Ведение

Структура выпускной квалификационной работы

Моя работа состоит из:

I. Введения

В этой части раскрывается актуальность и значимость моей дипломной работы . Определяется основная характеристика дипломной работы – проблема, цель, задачи. Дается характеристика методов исследования.

II. Основной части

Основная часть включается в себя несколько пунктов:

1) Глава первая дает теоретическое обоснование темы. В ней раскрываются следующие вопросы:

- Понятие заболевания
- Этиология
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Лечение
- Реабилитация
- Прогноз и профилактика
- Факторы влияющие на тяжесть и частоту обострений
- Снижение факторов риска
- Антитабачная программа

2) Глава вторая – исследовательская деятельность

- Исследовательская часть
- Анкетирование
- Вывод

3) Заключение . В нем содержатся итоги работы, выводы, сделанные мною в ходе данной работы.

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь лёгких занимает 4-е место в структуре причин смерти в мировой статистике. Заболевание представляет серьёзную угрозу здоровью населения, хотя его можно как предупредить, так и лечить. Хроническая обструктивная болезнь лёгких – одна из главных причин хронической заболеваемости во всём мире. Многие люди страдают этим заболеванием долгие годы и преждевременно умирают от самой болезни или её осложнений.(Варварина Г.Н -Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук-2014г.)

На ближайшие 10-летия специалистами прогнозируется неуклонный рост заболеваемости хронической обструктивной легочной болезни. Основная причина такого неутешительного прогноза – продолжение воздействия факторов риска на здоровье лёгких. Вторая по значимости причина роста частоты хронической обструктивной болезни лёгких – старение человеческой популяции.

Диагноз хроническая обструктивная болезнь лёгких должен быть заподозрен у всех пациентов, имеющих кашель с мокротой или без неё, а также одышку и факторы риска заболевании.

Актуальность исследования данного вопроса обусловлена тем, что изучение качества жизни при хронической обструктивной болезни лёгких дает важную дополнительную информацию о влиянии заболевания на состояние больного. Сравнение показателей качества жизни больных со здоровой группой дает возможность оценить выраженность влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование больного. Сравнение показателей качества жизни при различных способах терапии в течение длительного времени позволяет выявить достоверную эффективность проводимого лечения с точки зрения самого больного.

Хроническая обструктивная болезнь лёгких относится к наиболее распространенным заболеваниям человека, что обусловлено загрязнением окружающей среды, табакокурением и повторяющимися респираторными инфекциями. Является одной из важнейших медико-социальных проблем пульмонологии.

По данным Всемирной организации здравоохранения и Европейского респираторного общества суммарная смертность, связанная с курением табака, увеличится в мире с 4,2 млн. в 2000 г до 10 млн. в 2025-2030 гг. (Чучалин А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания // Русский медицинский журнал. – 2011.)

По официальным данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ в стране зарегистрировано 2.4 млн. больных хронической обструктивной болезнью лёгких (2003г). Этот диагноз все чаще ставится женщинам среднего возраста, умеренно курящим, а в ряде стран и вовсе не курящим, имеющим контакт с продуктами сгорания биоорганического топлива.



Хроническая обструктивная болезнь лёгких является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, это обусловлено не только широкой распространенностью заболевания, но и высоким риском серьезных осложнений, которые приводят к инвалидизации и смертности, в том числе среди трудоспособного населения. В настоящее время хроническая

обструктивная болезнь лёгких занимает одну из лидирующих позиций среди причин смерти во всем мире. Ежегодно от хронической обструктивной болезни лёгких умирают около 2,75 миллиона человек, более того, наблюдается стойкая тенденция к росту летальности.

Хроническая обструктивная болезнь лгких является одной из важнейших медико-социальных проблем.(Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук-2014г. Варварина Г.Н)

Эпидемиологические исследования, проведенные во многих странах, свидетельствуют о неуклонном росте числа больных.(Дворецкий Л. И, 2010; И.Н. Трофименко, 2011; Б.А. Черняк, 2008; Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких.)

Наиболее важными причинами является ежегодное увеличение числа курящих людей, реклама табачных изделий, недостаточно адекватные и эффективные профилактические мероприятия, направленные на снижение и прекращение табакокурения. Многие авторы рассматривают хроническую обструктивную болезнь лёгких как «болезнь образа жизни», поскольку наиболее существенной причиной заболевания является курение табака.

Возраст начала курения, его продолжительность, количество и качество табачных изделий, а также социальный статус курильщика могут служить прогностическими признаками течения и сроков наступления неблагоприятных исходов хронической обструктивной болензи лёгких(Дворецкий Л. И, 2010; И.Н. Трофименко, 2011; Б.А. Черняк, 2008; Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких.)

Установлено, что в 82% случаев возникновения, главный этиологический фактор — курение табака. Как правило, у курящих пациентов данное заболевание протекает более тяжело и длительно, с

частыми осложнениями .(Амиров, Н.Б. Табачная эпидемия: фармакологические возможности борьбы / Н.Б. Амиров, Т.И. Андреева // Вестник современной клинической медицины. — 2011.)

Цель - выявить информированность пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких о профилактике прогрессирования заболевания.

Задачи исследования

1. Проанализировать научную литературу по данной теме.

2. Разработать анкету для изучения уровня знаний пациентов о последствиях хронической обструктивной болезни лёгких.

3. На основании результатов анкетирования обобщить данные и разработать памятку по профилактике прогрессирования хронической обструктивной болезни лёгких.

Объект исследования - сестринская деятельность по профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких.

Предмет исследования – уровень информированности пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких по профилактике прогрессирования заболевания.

Метод исследования - метод анализа и обобщения, метод теоретической и математический, включающий в себя сбор статистических сведений о контингенте пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких пульмонологического отделения и уровня их знаний по профилактике прогрессирования заболевания.

Глава 1. Теоретическая часть

1.1. Понятие заболевания

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (J44)[8]- в настоящее время понимают прогрессирующее заболевание, характеризующееся воспалительным компонентом, нарушением бронхиальной проходимости на уровне дистальных бронхов и структурными изменениями в легочной ткани и сосудах. Хроническую обструктивную болезнь лёгких сегодня выделяют как самостоятельное заболевание легких и отграничивают от ряда хронических процессов дыхательной системы, протекающих с обструктивным синдромом (обструктивного бронхита, вторичной эмфиземы легких, бронхиальной астмы и др.).[1]

Согласно эпидемиологическим данным, хроническая обструктивная лёгочная болезнь чаще поражает мужчин после 40 лет, занимает лидирующие позиции среди причин инвалидности и 4 место среди причин летальности активной и трудоспособной части населения.[1]

Номенклатура ХОБЛ в соответствии с МКБ X пересмотра

J44.0 — Хроническая обструктивная болезнь легких в стадии обострения вирусной этиологии (кроме вируса гриппа).

J44.1 — Хроническая обструктивная болезнь легких в стадии обострения без уточнения при- чины обострения.

J44.8 — ХОБЛ тяжелое течение, эмфизематозный тип (панацинарная эмфизема). ДН III.

J44.8 — ХОБЛ тяжелое течение, бронхитический тип (центриацинарная эмфизема), хроническое легочное сердце. ДН III, ЗСН III.

