Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Кемеровский областной медицинский колледж»

Допустить к защите:

Томас Натальи Владимировны

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИЦИОННАЯ (ДИПЛОМНАЯ) РАБОТА

по специальности 060501

Тема: Сестринский уход при бронхиальной астме на стационарном этапе.

ВКР защищена

"___"_____2017г.

Оценка _____

Научный руководитель: Рябовалова. Н.В.

г.Юрга2017г

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3стр.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1. Бронхиальная астма 7стр.

1.1 Этиология 7стр.

1.2 Классификация 8стр.

1.3Клиническая картина 10стр.

1.4 Диагностика 12стр.

1.5 Осложнения 13стр.

1.6 Помощь при приступе БА 15стр.

1.7Особенности лечение 16стр.

1.8 Профилактика, реабилитация, прогноз 18стр.

ГЛАВА 2.**Особенности сестринский процесс при бронхиальной астме**

2.1. Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой 27стр.

2.1.1 Правила пользования ДАИ 28стр.

2.1.2 Проведение пикфлоуметрии (ПФМ) 31стр.

2.1.3Подача кислорода с помощью кислородной подушки 34стр.

2.1.4 Подача кислорода через носовой катетер 36стр.

ГЛАВА 3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

3.1 Исследование заболеваемости БА по данным ГБУЗ КО "Юргинская городская больница" 38стр.

3.2Характеристика объекта исследование 47стр.

3.3 Этапы сестринского ухода при бронхиальной астме 47стр.

Выводы 55стр.

Практические рекомендации 56стр.

Заключение 59стр.

Литература 61стр.

Приложение 62стр

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма (asthma bronchiale; греч. asthma тяжёлое дыхание, удушье) – аллергическое заболевание, характеризующееся повторными приступами экспираторной одышки, вызванной диффузным нарушением бронхиальной проходимости, что связано с локализацией аллергической реакции в тканях бронхиального дерева.

Упоминания о бронхиальной астме найдены в трудах классиков медицины со времён Гиппократа. Классическое описание клинической картины бронхиальной астмы принадлежит Г. И. Сокольскому (1838).

До возникновения учения об аллергии Р. Лаэннек (1825), М. Я. Мудрое (1826), А. Родосский (1863) и др. объясняли патогенез астматического приступа неврогенным спазмом бронхиальных мышц.

Г. И. Сокольский, а позднее H. Gurschmann (1883) и Э. Лейден (1886) обращали внимание на воспалительный процесс («катар») в бронхах с особым характером экссудата, считая его основной причиной клинических проявлений бронхиальной астмы A. Wintrich (1864) связывал приступы астмы со спазмом мышц диафрагмы.

В начале XX века после описания феномена анафилаксии у животных почти одновременно Е. О. Манойловым, Н. Ф. Голубовым и S. Meltzer была предложена аллергическая теория бронхиальной астмы, подтверждённая в дальнейшем детальным клинико-иммунологическим анализом заболевания. В настоящее время аллергический генез бронхиальной астме признается подавляющим большинством исследователей, однако существуют определённые различия в трактовке бронхиальной астмы с позиций нозологии у нас в стране и за рубежом.

Большинство зарубежных учёных рассматривают бронхиальную астму как синдромное понятие, включающее не только аллергическое поражение бронхов, но и различные бронхоспастические реакции неаллергического генеза. Отечественные исследователи А. Д. Адо, П. К. Булатов, Б. Б. Коган

считают бронхиальную астму самостоятельным аллергическим заболеванием, а клинически сходные проявления при других заболеваниях они предлагают называть астмоидными синдромами. Примерами последних может быть бронхоспазм при опухолях и инородных телах бронхов, карциноиде, бронхо-сосудистое поражение лёгких при узелковом периартериите и др.

Бронхиальная астма - одно из самых распространенных заболеваний человечества, которому подвержены люди всех возрастов. В настоящее время число больных БА во всем мире достигло 300 миллионов человек. В большинстве регионов продолжается рост заболеваемости и к 2025 году увеличится на 100-150 млн. В каждой из 250 смертей в мире повинна БА, причем, большую часть из которых можно было бы предотвратить. Анализ причин смерти от БА свидетельствует о недостаточной базисной противовоспалительной терапии у большинства больных и несвоевременно оказанной неотложной помощи при обострении. Но все же достигнуты определенные успехи в лечении БА: начали применяться новые методы иммунотерапии аллергической БА, переоценены существующие методы фармакотерапии, внедряются новые методы лечения тяжелой БА. Актуальность проблемы.

По данным эпидемиологических исследований распространенность БА в России составляет от 6.2 до 9%. Бронхиальная астма ведет к снижению качества жизни больных, может быть причиной инвалидизации. Выраженные обострения этого заболевания представляют определенную угрозу для их жизни. Высокая распространенность, тяжесть течения и неблагоприятный прогноз определяет БА как одну из самых значимых медико - социальных заболеваний в современном мире.

Всемирная организация здравоохранения по инициативе проекта «Международная инициатива против астмы» под эгидой GINA—

Глобальной инициативы по бронхиальной астме учредила всемирный День борьбы с астмой, который проводится ежегодно в первый вторник мая. Впервые данный День стал отмечаться в 1998 году, в более чем 35 странах и был приурочен к Всемирному совещанию по БА в Барселоне (Испания).

Основной задачей Дня борьбы с астмой является улучшение осведомленности пациентов и населения об этом заболевании, привлечение внимания общественности к решению проблем, связанных с астмой, и повышение качества медицинской помощи.

БА является проблемой, над которой упорно работают врачи всего мира на протяжении многих веков. Однако наиболее значимые успехи были достигнуты только в последние десятилетия. Существенный прогресс достигнут в разработке медикаментозных средств лечения и профилактики.

Таким образом, главным показателем эффективности терапии БА является достижение и поддержание контроля над заболеванием.

