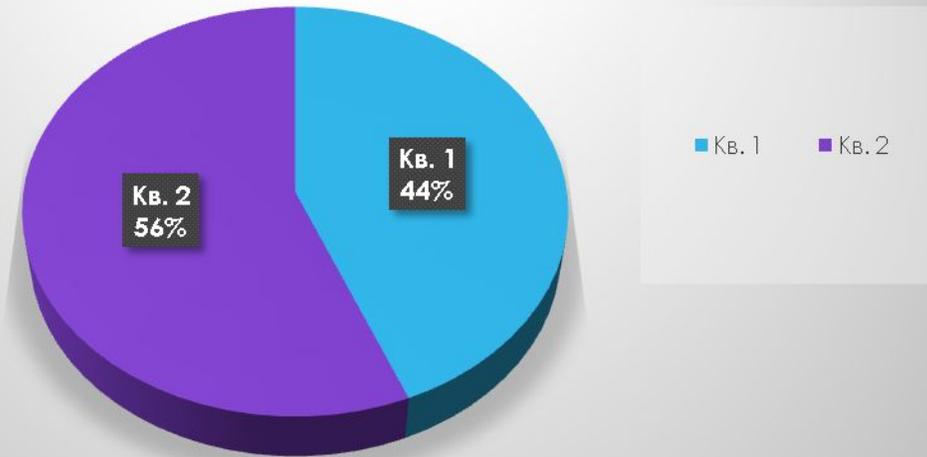


Рисунок 1.2. Соотношение больных трудоспособного возраста к общему заболеваемости органов дыхания 2020г-2021г.

1.заболеваемость органов дыхания трудоспособного возраста 2020г

2.заболевания органов дыхания трудоспособного возраста 2021г.

За данные периоды видно повышение заболеваемости трудоспособного возраста в 2021г.

периоды 2020-2021г

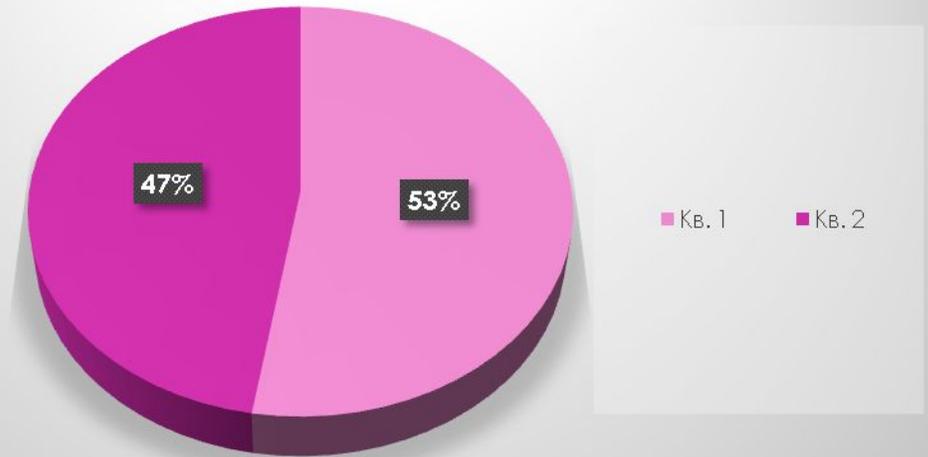
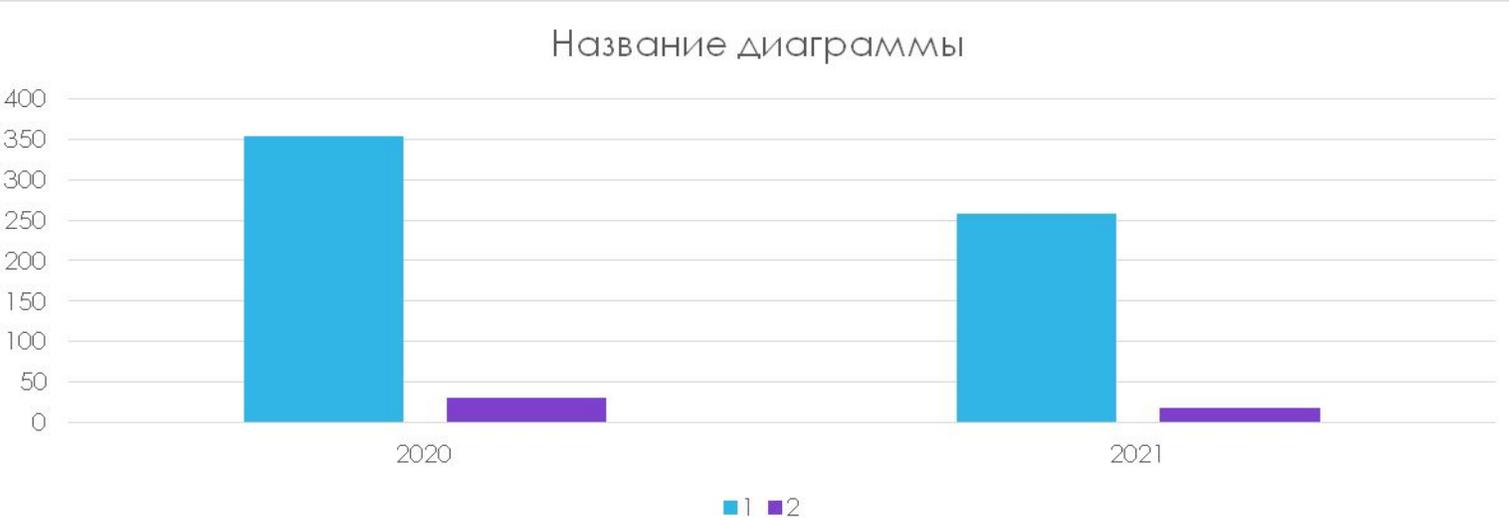