J44.9 - ХОБЛ тяжелое течение, неуточненная. Эмфизема легких. Хроническое легочное сердце. ДН III, СН II.[8]

1.2. Этиология заболевания

Одной из причин, способствующих возникновению хронической обстурктивной болезни лёгких, являются хронические воспалительные заболевания легких, возникающие в детском возрасте, продолжающиеся у подростков и переходящие к взрослым.

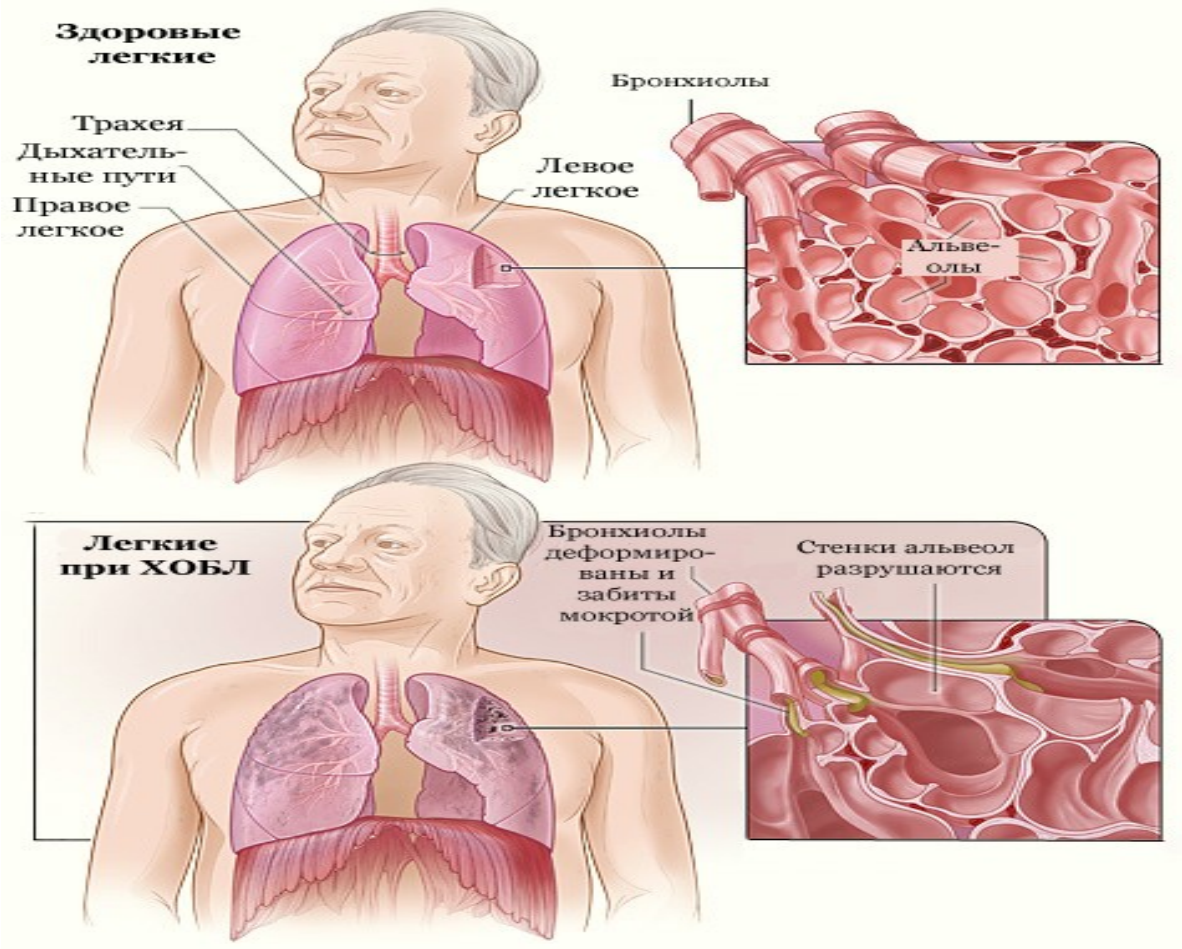
Курение в 90 % случаев провоцирует развитие хронической обструктивной лёгочной болезни – одной из главных причин заболеваемости и смертности в мире.[7,11]

Среди прочих факторов (около 5%) выделяют производственные вредности (вдыхание вредных газов и частиц), респираторные инфекции детского возраста, сопутствующую бронхолегочную патологию, состояние экологии. У менее, чем 1% пациентов, в основе хронической обструктивной лёгочной болезни лежит генетическая предрасположенность, выражающаяся в дефиците белка альфа-1–антитрипсина, образующегося в тканях печени и защищающего легкие от повреждений ферментом эластазой. [14]

Факторы окружающей среды и генетическая предрасположенность вызывают хроническое воспалительное поражение внутренней оболочки бронхов, ведущее к нарушению местного бронхиального иммунитета. При этом увеличивается выработка бронхиальной слизи, повышается ее вязкость, создавая тем самым благоприятные условия для размножения бактерий, нарушения проходимости бронхов, изменения легочной ткани и альвеол. Прогрессирование хронической обструктивной болезни лёгких ведет к утрате обратимого компонента (отека слизистой бронхов, спазма гладкой мускулатуры, секреции слизи) и увеличению необратимых изменений, приводящих к развитию перибронхиального фиброза и эмфиземы. К прогрессирующей дыхательной недостаточности при хронической обструктивной болезни лёгких могут присоединяться бактериальные осложнения, приводящие к рецидивам легочных инфекций.[1,7]

1.3. Классификация заболевания

Международными экспертами в развитии хронической обструктивной болезни легких выделяется 4 стадии. Критерием, положенным в основу классификации хроничыеской обструктивной болезни лёгких, является уменьшение отношения ОФВ (объема форсированного выдоха) к ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких) < 70 %, регистрируемое после приема бронходилататоров.



- **Стадия 0** (предболезнь). Характеризуется повышенным риском развития ХОБЛ, но не всегда в нее трансформируется. Проявляется постоянным кашлем и секрецией мокроты при неизмененной функции легких.

- **Стадия I** (легкого течения). Выявляются незначительные обструктивные нарушения (объем форсированного выдоха за 1 сек. - ОФВ1 > 80% от нормы), хронический кашель и продукция мокроты.
- **Стадия II** (среднетяжелого течения). Прогрессируют обструктивные нарушения (50 % < ОФВ1 < 80 % от нормы). Наблюдаются одышка и клинические симптомы, усиливающиеся при нагрузке.
- **Стадия III** (тяжелого течения). Нарастает ограничение воздушного потока при выдохе (30 % < ОФВ, < 50 % от нормы), усиливается одышка, учащаются обострения.
- **Стадия IV** (крайне тяжелого течения). Проявляется тяжелой формой бронхиальной обструкции, угрожающей для жизни (ОФВ, < 30 % от нормы), дыхательной недостаточностью, развитием легочного сердца.[12]

У пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания выделяют две клинические формы хронической обструктивной болезни лёгких — эмфизематозную (панацинарная эмфизема), бронхитическую (центроацинарная эмфизема, «синие одутловатики»). Основные их различия приведены в Рис. 1. Однако на практике чаще всего встречается смешанная форма заболевания.[16]

Клинические варианты ХОБЛ

Признак	Бронхитический тип	Эмфизематозный тип
Соотношение кашля и одышки	превалирует кашель	превалирует одышка
Обструкция бронхов	выражена	менее выражена
Гипервентиляция легких	выражена слабо	выражена сильно
Цианоз	диффузный синий	розово-серый
Легочное сердце	в раннем возрасте	в пожилом возрасте
Полицитемия	часто	очень редко
Кахексия	не характерна	часто
Летальный исход	в молодые годы	в пожилом возрасте

1.4 Клиника

Особенность клинической картины хронической обструтивной болезни лёгких состоит в том, что она долгое время протекает без выраженных клинических проявлений и это может затруднять своевременную постановку диагноза. Характерная клиника разворачивается, начиная со среднетяжелой стадии хронической обструктивной болезни лёгких.[9]

Течение хронической обструктивной болезни лёгких характеризуется кашлем с мокротой и одышкой.