Высокая распространенность и социально-экономическое влияние БА на жизнь общества и каждого пациента обуславливают необходимость предупреждения и своевременного выявления факторов риска, адекватность проводимой терапии, профилактики обострений заболевания. И в этом большая роль отводится медицинской сестре. Поэтому изучение сестринского процесса при БА является актуальным.

Цель исследования:

Определить особенности сестринского ухода при бронхиальной астме в стационара.

Задачи исследования:

1. Провести анализ научно- теоретических источников по статистике заболеваемости в г Юрге.

2. Определить роль медицинской сестры в организации помощи пациентам с бронхиальной астмой в условиях стационара.
3.Изучить основные методы сестринского ухода при бронхиальной астме.

Объект исследования: пациенты с бронхиальной астмой.
Предмет исследования: сестринский уход при бронхиальной астме.
Методы исследования:

- ✓ научно-теоретический;
- ✓ аналитический;
- ✓ анализ статистических данных;
- ✓ сравнение.

Глава1.Теоретическая часть

1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обусловливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения.

1.1. Этиология

Причины точно не известны.

- ✓ Предрасполагающие факторы (генетически обусловленные): атопия и наследственность - определяют склонность организма к болезни.
- ✓ Клинические проявления атопии: вазомоторный ринит, конъюнктивит, аллергический дерматит.

- ✓ Причинные факторы (индукторы) - сенсибилизируют дыхательные пути и вызывают начало заболевания: пыль, шерсть и перхоть домашних животных, грибковый, тараканий аллерген, пыльца растений, аспирин, химические вещества на рабочем месте (хлорсодержащие, формальдегид, канифоль и др.).

- ✓ Усугубляющие факторы – увеличивают вероятность развития астмы при воздействии индукторов: ОРВИ, курение, загрязнение воздуха, паразитарные инфекции, низкий вес при рождении.
- ✓ Триггерные факторы – провоцируют обострения БА:

- ✓ аллергены (клещ домашней пыли, пыльца растений, перхоть животных, плесень, тараканы).
- ✓ раздражающие вещества (табачный дым, вещества, загрязняющие воздух, резкие запахи, пары, копоть).
- ✓ физические факторы (физическая нагрузка, холодный воздух, гипервентиляция, смех, крик, плач).
- ✓ ОРВИ.
- ✓ эмоциональные перегрузки (стресс).
- ✓ лекарственные препараты (β-блокаторы, НПВП, пищевые добавки - тартразин).
- ✓ изменение погоды.
- ✓ эндокринные факторы (менструальный цикл, беременность, заболевания щитовидной железы).
- ✓ время суток (ночь или раннее утро).

1.2. Классификация

Классификация (Адо, Булатова, Федосеева)

1. **Этапы развития БА:**

   - ✓ биологические дефекты у практически здоровых людей.

- ✓ состояние предастмы.
- ✓ клинически выраженная бронхиальная астма.

2.

Клинико-патогенетические варианты БА:

- ✓ атопический.
- ✓ инфекционно-зависимый.
- ✓ аутоиммунный.
- ✓ дисгормональный (гормонозависимый).
- ✓ нервно-психический.
- ✓ аспириновый..
- ✓ первично измененная реактивность бронхов и др.

2. **Классификация БА по степени тяжести:**

Интермиттирующая:

симптомы реже 1 раза в неделю; обострения короткие; ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц.

Легкая персистирующая:

симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день; обострения могут влиять на физическую активность и сон: ночные симптомы чаще 2 раза в месяц.

Персистируюшая средней тяжести:

ежедневные симптомы; обострения могут влиять на физическую активность и сон; ночные симптомы чаще 1 раза в неделю;

ежедневный прием ингаляционных бета-2-агогнистов короткого действия.

Тяжелая персистирующая:

ежедневные симптомы; частые обострения; частые ночные симптомы; ограничение физической активности.

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.

1.3. Клиническая картина

Клиническая картина БА характеризуется появлением приступов удушья легкой, средней тяжести или тяжелых.

В развитии приступа удушья условно выделяют следующие периоды:

Период предвестников:

вазомоторные реакции со стороны слизистой носа, чихание, сухость в носовой полости, зуд глаз, приступообразный кашель, затруднение отхождения мокроты, одышка, общее возбуждение, бледность, холодный пот, учащенное мочеиспускание.

Период разгара:

удушье экспираторного характера, с чувством сжатия за грудиной. Положение вынужденное, сидя с упором на руки; вдох короткий, выдох медленный, судорожный (в 2-4 раза длиннее вдоха), громкие свистящие хрипы, слышные на расстоянии («дистанционные» хрипы); участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, кашель сухой, мокрота не отходит. Лицо бледное, при тяжелом приступе – одутловатое с синюшным оттенком, покрыто холодным потом; страх, беспокойство. Пациент с трудом отвечает на вопросы. Пульс слабого наполнения, тахикардия. При осложненном течении может переходить в астматический статус.

Период обратного развития приступа*:*

Имеет разную продолжительность. Мокрота разжижается, лучше откашливается, уменьшается количество сухих хрипов, появляются влажные. Удушье постепенно проходит.

Течение болезни циклическое: фаза обострения с характерными симптомами и данными лабораторно-инструментальных исследований сменяется фазой ремиссии.

1.4.Диагностика:

1. Исследование функции внешнего дыхания для выявления обструктивного типа дыхательной недостаточности.

а) **Спирография** – графическая регистрация объема легких во время дыхания; характерно снижение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), снижение индекса Тиффно (ОФВ1/ЖЕЛ) < 75%. Измерение показателей проводится 2-3 раза, за истинное значение принимается наилучший показатель. Полученные абсолютные показатели сопоставляются с должными, которые вычисляются по специальным номограммам с учетом роста, пола, возраста пациента.