Рисунок 1.3. общее заболевание БА к соотношению заболевших трудоспособного населения 2020-2021г

1.Заболеваемость БА трудового населения в 2020г

2.заболеваемость БА трудового населения 2021г

За данные периоды мы наблюдаем снижение заболевания БА трудоспособного населения в 2021г



1. пролечено с органами дыхания всего в стационаре

2. пролечено с БА всего в стационаре

Рисунок 1.4. кол-во пролеченных в стационаре всего к отношению количества пролеченных с БА в стационаре

По рисунку 1.4. видно уменьшение пролеченных с органами дыхания всего в стационаре и с БА в стационаре в 2021г,

Мы видим, что госпитализировано мужчин больше по годам по сравнению с женщинами. Данное обстоятельство связано в первую очередь с вредными привычками, и более вредными условиями работы и т.п.

	2020	2021
мужчины	20	7
женщины	11	11
всего	31	18

Таблица 2. Соотношение больных с БА пролеченных в стационаре по половому признаку.

2.2. Характеристика объекта исследования.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области Сузунская центральная районная больница (ГБУЗ НСО Сузунская ЦРБ), является лечебно-диагностическим и консультативным центром. Оказывает амбулаторно-поликлиническую (как плановую так и экстренную), и круглосуточную - стационарную, соответствующую самым современным медицинским стандартам, помощь как жителям собственного, так и соседних районов. Сузунская центральная районная больница оснащена современным лечебным и диагностическим медицинским оборудованием. Прикреплённое к лечебно-профилактическому учреждению обслуживаемое население Сузунского района составляет около 32 тысяч человек. Кроме жителей района, здесь так же могут получить помощь и все жители прилегающих районов.

В структуре Сузунской ЦРБ, в комплексе, присутствует поликлиника, многопрофильный круглосуточный стационар, стационар дневного пребывания при поликлинике, офисы врачей общей практики, отделение скорой медицинской помощи. Для обслуживания сельского населения – фельдшерско- акушерские пункты.

Спасибо за внимание!