На ранних стадиях беспокоит эпизодический кашель с выделением слизистой мокроты (до 60 мл в сутки) и одышка при интенсивных нагрузках; по мере прогрессирования тяжести заболевания кашель становится постоянным, одышка ощущается в покое.

С присоединением инфекции течение хронической обструктивной легочной болезни обостряется, характер мокроты становится гнойным, ее количество увеличивается.[2,6]

1.5. Диагностика заболевания

Диагноз хроническая обструктивная болезнь лёгких должен предполагаться у каждого человека, у которого имеются кашель, избыточная продукция мокроты и/или одышка. Необходимо учитывать у каждого больного факторы риска развития заболевания. При наличии любого из указанных симптомов необходимо провести исследование функции внешнего дыхания. Приведенные признаки не являются диагностически значимыми в отдельности, но наличие нескольких из них повышает вероятность заболевания. Хронический кашель и избыточная продукция мокроты часто задолго предшествуют вентиляционным расстройствам, приводящим к развитию одышки.[9]

При сборе анамнестических данных необходимо обратить внимание на наличие вредных привычек (табакокурения) и производственных факторов.

Важнейшим методом функциональной диагностики служит спирометрия, выявляющая первые признаки . Обязательным является

измерение скоростных и объемных показателей: жизненной емкости легких, форсированной жизненной емкости легких объема форсированного выдоха за 1 сек. и др. в постбронходилатационной пробе. Суммирование и соотношение этих показателей позволяет диагностировать хроническую обструктивную болезнь лёгких.[16]

Цитологическое исследование мокроты у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких позволяет оценить характер и выраженность воспаления бронхов, исключить онконастороженность. Вне обострения характер мокроты слизистый с преобладанием макрофагов. В фазу обострения хронической обструктивной болезни лёгких мокрота становится вязкой, гнойной.[15]

Клиническое исследование крови при хронической обструктивной болезни лёгких выявляет полицетемию (увеличение количества эритроцитов, гематокрита, гемоглобина, вязкости крови) как следствие развития гипоксемии при бронхитическом типе заболевания. У пациентов с выраженными явлениями дыхательной недостаточности исследуют газовый состав крови.

При рентгенографии легких исключаются другие заболевания со сходными клиническими проявлениями. У пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких на рентгенограмме определяется уплотнение и деформация бронхиальных стенок, эмфизематозные изменения легочной ткани.

Изменения, определяемые при на ЭКГ, характеризуются гипертрофией правых отделов сердца, свидетельствующих о развитии легочной гипертензии.

Диагностическая бронхоскопия показана для дифференциальной диагностики, осмотра слизистой бронхов и оценки ее состояния, забора на анализ бронхиального секрета. [3,15,2]

1.6. Основные принципы лечения

Лечение хронической обструтивной болезни лёгких проводится пульмонологом и складывается из следующих компонентов:

- обучения пациента пользованию ингаляторами, спейсерами, небулайзерами, критериям оценки своего состояния и навыкам самостоятельного оказания помощи;
- назначения бронходилататоров (препаратов, расширяющих просвет бронхов);
- назначения муколитиков (препаратов, разжижающих мокроту и облегчающих ее отхождение);
- назначения ингаляционных глюкокортикостероидов;
- антибиотикотерапии во время обострений;
- оксигенации организма и легочной реабилитации.

В случае комплексного, методичного и адекватно подобранного лечения возможно снижение темпов развития дыхательной недостаточности, сокращение числа обострений и продление жизни.[2,9,15]

1.7. Реабилитация

Для пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких на всех стадиях течения процесса высокой эффективностью обладают физические тренирующие программы, повышающие толерантность к физической нагрузке и уменьшающие одышку и усталость. Идеальными кандидатами для включения в реабилитационные программы являются пациенты с тяжёлым и крайне тяжёлым течением Хронической обструктивной болезни лёгких, т.е. больные, у которых болезнь накладывает серьёзные ограничения на привычный уровень функциональной активности.
К доказанным эффектам лёгочной реабилитации относятся:

- улучшение физической работоспособности;
- снижение интенсивности диспноэ;
- улучшение качества жизни;

- снижение числа госпитализаций и дней, проведённых в стационаре;
- снижение выраженности депрессии и степени тревоги, связанных с хронической обструктивной болезнью лёгких;
- улучшение состояния больных после программы лёгочной реабилитации имеет продлённый характер;
- улучшение выживаемости больных;
- тренировка дыхательной мускулатуры приносит положительный эффект, особенно при комбинации с общими тренирующими упражнениями.

Психосоциальные вмешательства приносят положительный эффект. [2,14]

Физиотерапия

Методы физиолечения входят в состав комплексной терапии этого заболевания и могут применяться как при его обострении, так и в период ремиссии.

В стадии обострения в стационарных условиях больному могут быть назначены:

- ингаляции антибиотиков, бронхолитиков и гепарина с помощью небулайзера (проводить их следует каждый день по 10 минут);
- внутриорганный электрофорез соответствующих препаратов (электроды располагают на область средней трети грудины и между лопаток, поперечно);
- ультразвук;
- ДМВ-терапия на область корней легких; (лечебная методика, основанная на применении электромагнитных волн дециметрового диапазона.)

- магнитотерапия низкочастотная (применяют аппарат «Полимаг»);
- магнитотерапия высокоинтенсивная (импульсный режим);
- лазеротерапия;
- фототерапия;
- массаж грудной клетки;
- процедуры водолечения;
- информационно-волновая терапия при помощи аппарата «Азор-Ик» по тормозной или стимулирующей методике (в зависимости от психоэмоционального состояния пациента) как средство психологической реабилитации.

Целями физиотерапии на данном этапе является скорейшая ликвидация в очаге поражения микроорганизмов, облегчение отхождения мокроты, уменьшение выраженности воспалительного процесса.

В период ремиссии методики физиотерапии обеспечивают нормальное функционирование бронхов и предотвращают прогрессирование дистрофических процессов в них. В амбулаторных условиях могут быть использованы:

- общее УФ-облучение;
- гипокситерапия (длится процедура от получаса до часа);
- массаж грудной клетки;
- аэроионотерапия;
- лазеротерапия по контактной, стабильной методике (воздействуют в зоне средней трети грудины, между лопаток);
- информационно-волновое воздействие на обнаженные участки тела, описанные в предыдущем пункте.

Курс лечения по большинству вышеуказанных методик составляет от 7 до 15 процедур, проводимых каждый день, желательно в утренние часы. Повторить лечение можно через 3 месяца после окончания предыдущего.