б) **Пневмотахография** – регистрация в двухкоординатной системе петли «поток-объем» — скорости экспираторного потока воздуха на участке 25%-75% ФЖЕЛ; характерны вогнутый характер кривой выдоха и значительное снижение максимальной объемной скорости на уровне 50-75% ФЖЕЛ (МОС50, МОС75)

в) **Пикфлоуметрия** – измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) после полного вдоха; для БА характерно: увеличение ПСВ более, чем на 15% через 15-20 мин после ингаляции b2-агонистов короткого действия; суточные колебания ПСВ 20% и более у пациентов, получающих бронхолитики, и 10% и более у пациентов, не получающих бронхолитики; уменьшение ПСВ на 15% и более после физической нагрузки или после воздействия других триггеров.

г) **Бронходилатационные пробы** – определение вышеперечисленных показателей до и после применения бронходилататоров с расчетом абсолютного прироста ОФВ1 (%).

2. Рентгенография легких: во время приступа, а также при частых обострениях БА – признаки эмфиземы легких (повышенная прозрачность легких; расширение межреберных промежутков; горизонтальное положение ребер; низкое стояние диафрагмы).

3. Оценка газового состава артериальной крови: артериальная гипоксемия, гиперкапния.

4. Оценка аллергологического статуса для выявления причинного аллергена; проводится с помощью кожных проб (аппликационный, скарификационный и внутрикожный методы), провокационных ингаляционных тестов.

5. Лабораторные данные:

а) ОАК: эозинофилия, умеренное увеличение СОЭ в период обострения..

б) общий анализ мокроты: много эозинофилов, кристаллы Шарко-Лейдена (образуются при разрушении эозинофилов; имеют блестящий прозрачный ромбовидный вид), спирали Куршмана (слепки мелких спастически сокращенных бронхов в виде спиралей из прозрачной слизи).

в) БАК: увеличение уровня a2- и g-глобулинов, сиаловых кислот, серомукоида, фибрина, гаптоглобулина.

г) иммунологическое исследование: увеличение в крови иммуноглобулинов (особенно IgE), снижение количества и активности Т-супрессоров.

1.5. Осложнения:

- ✓ астматический статус;
- ✓ спонтанный пневмоторакс;

- ✓ острая дыхательная недостаточность;
- ✓ эмфизема легких;
- ✓ хроническое легочное сердце;
- ✓ ателектаз легкого;
- ✓ пневмония;

при длительном лечении БА гормональными препаратами - ожирение, гипертония, патологические переломы костей.

Бронхоастматический статус

I стадия – затянувшегося приступа удушья: формируется рефрактерность к симпатомиметикам, нарушается дренажная функция бронхов. Приступ удушья не купируется 12 часов и более. Состояние тяжелое, незначительно изменяется газовый состав крови: может наблюдаться умеренная гипоксемия и гиперкапния, а в связи с гипервентиляцией - гипокапния и дыхательный алкалоз.

II стадия – «немого лёгкого» - прогрессируют нарушения дренажной функции бронхов (просвет их заполнен густой слизью), появляются участки над легкими, где дыхание не выслушивается. Наблюдаются резкие нарушения газового состава крови с артериальной гипоксемией и гиперкапнией. Состояние больного очень тяжелое: заторможеность, цианоз, кожа покрыта липким потом, тахикардия более 120 ударов в минуту, АД несколько повышено.

III стадия – гипоксемической гиперкапнической комы - в результате резкого изменения газового состава крови. Дыхание поверхностное, резко ослабленное, часто аритмия, снижается АД. Судорожный синдром, острый психоз, глубокая заторможенность и потеря сознания (кома). При

несвоевременном лечении астматический статус может привести к смертельному исходу.

1.6. Помощь при неотложных состояниях

Доврачебная помощь при приступе БА

Сестринское вмешательство	**Обоснование**
1. При возможности - исключить контакт с причинно значимым аллергеном.	Для предуп.реждения прогрессирования приступа удушья
2. Придать пациенту удобное положение - сидя с упором на руки.	Для облегчения дыхания .
3. Расстегнуть стесняющую одежду.	Для облегчения дыхания.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха.	Уменьшение гипоксии.
5. Срочно вызвать врача через третье лицо.	Для оказания квалифицированной помощи.
6. Обеспечить теплым питьем.	Для разжижения мокроты и лучшего ее отхождения.
7. Применить ДАИ с бронхолитиком (беротек, сальбутамол) или ингаляцию через небулайзер.	Для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов.

8. Приготовить лекарственные препараты: ✓ бронхолитики: сальбутамол, тербуталин, беродуал, атровент, эуфиллин. ✓ ГКС: преднизолон, гидрокортизон.	Для оказания квалифицированной помощи.
9. Постоянно контролировать состояние пациента, пульс, АД, ЧДД, характер мокроты.	Для контроля эффективности оказываемой помощи и своевременного выявления осложнений.

1.7. Особенности лечения

Принципы лечения БА – необходима **Комплексная** терапия:

1) обучение больных.

2) оценка и мониторинг тяжести БА.

3) элиминация триггеров или контроль их влияния на течение болезни: удалить ковры из спальни и перьевые изделия, использовать непропускаемые постельные покрывала, ежедневно стирать постель в горячей воде, применять средства, ликвидирующие сапрофитов, не держать в квартире животных и птиц, не курить в помещениях, где находятся больные, предупреждать инфекции дыхательных путей и др.

4) медикаментозная терапия для постоянного лечения (контроля за течением БА) – используют следующие ЛС:

а) ингаляционные (беклометазона дипропионат, будесонид, флунизомид, флутиказон, триамцинолона ацетонид) и системные (преднизолон, метилпреднизолон) ГКС.

б) стабилизаторы мембран тучных клеток (натрия кромогликат (интал); недокромил натрия (тайлед).

в) теофиллин замедленного высвобождения (теопек, теодур).

г) ингаляционные β2-агонисты длительного действия (формотерол, сальметерол).

д) антилейкотриеновые препараты: антагонисты рецепторов к цистеинил-лейкотриену-1 (монтелукаст, зафирлукаст), ингибитор 5-липооксигеназы (зилеутон).

5) медикаментозная терапия для купирования обострений используют следующие ЛС:

А) ингаляционные β2-агонисты быстрого действия (сальбутамол, фенотерол, тербуталин, репротерон).

Б) антихолинергические препараты (ипратропиум бромид (атровент), окситропиума бромид).

В) системные ГКС.

Г) метилксантины (теофиллин в/в, эуфиллин).

Тактика при некупирующемся приступе БА – госпитализация пациента показана в следующих случаях:

А) тяжелый приступ БА с угрозой перехода в астматический статус.

Б) подозрение на развитие осложнений.

В) отсутствие быстрого ответа на бронходилатационную терапию.

Г) дальнейшее ухудшение состояния больного на фоне начатого лечения.

Д) длительное использование или недавно прекращенный прием системных ГКС.

Е) госпитализация в ОИТАР несколько раз в течение последнего года.

Ж) если пациент не придерживается плана лечения БА или страдает психическими заболеваниями.

При некупирующемся приступе БА и угрозе развития астматического статуса показана госпитализация и лечение в стационаре.

Диетотерапия

Исключение из рациона питания продуктов, которые провоцируют приступ БА (шоколад, клубника, цитрусовые, яйца, мясные и рыбные бульоны, копченные и консервированные продукты, кислая капуста, алкоголь, большое количество томата, шпината, арахиса, бананов).

1.8. Профилактика, реабилитация, прогноз

Всемирной организацией аллергологии предложено 3 уровня профилактики:

- ✓ первичная
- ✓ вторичная
- ✓ третичная

Первичная — направлена на предупреждение заболевания, проводится в группах риска. Направлена на устранение раздражающих факторов и лечение хронических заболеваний органов дыхания.

Вторичная — комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер по профилактике заболевания у больных на начальной стадии, но еще не болеющих астмой. Категория пациентов для проведения вторичной профилактики имеет следующие критерии:

1. лица, имеющие родственников болеющих БА;
2. наличие различных аллергических заболеваний (поллиноз, нейродермит и др.).
3. сенсибилизация, доказанная иммунологическими исследованиями.

Третичная — комплекс психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, восстановление утраченных функций с целью полного восстановления социального и профессионального статуса.

Реабилитация.

Проведение реабилитационных мероприятий при БА направлено на поддержание ремиссии болезни, восстановление функциональной активности и адаптационных возможностей дыхательного аппарата и других органов и систем.

С этой целью используется комплекс лечебно-восстановительных мер, включающий организацию лечебно-охранительного и диетического режима, применение лечебной физкультуры, массажа, физиотерапии и педагогического,воздействия.

Физиотер

апевтические процедуры (используются в дополнение к базисной терапии):

- ✓ иглорефлексотерапия.
- ✓ лечение в соляных шахтах.

- ✓ аэроионотерапия .

  Климатотерапевтические процедуры:

  морские купания.
- ✓ воздушные и солнечные ванны.
- ✓ сон на воздухе и на берегу моря.

Прогноз.

У заболевших бронхиальной астмой взрослых выздоровление наблюдается редко. В отношении трудоспособности и жизни больных прогноз зависит от формы и тяжести бронхиальной астмы. При атопической форме бронхиальной астмы возможны длительные ремиссии — спонтанные (при прекращении контакта с аллергеном) или после специфической иммунотерапии. При легком течении заболевания трудоспособность обычно сохранена, при среднетяжелом нарушается в фазах обострения, при тяжелом течении нередко бывает стойкое нарушение трудоспособности (инвалидность III или II группы). Развитие повторных астматических состояний ухудшает витальный прогноз; при астматическом статусе III стадии даже в условиях применения ИВЛ нередко наступает летальный исход.

Вывод: Бронхиальная астма – хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением дыхательных путей, характеризующееся изменённой реактивностью бронхов вследствие иммунологических или не иммунологических механизмов. Обязательным проявлением бронхиальной

астмы являются приступы удушья экспираторного характера или астматический статус, обусловленные прежде всего бронхоспазмом, гиперсекрецией и отёком слизистой оболочки бронхов.
В клиническом течении заболевании выделяются предастма и клинически оформленная астма (иммунологическая и не иммунологическая формы). Кроме того, следует учитывать основные патогенетические варианты бронхиальной астмы (атопический, инфекционный, аутоиммунный, дисгормональный, нервно-психический). По тяжести течения бронхиальная астма делится на лёгкую, средней степени тяжести и тяжёлую. В определении тактики лечения имеет значение фаза течения заболевания (обострение и ремиссия) и осложнение.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Сестринский процесс – научный метод организации и оказания сестринской помощи, выполнения плана ухода за терапевтическими пациентами, исходя из определенной ситуации, в которой находятся пациент и медицинская сестра. План ухода составляется медсестрой по согласованию с пациентом для решения его проблем.

Цель сестринского процесса - поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма в соответствии с разработанными американским психологом А. Маслоу и модернизированными В. Хендерсон ежедневными потребностями человека в его повседневной деятельности.

Сестринский процесс при БА

I этап: сестринское обследование (сбор информации)

При расспросе пациента медсестра выясняет обстоятельства возникновения приступа удушья, чем они вызываются и чем снимаются, какие лекарства (пищу) пациент не переносит.

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

При объективном обследовании оцениваются характер пульса (тахикардия, наполнение и напряжение), измеряется АД (повышено).

II этап: определение проблем пациента

Выявляются нарушенные потребности и проблемы пациента.

Возможные нарушенные потребности:

- ✓ физиологические:
- ✓ есть (ограничение в диете, исключение аллергогенных продуктов).
- ✓ дышать (удушье, одышка).
- ✓ спать (приступы удушья по ночам, утром).
- ✓ двигаться (одышка, удушье при физической нагрузке).
- ✓ избегать опасностей (возможность развития осложнений).
- ✓ психо-социальные:
- ✓ общаться (приступы удушья, усиление одышки при разговоре, контакте с аллергенами - запахи духов).
- ✓ нарушение самореализации (ограничение трудоспособности, изменение образа жизни).
- ✓ работать (ограничение трудоспособности в связи с ухудшением состояния при эмоциональных и физических нагрузках, контакте с аллергенами).