Также хорошо зарекомендовал себя в лечении бронхолегочной патологии, дыхательный тренажер Фролова. Процедуры на этом аппарате проводятся ежедневно, через 60 минут после ужина. Для достижения максимального эффекта курс должен включать в себя 30 процедур, повторить которые можно через 3 месяца.

В один и тот же день может быть использовано сразу несколько физиопроцедур с интервалом между ними не менее получаса:

- лазеротерапия + информационно-волновое воздействие + дыхательный тренажер Фролова;
- информационно-волновое воздействие + дыхательный тренажер Фролова.[17]

Санаторно – Курортное лечение

Лечение в санатории является важным этапом реабилитации больного с описываемой в этой статье патологией. Проводится оно исключительно в стадии ремиссии ХОЗЛ. Противопоказанием является тяжелое течение заболевания (хроническая сердечная и легочная недостаточность 2-3 стадии).

Рекомендованы местные санатории, курорты с приморским климатом (Приморский край, ЮБК, Геленджик и прочие) и горные курорты (Алтай, Кисловодск и другие).

Лечебные процедуры, которые может получать больной, находясь на курорте, чрезвычайно разнообразны:

- терренкур;
- дыхательная гимнастика;

- постуральный массаж;
- аэрозольная терапия;
- аэротерапия;
- спелеотерапия;
- пелоидотерапия;
- аппликации озокерита и парафина на грудную клетку;
- ванны – кислородные, азотные, углекислые, сероводородные, йодобромные;
- процедуры электролечения.

Конечно, не все они назначаются больному одновременно. Сначала врач санатория внимательно обследует пациента, изучает его анализы и в зависимости от имеющихся показаний и противопоказаний назначает несколько физиопроцедур.

Показателем качества лечения является уменьшение количества жалоб и признаки ремиссии заболевания.

На сегодняшний день хроническая обструктивная болезнь легких является неизлечимой патологией. Прогноз зависит от того, на какой стадии была диагностирована болезнь (чем раньше, тем лучше – это понятно), а также от правильности назначенной терапии, в составе которого немалое значение имеют и методики физиолечения. Пациент должен неукоснительно соблюдать рекомендации врача по изменению образа жизни (устранить возможные причинные факторы), правильно принимать назначенные им лекарства и получать физиопроцедуры. При соблюдении этих условий обострение болезни будет купировано в максимально короткие сроки, наступит ремиссия, а значит, состояние больного и качество его жизни существенно улучшатся.[18]

Оценка и коррекция питательного статуса

Снижение массы тела и уменьшение мышечной массы — частая проблема больных. С потерей мышечной массы, а также с изменением соотношения типов мышечных волокон тесно связано снижение силы и выносливости скелетных и дыхательных мышц больных. Снижение индекса массы тела является независимым фактором риска летальности больных. Наиболее рациональный режим питания — частый приём небольших порций пищи, так как при ограниченном вентиляционном резерве привычный объём пищи может приводить к заметному усилению диспноэ вследствие смещения диафрагмы. Оптимальный способ коррекции дефицита питания — сочетание дополнительного питания с физическими тренировками, обладающими неспецифическим анаболическим эффектом.[7,12]

1.8. Прогноз и профилактика

Относительно полного выздоровления прогноз неблагоприятен. Неуклонное прогрессирование хронической обструктивной болезни лёгких приводит к инвалидизации. К прогностическим критериям хронической обструктивной болезни лёгких относятся: возможность исключения провоцирующего фактора, соблюдение пациентом рекомендаций и лечебных мероприятий, социальный и экономический статус пациента. Неблагоприятное течение хронической обструктивной болезни лёгких наблюдается при тяжелых сопутствующих заболеваниях, сердечной и дыхательной недостаточности, пожилом возрасте пациентов, бронхитическом типе заболевания. Четверть пациентов с тяжелыми формами обострений погибают в течение года.

Мерами предупреждения служат исключение вредных факторов (отказ от табакокурения, соблюдение требований охраны труда при наличии профвредностей), профилактика обострений и других бронхолегочных инфекций.[3,7,11,14]

1.9 Факторы влияющие тяжесть и частоту обострении

Основными факторами риска развития хронической обструктивной лёгочной болезни являются:

1) курение (как активное, так и пассивное);

2) воздействие профессиональных вредностей (пыль, химические полютанты, пары кислот и щелочей) и промышленных полютантов (SO2, NO2, черный дым и т.п.);

3) атмосферное и домашнее (дым от приготовления пищи и органического топлива) загрязнения воздуха;

4) наследственная предрасположенность.[6]

К факторам риска относятся болезни органов дыхания в раннем детском возрасте, малый вес при рождении. В легкие воздух поступает через обширную разветвленную сеть бронхов и бронхиол. С потоком воздуха внутрь заносятся мелкие частички пыли и разных других веществ, летающих в воздухе, например, кремния или табака. Поверхность бронхов изнутри покрыта специальными клетками — эпителием с ресничками, которые быстро (15 раз за секунду) «машут» в сторону выхода (носа) и тем самым очищают легкие от попавших в них частиц. Чтобы этот процесс шел легче, клетки покрыты тонким слоем жидкого «геля» — слизи, выделяемой ими. Эти же реснички мешает угнездиться бактериям. [2,6]

Табачный дым парализует движение ресничек, снижая тем самым очищение легких. Осевшие частички, в том числе и табака, как инородные тела, вызывают длительное, хроническое воспаление в легких. Бронхи отекают, просвет их уменьшается. Защитные клетки (нейтрофилы) постоянно выделяют ферменты, призванные растворить инородные тела, но не успевают за курильщиком. При этом повреждается и собственная ткань бронхов. На месте воспаления со временем образуются микрорубцы, которые нарушают эластичность бронхов и их нормальную структуру, сужают просвет. В результате количество воздуха, которые бронхи могут пропустить к легким, постепенно уменьшается. В таких бронхах легко поселяются

бактерии, усиливающие воспалительные процессы, и вызывающие обострения хронической обструктивной лёгочной болезни.[6]

Эпидемиологические исследования подтверждают, что активное курение сигарет является наиболее важным фактором риска развития.

Лишь 10% случаев связаны исключительно с другими факторами риска: профессиональная вредность, генетические факторы.

Роль пассивного курения в развитии заболеваний легких больше изучена у детей, чем у взрослых. Тем не менее, исследования, посвященные изучению связи пассивного курения с развитием респираторных симптомов, выявил, что взрослые некурящие, подвергающиеся экспозиции табачного дыма из окружающей среды, могут иметь небольшое снижение функции легких (приблизительно на 2,5% ниже должного значения ОФВ1), которое является статистически значимым. Связь пассивного курения с развитием респираторных симптомов у детей является доказанной. Влияние курения матери на внутриутробное развитие плода, а также пассивное курение в детском возрасте приводят к нарушению развития легочной ткани и роста легких, что в будущем становится причиной преждевременного падения функции легких. Особенно опасным для нормального развития легких является воздействие курения на плод, пассивное и активное курение до 12-летнего возраста. Результаты некоторых исследований показывают, что женщины более восприимчивы к влиянию табачного дыма, чем мужчины. Таким образом, как активное, так и пассивное курение, являются факторами риска развития хронической обструктивной лёгочной болезни. Основным следствием развития хронической обструктивной лёгочной болезни в результате табакокурения является увеличение скорости естественного падения функции легких, выражающееся в снижении ОФВ1, в течение жизни. Существуют три механизма, приводящие к падению функции легких:

• замедление развития легких, что приводит к значительному снижению максимально достигаемого уровня функции легких;

• преждевременное начало естественного снижения функции легких;

• ускорение падения функции легких.