Возможные проблемы пациента:

- ✓ физиологические:

- ✓ удушье.
- ✓ экспираторная одышка.
- ✓ кашель с трудноотделяемой мокротой.
- ✓ дискомфорт в носоглотке.
- ✓ бледность.
- ✓ цианоз.
- ✓ слабость.
- ✓ снижение физической активности.
- ✓ психологические:
- ✓ 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.
- ✓ социальные:
- ✓ утрата трудоспособности, ивалидизация.
- ✓ материальные трудности в связи со снижением трудоспособности.
- ✓ социальная изоляция.
- ✓ невозможность смены места жительства.
- ✓ духовные:
- ✓ дефицит духовного участия.
- ✓ приоритетные:
- ✓ удушье.
- ✓ потенциальные:

- ✓ риск развития осложнений: бронхоастматического статуса, спонтанного пневмоторакса, эмфиземы легких

III этап: планирование сестринских вмешательств

Медицинская сестра совместно с пациентом и его родственниками формулирует цели и планирует сестринские вмешательства по приоритетной проблеме.

IV этап: реализация сестринских вмешательств

Сестринские вмешательства:

- ✓ зависимые (выполняются по назначению врача): обеспечение приема лекарственных препаратов, выполнение инъекций и т.п.;
- ✓ независимые (выполняются медсестрой без разрешения врача): рекомендации по диете, измерение АД, пульса, ЧДД, организация досуга пациента и другие;
- ✓ взаимозависимые (выполняются медицинской бригадой): обеспечение консультации аллерголога, обеспечение проведений исследований.

V этап: оценка эффективности сестринских вмешательств

Медсестра оценивает результат сестринских вмешательств, реакцию пациента на меры оказания помощи, ухода. Если поставленные цели не достигнуты, медсестра корректирует план сестринских вмешательств: возможно запланированы не все вмешательства, которые помогли бы достичь цели, либо неправильно определена приоритетная проблема.

Основные проблемы и специфика вмешательства

Проблема удушья

При обострении уход подразумевает выполнение определенных действий:

- ✓ Необходимо придать человеку сидячее положение. Детей при этом лучше поддерживать.

- ✓ Освободить от стягивающей одежды.
- ✓ Обеспечить приток свежего воздуха. Если позволяет погода и климатические условия, нужно открыть окно.
- ✓ Применить ингаляцию с Сальбутамолом для детей и Атровентом – для взрослых пациентов. Достаточно 1-2 впрыскиваний.
- ✓ Если есть предписание врача, вводит внутривенно 2,4% раствор Эуфиллина в дозировке 10 мл.
- ✓ Подготовить кислородный аппарат для использования кислородной смеси и ее подачи в дыхательную систему.

При отсутствии аллергии поставить горчичники.

Проблема дыхательной недостаточности

При таких состояниях дети и взрослые испытывают учащенное биение пульса, может подняться артериальное давление. Роль медсестры заключается в нормализации показателей в течение суток. Она должна контролировать параметры сердца и сосудов каждые 10-15 минут на протяжении всего приступа и еще час после него.

Про стойких проявлениях тахикардии взрослым дают 10 мг, детям – 5 мг Нифедипина, Кордафена, Адалата трижды в день, но только в случае указаний врача. Бетаблокаторы в этот период не назначаются, так как могут вызвать спазм и усугубить положение.

Проблема гипоксии

Роль медсестры при вмешательстве состоит в нормализации цвета кожных покровов в течение суток. Приоритетной целью является наблюдение за пациентом, повторное применение кислородных ингаляций. Особенность состояния у детей – возможность резкого снижения артериального давления. В этом случае рекомендовано внутримышечное введение Кордиамина, Никетамида или Этимизола в дозировке 2 мл.

Проблема кашля с мокротой

При кашлевом рефлексе и отхождении секрета сестринский процесс при бронхиальной астме заключается в обеспечении введения бронходилататоров с помощью аппарата Небулайзера. Уход и роль специалиста состоит в регулярном приготовлении теплого питья, детям обычно дают морсы, если нет аллергии на ягоды. По назначению врача медсестра дает муколитики перорально или с помощью ингалятора: Амброксол, Мукалтин, Ацтилцистеин. Это обеспечивает разжижение мокроты и облегчает ее вывод. Для больных в тяжелых состояниях и детей уход заключается в контроле во время выхода секрета.

В этот момент медсестра обязана вести лист наблюдения, где отмечает особенности частоты дыхания, цвета кожных покровов, описывает характер отделяемой жидкости. В отдельных графах указываются улучшения или осложнения, если таковые имеются.

Особенности ухода в стационаре.

Приоритетная роль медсестры заключается в наблюдении за больным, она должна способствовать ремиссии, предотвращать потенциальные осложнения. Для этого проводятся следующие процедуры и мероприятия:

- ✓ Обеспечение и контроль соблюдения режима.
- ✓ Удовлетворение физиологических потребностей во время приступа.
- ✓ Объяснение необходимости применения назначаемых препаратов.
- ✓ Обучение самоконтролю, использованию ингаляторов, ведению журнала.
- ✓ Обучение методике пикфлоуметрии.
- ✓ Проверка навыков на практике больных и родителей маленьких подопечных.

- ✓ Нормализация поражений в бронхиальных структурах и показателей их деятельности.
- ✓ Осуществление ухода за лежачими больными.
- ✓ Контроль проведения влажной уборки и проветривания.
- ✓ Обеспечение досуга маленьких пациентов.
- ✓ Осуществление назначений врача.
- ✓ Организация правильного питания.

Выполнение врачебных назначений

Приоритетной обязанностью медсестры и ее ролью в улучшении состояния больного является не только уход, помощь при приступах, но и проведение процедур, согласно указаниями фтизиатра, пульмонолога. Она обеспечивает человека препаратами и следит за правильностью их приема. Контролирует применение карманного ингалятора, спейсера и небулайзера, проводит подачу увлажненного кислорода.

Кроме того, сестра обязана подготовить подопечного к дополнительным процедурам обследования:

- ✓ Тесты на аллергических агентов.
- ✓ Биохимические анализы.
- ✓ Исследование мокроты.
- ✓ Рентгенографии.
- ✓ Спирометрии.
- ✓ Бронхоскопии.

Если назначаемые препараты дают побочный эффект, медсестра должна распознать негативные реакции и уведомить об этом врача.

2.1 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой.

2.1.1. Правила пользования ДАИ.

Цель: лечебная.

Показания: заболевания дыхательной системы, сопровождающиеся обструкцией.

Противопоказания: непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: ДАИ.

№	**Этапы**	**Обоснование**
	I. Подготовка к процедуре.	
	Поприветствовал пациента уважительно и доброжелательно. Представился пациенту.	Установление контакта с пациентом.
	Объяснил пациенту ход и суть предстоящих действий.	Мотивация пациента к сотрудничеству.
	Получил согласие пациента.	Соблюдение прав пациента.
	Подготовил оснащение.	Обеспечение быстрого и эффективного проведения манипуляции.

II. Выполнение процедуры.

Вымыл и осушил руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Сообщил пациенту о лекарственном препарате и его побочных действиях.	Соблюдение прав пациента.
Продемонстрировал пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного средства.	Для лучшего усвоения методики выполнения манипуляции.
Встал (процедуру лучше выполнить стоя, при невозможности – сидя или лежа).	Более эффективное выполнение манипуляции.
Снял с ингалятора защитный колпачок; перевернул баллончик вверх дном и встряхнул его	Лекарственное средство перемешивается и перемещается к отверстию в баллончике.
Сделал максимальный вдох.	Подготовка дыхательных путей к вдоху.

Мундштук вставил себе в рот, обхватил его губами.	Лекарственное средство должно распыляться в ротовой полости.
Сделал глубокий вдох и одновременно нажал на дно баллончика.	Распыление лекарственного средства перемещение лекарственного средства из ротовой полости по дыхательным путям
Извлек мундштук ингалятора изо рта, задержал дыхание на 5-10 сек.	Необходимое время для лучшего всасывания лекарственного средства.
Сделал спокойный выдох через нос.	Нормализация дыхания.
Попросил пациента имитировать применение ингаляционного баллончика самостоятельно	Обучение пациента.
III. Завершение процедуры.	
При необходимости повторил п. 7-14.	Обучение пациента.
Вымыл и осушил руки.	Обеспечение инфекционной безопасности

Отметил реакцию пациента на обучение.	Документация оценки и реакции пациента на обучение.

2.1.2. Проведение пикфлоуметрии (ПФМ).

Цель: диагностическая (определение ПСВ)

Показания: диагностика и мониторинг БА.

Противопоказания: нет

*Примечание:

Даже у одного и того же человека могут быть существенные расхождения при показаниях пикфлоуметрии. Для каждого человека характерен свой дневной и ночной режим. С практической точки зрения, необходимо определить для каждого пациента его собственную норму. Это можно сделать, используя так называемые лучшие личные показатели пациента.

Оснащение: пикфлоуметр, сменный мундштук, кожный антисептик.

№	**Этапы**	**Обоснование**

I. Подготовка к процедуре

1	Поприветствовал пациента уважительно и доброжелательно, представился.	Установление контакта с пациентом.
2	Объяснил пациенту ход и суть предстоящих действий, показал правильное применение пикфлоуметра.	Мотивация пациента к сотрудничеству.
3	Получил согласие пациента.	Соблюдение прав пациента.
4	Подготовил оснащение.	Обеспечение быстрого и эффективного проведения манипуляции.

II. Выполнение процедуры

5	Сообщил пациенту что при каждом при каждом измерении он должен занимать одинаковую позу (сидя или стоя).	Более эффективное выполнение манипуляции.
6	Установил стрелку на ноль.	Для получения достоверных данных.

7	Взял пикфлоуметр так, чтобы пальцы рук не перекрывали выходные отверстия и не мешали движению стрелки.	Для предотвращения погрешностей.
8	Попросил принять нейтральное положение шеи (шея не согнута).	Для лучшего усвоения методики выполнения манипуляции.
9	Инструктировал пациента вдохнуть максимально глубоко.	Для набора воздуха в легкие.
10	Попросил обхватить губами и зубами мундштук пикфлоуметра, избегая закрывания отверстия мундштука языком	Для избегания попадания исходящего воздуха за пределы измерительного аппарата
11	Попросил с максимальной силой выдохнуть воздух, акцентируясь на силе выдоха, а не его количестве.	Для получения данных об объеме выдыхаемого воздуха
12	Определил показания.	Для получения достоверной информации о ПСВ.
13	Повторить пп.7-12 еще 2 раза	Определение максимальный результат.

14	Наилучший результат занес в дневник самоконтроля.	Для диагностики или оценки эффективности лечения.

III. Окончание процедуры.

15	Продезинфицировал ПФМ, прополоскал проточной водой, высушил.	Профилактика ВБИ.

2.1.3. Подача кислорода с помощью кислородной подушки.

Цель: повышение содержания кислорода в тканях.

Показания: назначения врача при заболеваниях органов кровообращения и дыхания.