Каждый из перечисленных механизмов может действовать самостоятельно или в комбинации друг с другом в результате активного или пассивного курения. Доказано, что табакокурение (как активное, так и пассивное) вызывает увеличение чувствительности (восприимчивости) воздухоносных путей к разным агентам, являющимся факторами риска развития хронической обструктивной болезни лёгких (профессиональные факторы, химические вещества, различные воздушные полютанты). В этом случае их воздействие будет приводить к ускорению падения функции легких. Наиболее раннее развитие хронической обструктивной болезни лёгких с выраженной обструкцией наблюдается у активных курильщиков, имеющих повышенную восприимчивость к компонентам сигаретного дыма. [12,14]

1.1.1 Снижение влияние факторов риска

Приблизительно 80% смертей от хронической обструктивной лёгочной болезни относятся на счет курения. Заядлые курильщики имеют в 30 раз более высокий риск развития хронической обструктивной болезни лёгких по сравнению с некурящими. Среди причин смерти, связанных с курением хроническая обструктивная болезнь лёгких находится на втором месте после сердечно- сосудистых заболеваний. Курение в настоящее время является причиной статистически достоверного повышения риска смерти от ХОБЛ у женщин, умерших в возрасте 35-69 лет и 60% всех смертей мужчин среднего и старшего возраста от болезней респираторной системы обусловлены курением. [16,7]

Прекращение курения – первый обязательный шаг в программе лечения хронической обструктивной болезни лёгких. Больной должен четко осознавать вредное влияние табачного дыма на дыхательную систему. Прекращение курения является единственным наиболее эффективным и экономически обоснованным способом, позволяющим сократить риск

развития хронической обструктивной лёгочной болезни и предотвратить прогрессирование заболевания.

Значимой эффективностью воздействия обладают только два метода – никотинзаместительная терапия и беседы врачей и медперсонала. В Руководстве по лечению табачной зависимости содержится три программы:

• длительная лечебная программа с целью полного отказа от курения;

• короткая лечебная программа с целью снижения курения и усиления мотивации к отказу от курения;

• программа снижения интенсивности курения.

Длительная лечебная программа предназначена для пациентов с твердым желанием бросить курить. Программа длится от 6 месяцев до 1 года и состоит из периодических бесед врача с пациентом, более частых в первые 2 месяца отказа от курения, и приема пациентом никотинсодержащих препаратов. Длительность приема препаратов является индивидуальной и зависит от степени никотиновой зависимости пациента. Короткая лечебная программа предназначена для пациентов, не желающих бросить курить, но не отвергающих эту возможность в будущем. Кроме того, эту программу можно предложить пациентам, желающим снизить интенсивность курения. Длительность короткой программы – от 1 до 3 месяцев.

Лечение в течение 1 месяца позволяет снизить интенсивность курения в среднем в 1,5 раза, в течение 3 месяцев – в 2–3 раза. Короткая лечебная программа строится по тем же принципам, что и длительная: беседы врача, стратегия поведения пациента, никотинзаместительная терапия, выявление и лечение хронического бронхита и профилактика его обострения в результате отказа от курения. Отличие заключается в том, что полного отказа от курения не достигается.

Короткие курсы лечения табачной зависимости являются эффективными. Даже 3-минутная беседа с курильщиком может побудить его бросить курить, и этот минимум должен быть проработан с каждым курильщиком на каждом визите. Более интенсивные стратегии увеличивают

вероятность отказа от курения. Программа снижения интенсивности курения предназначена для пациентов, которые не желают бросить курить, но готовы снизить интенсивность курения. Суть программы заключается в том, что пациент продолжает получать никотин на привычном для него уровне, комбинируя курение сигарет с приемом НСП, но при этом снижает количество сигарет, выкуриваемых в день. В течение месяца интенсивность курения удается в среднем снизить в 1,5–2 раза, т.е. пациент сокращает прием вредных веществ, содержащихся в сигаретном дыму, что, несомненно, является положительным результатом лечения. В данной программе также используются беседы врача и стратегия поведения пациента. Таким образом, общими принципами для всех трех программ являются беседы врача, стратегия поведения пациента, никотинзаместительная терапия, выявление и лечение хронической обструктивной болезни лёгких и профилактика ее обострения. Фармакотерапия рекомендуется, когда одних бесед недостаточно, чтобы помочь пациенту бросить курить. Перед применением фармакотерапии нужно специальное решение в том случае, если человек выкуривает менее 10 сигарет в день, при лечении беременных, подростков и людей с противопоказаниями (нестабильная стенокардия, пептическая язва, недавний инфаркт миокарда, непереносимость НСП).[14,16]

Производственные вредности

Необходимы первичные профилактические мероприятия, заключающиеся в элиминации или сокращении влияния различных патогенных субстанций на рабочем месте. Не менее важным является вторичная профилактика – эпидемиологический контроль и раннее выявление хронической обструктивной болезни лёгких в группах риска. Необходимо контролировать и учитывать восприимчивость и характерные для каждого больного индивидуальные особенности, анамнез, влияние промышленных и домашних полютантов. Больные хронической обструктивной болезнью лёгких и пациенты из группы высокого риска должны избегать интенсивных нагрузок во время эпизодов повышенного

загрязнения воздуха. При использовании твердого топлива необходима адекватная вентиляция.[1,7,15]

1.1.2. Антитабачная программа

С 1 июня 2013 года вступил в силу Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» , запрещающий курение в общественных местах, спонсорство и рекламу табака, а также вовлечение детей в употребление табака.[14]

В связи с тем, что с 11 мая 2008 года Российская Федерация является стороной Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, принятие нового закона является выполнением обязательств по борьбе с курением и снижением смертности из-за употребления табака на международном уровне. [13]

Согласно ему на территории Российской федерации запрещается курить в общественных местах. Под понятие «общественные места» попадают учебные заведения, вокзалы, аэропорты, метро, детские площадки, спортивные и медицинские учреждения. А с июня 2014 года запрещено курить в кафе, барах, ресторанах, гостиницах и поездах. Продажа табачной продукции должна осуществляться в павильонах или магазинах.

Антитабачная программа дала результат. Благодаря ее реализации доля курильщиков в России с 2008 по 2013 год ощутимо снизилась с 33,7% до 28,3% взрослого населения страны. Кроме того, выросло число некурящих в возрасте 15 лет и старше.

Глава 2. Анализ информированности пациентов о профилактике хронической обструктивной болезни лёгких

2.1. Сестринская деятельность при хронической обструктивной болезни лёгких

Сбор необходимой информации для уточнения оценки объективного состояния больного — основная задача медицинской сестры, осуществляющей медицинский уход за больным. Составление представления о состоянии больного начинается с расспроса, в ходе которого медсестра получает представление о психическом и физическом состоянии больного, его социальных, психологических, духовных и интелектуальных особенностях.[2]

При первичной оценке состояния пациента с подозрением на хронический обструктивный лёгочный болезнь медицинская сестра должна расспросить его о возможности наследственного предрасположения (у родственников), наличии вредных привычек (курение), профессиональных вредностей, перенесенных инфекционных заболеваний с поражением верхних отделов дыхательных путей или легких.[19]

Субъективное данные пациента:

- жалобы на одышку, чаще возникающую при физической нагрузке,
- кашель,
- свистящие хрипы,
- выделение мокроты,
- быстрая утомляемость,
- чувство стеснения в грудной клетке.