Оснащение: кислородная подушка, содержащая 100% кислорода, воронка (мундштук); марлевая салфетка, сложенная в 4 слоя; емкость с дезраствором (3% раствор хлорамина); вода питьевая или пеногаситель (антифомсилан 10% или этиловый спирт 96%).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Заполнить подушку кислородом из кислородного баллона: - соединить резиновую трубку подушки с редуктором	Длительные ингаляции 100% кислородом опасны и оказывают токсичное действие на организм: сухость во рту, чувство жжения за

кислородного баллона: - открыть вентиль на трубке подушки, затем на баллоне. - наполнить подушку кислородом; - закрыть вентиль на баллоне, затем на подушке; - отсоединить резиновую трубку от редуктора баллона; - подсоединить мундштук к трубке подушки.	грудиной, боль в грудной клетке, судороги и т.д. Соблюдение техники безопасности при набирании кислорода: не курить, не зажигать спички и т. п. В одной подушке около 10 л кислорода.
2. Смочить салфетку в воде или пеногасителе.	Пеногасителем служит 20%-ный этиловый спирт или антифомсилан.
Обернуть мундштук (воронку) влажной марлевой салфеткой.	
4. Удалить мокроту изо рта и носа пациента тампоном (или электроотсосом) перед процедурой.	Необходимо освободить дыхательные пути.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1.Держать мундштук (воронку) у рта пациента и открыть кран на подушке.	Пациент вдыхает кислородную смесь через мундштук (воронку), а выдыхает через нос. С целью уменьшения потери кислорода в момент выдоха его подача временно прекращается с помощью сжатия трубки пальцами или поворотом крана на трубке. (Если пациент осуществляет вдох через нос, то выдох - через рот).
2. Отрегулировать скорость подачи кислорода (4- 5 л в минуту).	Подавать кислородную смесь, содержащую 80-100% 02- 15

	минут, при необходимости - повторить процедуру через 10-15 минут.
3. Надавливать на подушку и сворачивать с противоположного конца, пока кислород не выделится полностью.	
4. Менять подушки с кислородом.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убрать кислородную подушку, отсоединить мундштук (воронку).	Наблюдать за состоянием пациента.
2. Поместить салфетку и мундштук (воронку) в дезинфицирующий раствор.	В домашних условиях можно прокипятить в 2% растворе питьевой соды, или протереть мундштук (воронку) 70% спиртом.

2.1.4.Подача кислорода через носовой катетер.

Цель: уменьшить гипоксию тканей.

Показание: назначения врача при заболеваниях органов кровообращение и дыхания.

Оснащение: аппарат Боброва, дистиллированная вода, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или спирт 96%-ный. Стерильно: лоток, носовой катетер, вазелиновое масло. шпатель, бинт, лейкопластырь.

ЭТАПЫ	**ПРИМЕЧАНИЯ**
1. Установить доверительные отношения	Обеспечение слаженности

с пациентом, если это возможно.	совместной работы
2. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.	Гипоксия может привести к тахикардии (учащению пульса), брадиаритмии (урежению пульса).
3. Объяснить пациенту (в том случае, когда возможно) и его близким цель оксигенотерапии, последовательность процедуры и получить его (их) согласие на процедуру. Пациент успокаивается, что приводит к уменьшению потребления им кислорода и улучшает взаимодействие между ним и медицинской сестрой.	
4. Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.	
5. Подготовить к работе аппарат Боброва: а)налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или спирт 96%-ный 2/3 объема, температура 30 - 40°С; б)обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.	Спирт 20%-ный и антифсмсилан служат пеногасителями и используются при наличии у пациента отека легких
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку.	Обеспечение попадания струи кислорода в верхние дыхательные пути.
2. Облить стерильным вазелиновым маслом или глицерином вводимую часть	Предупреждение травмы слизистой носа.

катетера.	
3. Ввести катетер в нижний носовой ход до метки.	Обеспечение нахождения катетера в дыхательных путях.
4. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.	
5. Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.	Обеспечение инфекционной безопасности.
6.Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта.	Обеспечение постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактика мацерации.

ГЛАВА 3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

3.1Исследование заболеваемости органов дыхания и БА по данным ГБУЗ КО " Юргинская городская больница"

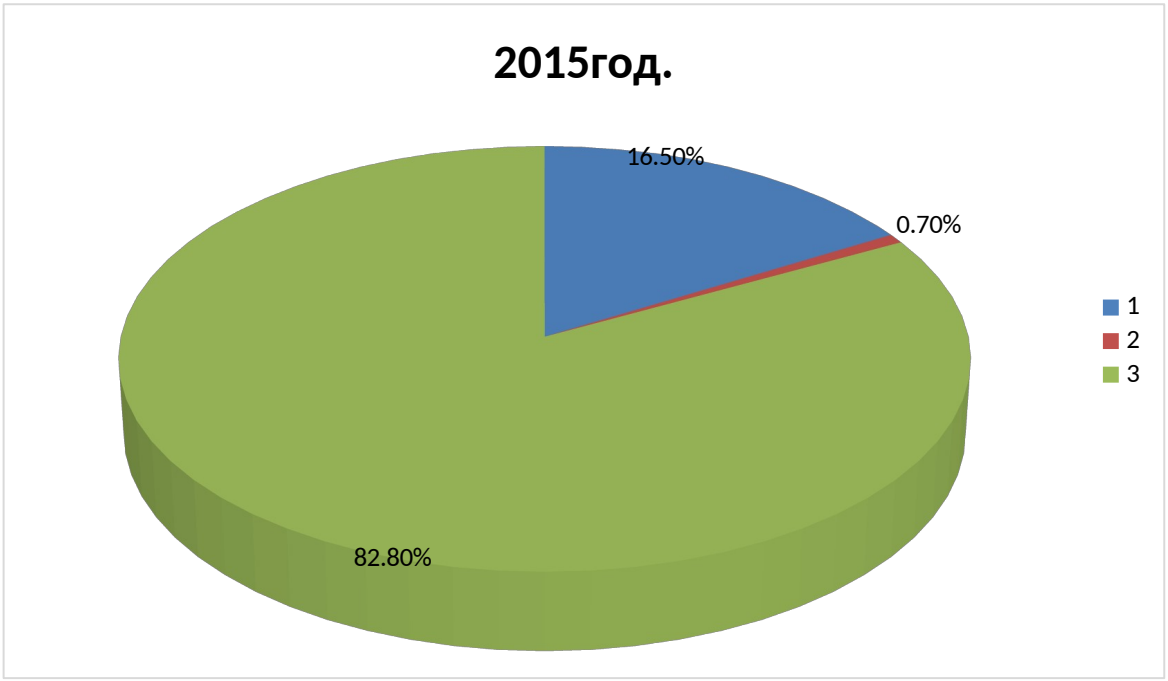
	2015г	2016г
Численность население	65125	64839
Заболеваемость органов дыхания общая старше 18лет.	10730	10567
Трудоспособного возраста.	6587	5671
Забол-ть Б астмой общая	466	472
Забол-ть Б астмой	264	261