Она выясняет, при каких условиях возникают кашель и одышка, свистящие хрипы, чувство стеснения в грудной клетке и какие мероприятия способствуют уменьшению их выраженности или ликвидации.

При объективном исследовании оценивается состояние видимых слизистых ротовой полости и кожных покровов, локализацию и степень

выраженности цианоза и отеков, форму грудной клетки, если медицинская сестра владеет аускультацией и перкуссией, то выслушивает характер звука над легкими, определяет наличие в них хрипов. Выявление свистящего выдоха при выслушивании легких и удлиненного времени выдоха (более 6 с) свидетельствует о бронхиальной обструкции и относится к классическим признакам.[21,2]

Цель профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, осуществляемых при тесном взаимодействии врача, медсестры и самого больного - уменьшение выраженности или устранение клинических проявлений, предупреждение прогрессирования , улучшение функций легких и качества жизни человека. [3]

Медицинская сестра дает диетические рекомендации, организует оптимальный режим физической (двигательной) активности, обучает пациента правильному применению ингалятора.

Цель и объем сестринских вмешательств:

· Оксигенотерапия

· функциональное положение в постели

· обучение технике продуктивного кашля

· соблюдение схемы лечения

· подготовка к исследованиям(рентгенография, бронхоскопия, к анализам крови, мокроты)

· обеспечение инфекционной безопасности.

Роль медсестры во время ухода за пациентом :

Кашель - больным рекомендуют теплое щелочное питье (горячее молоко с боржомом или с добавлением 1 чайной ложки соды), банки, горчичники.

Мокрота - необходимо определять ее суточное количество, которое может колебаться от 10-15 мл (при хроническом бронхите) до 1 л и более (при бронхоэктатической болезни).

- Больной должен сплевывать мокроту в индивидуальную плевательницу, на дно которой наливают небольшое количество 5% р-ра хлорамина.
- Плевательницы ежедневно опорожняют, тщательно промывают, дезинфицируют.
- Суточное количество каждый день отмечают в температурном листе.
- Очень важно добиться свободного отхождения мокроты, поскольку ее задержка (например, при бронхоэктатичской болезни, абсцессе легкого) усиливает интоксикацию организма.
- Больному помогают найти положение (так называемое дренажное, на том или ином боку, на спине), при котором мокрота отходит наиболее полно, т.е. осуществляется эффективный дренаж бронхиального дерева. Указанное положение больной должен принимать раз в день в течение 20-30 минут.
- Обучить пациента правильно собирать мокроту для анализов. Поэтому перед сбором мокроты, больной должен обязательно почистить зубы и прополоскать рот. Мокроту в количестве 4-5 мл собирают утром, когда она наиболее богата микрофлорой.

Частота пульса, АД, ПСВ, ЧДД - мониторинг за состоянием пациента, уметь правильно проводить эти манипуляции и полученные результаты подсчета ежедневно вносить в температурный лист. ЧДД заносят ежедневно и отмечают графическую кривую синим карандашом, частоту пульса – красным.

Одышка - больному придают возвышенное (полусидячее) положение, освобождая его от стесняющей одежды, обеспечивают приток свежего воздуха за счет регулярного проветривания.

Выраженная степень дыхательной недостаточности - проводят оксигенотерапию.

Пример:

Проблемы - непродуктивный кашель, непонимание необходимости дренажного положения и т.п;

Нарушены потребности потребности в дыхании.

Определение **целей сестринского ухода**:

- пациент будет знать и сможет занять положение, облегчающее дыхание;

- у пациента сохраняется физическая активность, необходимая для самоухода и т.п.;

- пациент сможет самостоятельно пользоваться плевательницей (ингалятором, спейсером, спинхалером и т.д.).

- пациент принимает лекарственные средства в соответствии с назначением врача;

- пациент бросит курить (уменьшит количество выкуренных в день сигарет);

- пациент (родственники) знает приемы самозащиты при приступе удушья;

- пациент знает меры, уменьшающие дискомфорт, связанный с откашливанием мокроты и т.п.

Сестринские вмешательства:

Положение пациента в постели с приподнятым изголовьем кровати или использование двух-трех подушек позволяет значительно улучшить дыхание.

Постуральный дренаж (позиционный, дренирующее положение). Позиции, применяемые для опорожнения различных сегментов легких.

Обучение пациента «технике кашля». Сочетание постурального дренажа с другими методами стимуляции естественного отхождения мокроты.

Обучение пациента дыхательным приемам, направленным на улучшение удовлетворения потребности пациента в нормально дыхании.

Оксигенотерапия, способы ингаляции через носовую вилкообразную канюлю, маску, катетер.

Оценка сестринского ухода: текущая и итоговая оценка эффективности сестринского вмешательства.

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и медсестры.

Медицинская сестра должна организовать быт больного в палате так, чтобы предотвратить усиление или возникновение одышки: обеспечивать доступ свежего воздуха, придавать пациенту удобное положение, разумно чередовать физические нагрузки и отдых, стимулировать выполнение специальных дыхательных упражнений, которые стимулируют дренирование бронхиального дерева. Немаловажными составными частями сестринского ухода являются просвещение и обучение пациентов, в том числе предоставление основных сведений о заболевании, методах ее профилактики и лечения, исключение профессиональных и бытовых вредностей, вредных привычек (курение).

2.2 Анализ проблемы

2.3 Методы исследования

Исследование проводилось на базе Департамента здравоохранения города Москвы Городской клинической больницы имени С.П. Боткина, 42 пульмонологическое отделение

Медицинское учреждение на момент проведения исследования было оснащено необходимым, в соответствии с выполняемыми задачами и диапазоном осуществляемых процедур, пульмонологическим

оборудованием, инструментарием, медикаментами. Кроме того, в исследуемом учреждении имелись дополнительные функционально - диагностические отделения, позволяющие проводить рентгенологическую диагностику различных пульмонологических заболеваний и контроль лечения.

Пульмонологическое отделение рассчитано на 26 коек. В отделении 7 палат. Основные диагнозы пациентов в отделение пульмонологии:

1. хронический слизистой - гнойный бронхит- 10%
2. сопутствующая хроническая обструктивная лёгочная болезнь – 21 %
3. бронхиальная астма; эндогенной, экзогенной и смешанной формы- 24%
4. плевриты- 5%
5. острый бронхит – 16%
6. пневмония -24 %

Примерные данные взяты у старшей медицинской сестры отделения из отчетной документации.

В течении суток под наблюдением медицинской сестры находится 22 - 26 пациента.

Все пациенты в день поступления должны пройти обследование: кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет, кабинет электрокардиограммы, клинический анализ крови. После чего происходит прием больного в отделение, проводится разъяснительная беседа о соблюдении лечебно - оздоровительного режима, о порядке сбора материалов для анализов (крови, мочи, мокроты и т.д.), о выполнении санэпидрежима (кварцевание, проветривание палат, обращение с плевательницами).

Медицинская сестра несёт ответственность за препараты их учет и хранение на посту. В листе назначений ставиться дата проверки и с подпись,

подклеивают дневники и результаты анализов в истории болезни. Строго по времени утром и вечером измеряется температура больным, а при необходимости по назначению лечащего врача еще и дополнительно записывается полученные данные в температурный лист в истории болезни пациента. Так же измеряется артериальное давление, производят подсчет пульса, частоты дыхания.

Обучают пациентов правильному использованию ингаляторных баллончиков. Внимательно следят за выполнением пациентами всех назначений лечащего врача. Выполняется назначенные внутримышечные, подкожные инъекции и капельные, внутривенные влияния. Выдается необходимые лекарства проводят в отделении ингаляции через небулайзер.

Среднетяжелое состояние пациента, порой длительное пребывание в стационаре, обязывает быть максимально внимательными, милосердными, соблюдать правила этики и деонтологии, хранить профессиональную тайну, проявлять чуткость к больным и оказывать им моральную поддержку.

Во время своей работы проводят разъяснительные беседы с пациентами о пользе активного отдыха, вреде курения, употребления алкоголя, о современных методах профилактики и лечения больных по профилю отделения на уровне своей компетенции и знаний.

Таким образом, роль медсестры пульмонологического отделения сложна, ответственна, требует постоянного повышения своего профессионального уровня.

Распространенность пациентов с хронической обструктивной лёгочной болезнью в отделении за период 2010-2015г.

Год	Принято пациентов всего	Частота встречаемости ХОБЛ			
		Мужчины		Женщины	
2010	1165	86	%	23	
2012	1523	95	%	33	
1013	2000	146		46	

2014	1522	86	27
2015	1160	78	23

Примерные данные взяты у старшей медицинской сестры отделения из отчетной документации.

Мы пришли к выводу, что количество пациентов, принятых пульмонологическим отделением увеличивается за период с 2010 по 2015 гг. По частоте встречаемости по половому признаку больше страдают от ХОБЛ мужчины старше 40 лет, однако это можно объяснить и старением организма, и длительностью стажа курения.

Схема амбулаторного наблюдения больных с хронической обструктивной лёгочной болезнью

Осмотр терапевтом 2-3 раза в год. Осмотр специалистов 1 раз в год. Лабораторно-инструментальные исследования 1 раз в год.

Стадии	Исследования, их частота	Консультации специалиста
I	Клинический осмотр, спирометрия с бронходилатационным тестом 1 раз в год. При обострениях ХОБЛ: общий анализ крови и рентгенография органов грудной клетки	Консультация пульмонолога (для подтверждения диагноза) при отсутствии эффекта от лечения в течение 7-14 дней
II	Объём и частота исследований те же	Показания те же
III	Клинический осмотр 2 раза в год. Спирометрия с бронходилатационным тестом 1 раз в год. Общий анализ крови и рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ 1 раз в год, SatO2 - 2 раза в год	Консультация пульмонолога: при обострении, при прогрессировании ДН, для подтверждения диагноза, для определения стойкой утраты трудоспособности
IV	Объём и частота исследований те же	Консультация пульмонолога: при обострении, при прогрессировании дыхательной недостаточности, при признаках хронической сердечной недостаточности, для подтверждения диагноза, для определения стойкой утраты трудоспособности

Бронходилатационный тест (тест на расслабление бронхов). Если проведенная сначала спирография указывает на обструкцию дыхательных путей, то пациенту дают вдыхать лекарство, расслабляющее гладкую

мускулатуру бронхов, и примерно через 10 минут проводят новую спирографию.

Тест проводится при первичном обследовании вне обострения заболевания. При проведении бронходилатационного теста оценивается изменение величины ОФВ,:

• для определения максимально достигаемых показателей ОФВ, и установления стадии и степени тяжести ХОБЛ;

• для исключения БА (положительный тест);

• для оценки эффективности терапии, принятия решения о тактике лечения и объеме терапии;

• для определения прогноза течения заболевания.

Во время исследования:

• Исследование вместе с бронходилатационным тестом занимает примерно 20 минут.

• Исследование требует активного участия пациента. На нос накладывают зажим. Вставляют в рот загубник и просят пациента дышать через загубник ртом с закрытым носом. Держать губы плотно прижатыми к загубнику, чтобы все дыхание происходило только через загубник. Сначала дышат свободно, без напряжения.

• По указанию медсестры, проводящей спирографию, сделайте глубокий вдох. Не торопясь и вдыхают до максимальной глубины.

• Если легкие максимально заполнены воздухом, с силой выдыхают. Важно резкое начало выдоха. Дышать с максимальной скоростью и выдох делать полностью и до конца, выдох должен длиться не менее 6 секунд.

• Вдохи и выдохи повторяют до тех пор, пока не будет получено, по меньшей мере, три сходных результата. При оценке числовых значений производится сравнение результатов с нормальными значениями.[3,21]

С целью решения задач дипломной работы было проведено анонимное анкетирование 16 пациентов в возрасте 45-78 лет, 3 женщин и 13 мужчин, в стадии обострения с характерными клиническими проявлениями

заболевания. Все пациенты оказались курильщиками, со стажем курения от 23 до 46 лет (Образец анкеты приведён в Приложении 1.)

Из них с диагнозами :

- больных с бронхиальной астмой и сопутствующей хронической обструктивной лёгочной болезнью- 9 пациентов
- больных с хронической обструктивной лёгочной болезнью – 4 пациентов
- больных с диагнозом эмфизема лёгких и хронический обструктивный лёгочная болезнь – 3 пациентов

Основные вопросы анкеты:

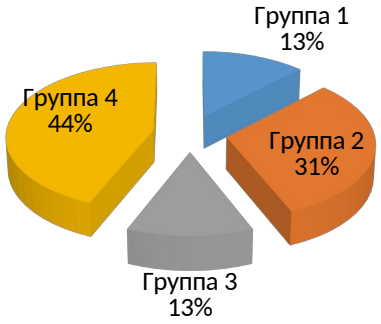
- Знаний причины заболевания
- Выполнения рекомендации
- Неблагоприятные факторы
- Вопросы о профилактике заболевания.

Качество жизни оценивались дважды – до и после осуществления сестринского процесса.

2.4. Анализ результата

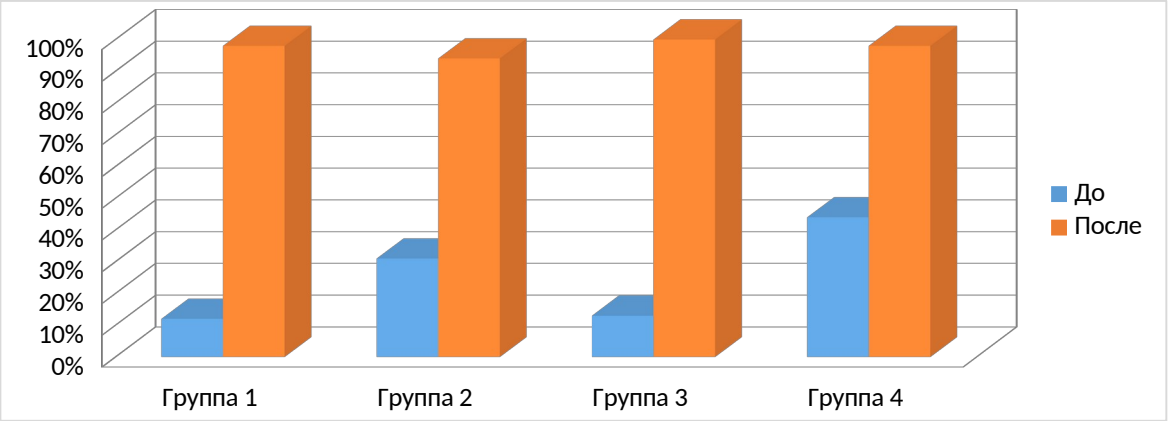
В зависимости от преобладающего варианта ответной реакции на заболевание пациенты с хронической обструктивной болезнью лёгких были разделены на четыре группы (Рис. 2.) :

Рис. 2. Распределение больных хронической обструктивной болезни лёгких в зависимости от приоритетных проблем



Состоящая из 2 пациентов (12% от общего числа) 1-ая группа не информированны он причинах возникновения хронической обструктивной болезни лёгких. Включенные во 2-ую группу- 5 пациентов (31% от общего числа.) ,не выполняли рекомендации среднего мед.персонала и врачей. 3-я группа состоящая из 2 пациентов(13% от общего числа), не знающие о неблагоприятных факторах заболевания. Самой многочисленной оказалась 4-я группа – 7 человек (44% от общего числа), не информированные о профилактике хронической обструктивной болезни лёгких.

По результатам анкетирования была создана памятка(Приложение 2.) Сравнительная оценка качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких до и после реализации сестринского процесса представлена на Рис. 3.



Первоначальная оценка качества жизни во всех четырех группах была крайне высокой. Повторная оценка качества жизни, проведенная после реализации целей, находящихся в пределах сестринской деятельности и направленных на решение проблем пациентов, выявила неравномерный рост ее значении в различных группах.

Список использованных источников

1. Амиров, Н.Б. Табачная эпидемия: фармакологические возможности борьбы / Н.Б. Амиров, Т.И. Андреева // Вестник современной клинической медицины. — 2011. — Т. IV, вып. 3.

2. Внутренние болезни в 2х томах: учебник под редакцией Н.А. Мухина , В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, М. : ГЭОТАР-Медиа,2010

3. Внутренние болезни: учебник под редакцией Стрюк Р.И. , Маев И.В. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.

4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011). Под ред. А.С. Белевского; пер. с англ. - М.: Атмосфера, 2010. - С.45;

5. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук-2014г. Варварина Г.Н

6. Дворецкий, Л.И. Качество жизни пожилого больного / Л.И. Дворецкий // Consilium Medicum. — 2009. — № 11. — С.98—102.

7. Дворецкий Л. И, 2010; И.Н. Трофименко, 2011; Б.А. Черняк, 2008; Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких.

8. Илькович, М.М. Борьба с табакокурением как основа профилактики хронической обструктивной болезни легких / М.М. Илькович, Н.А. Кузубова, Е.А. Кисилева // Пульмонология. — 2010. — № 2. — С.37—39

9. Международная классификация болезней 10 пересмотра(МКБ№10)

10. Маккей с. е., С Хоуи.А., Томсон А. Х., и соавт. Стоимость лечения теофиллина у больных инвалидов по хронической обструктивной болезни легких//грудная клетка2010г.

11. Медицинский научно-практический журнал «Consilium medicum» 2009 №6 - Диагностика и лечение ХОБЛ. С.Н.Авдеев, НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Москва.

12. Ноников В.Е., Ленкова Н.И. // Рус. мед. журн. 2011. Т. 11. № 22.

13. Особенности формирования бронхообструктивного синдрома у работников МВД и МЧС, работающих в автоинспекции и в пожарной службе / Н.Б. Амиров, А.А. Визель, М.В. Потапова [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2012. — Т. I, вып. 1.

14. Сборник номенклатуры медицинских услуг.

15. Синцова, С.В. Табакокурение — эпидемия XXI века / С.В. Синцова, Е.Н. Чичерина // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 3. —

16. Стасюк, О.Н. Оценка качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких / О.Н. Ста- сюк, М.И. Ульянова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — 2008. — № 32. —Черняк, Б.А. Качество жизни у больных хронической обструктивной боленью легких / Б.А. Черняк // Хроническая обструктивная болезнь легких / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2014 Показатели качества жизни больных ХОБЛ в зависимости от интенсивности курения

17. Оригинальные исследования ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 2015 Том 8, вып. 2

18. Постановление Закон РФ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака"

19. Чучалин А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания // Русский медицинский журнал. – 2009.

20. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких. – М., 2010

21. Шмелев, Е.И. Изменение параметров спирометрии форсированного выдоха у больных ХОБЛ (результаты длительного

наблюдения) / Е.И. Шмелев, И.Ю. Визель, А.А. Визель // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 8.

Приложение 1.

1. Ваш возраст ?_____
2. Вес ?_____
3. Курите ли Вы ?
   1) Да
   2) Нет
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете ?_____
5. Какими сопутствующими заболеваниями Вы страдаете ?_____
   _____
6. Знаете ли Вы о последствиях хронической обструктивной лёгочной болезни ?
   1) Да
   2) Нет
7. Во время приема препарата через ингалятор Вы должны ?
   1) Сидеть
   2) Стоять
   3) Лежать
8. По окончанию приема препарата через ингалятор Вы должны ?
   1) Сразу выдохнуть
   2) Задержать дыхание
   3) Не имеет значения
9. Использование небулайзера для Вас является ?
   1) Более эффективным
   2) Менее эффективным
   3) Не имеет значения
10. Пикфлоуметр служит для:
    1) Предупреждения приступа удушья
    2) Оценки пиковой скорости выдоха
    3) Не знаю
11. Ваше состояние ухудшает ?
    1) Курение
    2) Профессиональные вредности
    3) Сезонность (Весна, осень)
    4) Волнение и тревога
    5) Частые инфекционные болезни
    6) Чрезмерная физическая нагрузка
12. Осложнением хронической обструктивной лёгочной болезни является:
    1) Пневмония

2) Повышение артериального давления

3) Инсульт

4) Не знаю

13. Как Вы считаете ,адекватная физическая нагрузка, плавание, скандинавская хотьба помогает в профилактике прогрессирования хронической обструктивной лёгочной болезни?
    1) Да
    2) Нет
    3) Не знаю
14. Посещаете ли Вы школу для пациентов страдающих хронической обструктивной лёгочной болезнью ?
    1) Да

    2) Нет

    3) Не знаю о её существований
15. Вакцинация – пневмококковой, гриппозной вакцинами:
    1) Снижает прогрессирование болезни
    2) Ухудшает состояние
    3) Не имеет значения
16. Кислородное голодание как результат хронической обструктивной лёгочной болезни поражает:
    1) Лёгкие
    2) Сердце
    3) Центральную нервную систему
    4) Желудочно- кишечный тракт
    5) Печень
    6) Почки
17. Как Вы считаете целью бронходилатационного теста является ?
    1) Определение прогноза течения заболевания
    2) Оценка эффективности терапии
    3) Оценка изменение величины выдоха
    4) Не знаю