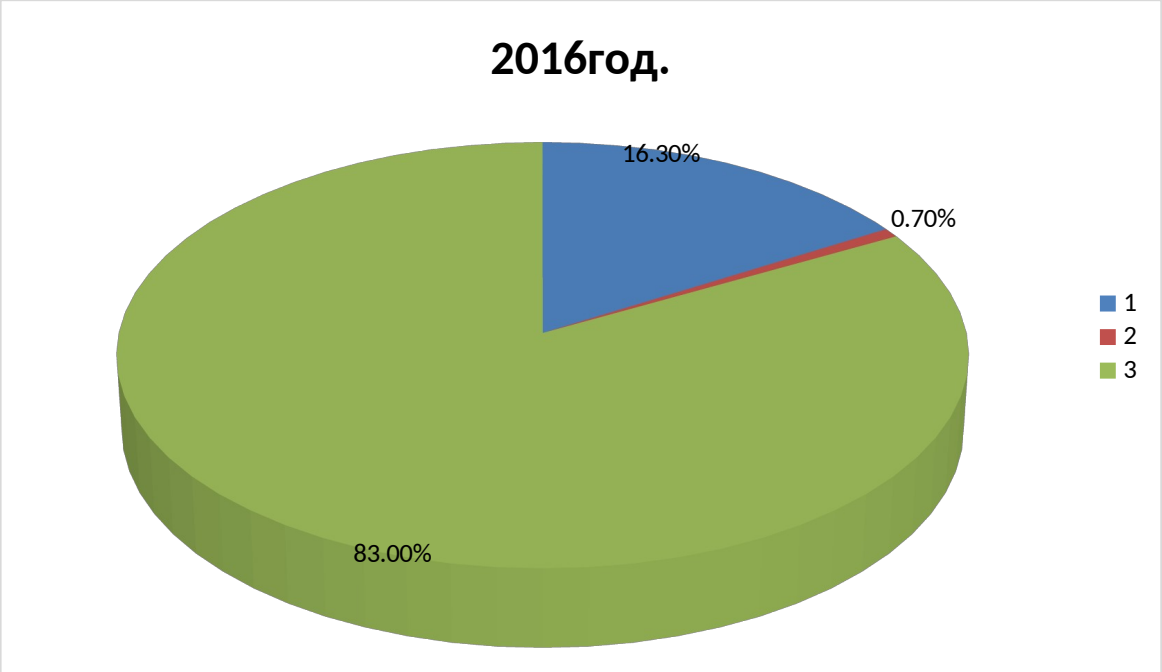
трудоспособного возраста		
Кол-во пролеченных в стационаре всего.	1205	1410
Кол-во пролеченных по органам дыхания	592	704
Кол-во пролеченных по Б астме	82	76
Экстренные госпитализированы с БА в терапию	86	70
Смертность от астмы	3	1

1 таблица данные ГБУЗ КО ЮГБ .

Графические данные таблицы можно представить следующим образом:

Рисунок 1.1Общее заболеваемость органов дыхания и БА старше 18 лет к соотношению численности взрослого население г.Юрги. 2015-2016г.





1.Заболивание органов дыхание общая старше 18лет.

2.Заболивание БА общие.

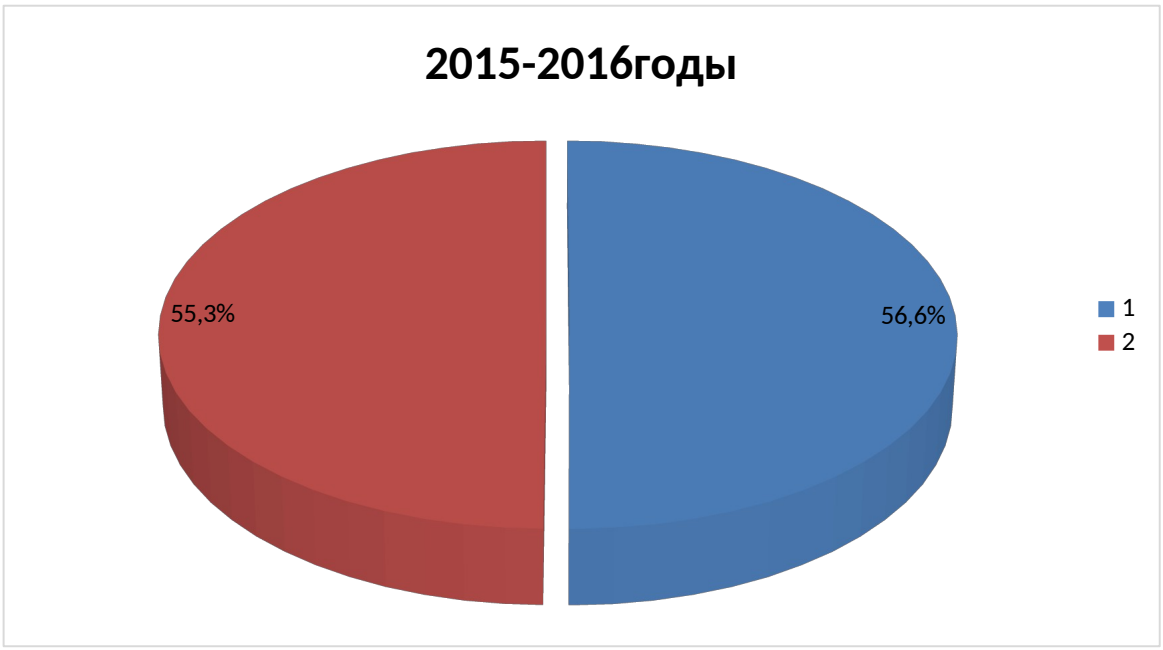
3.Численость население.

Заболевания органов дыхание в 2015и 2016году видно, что процент по заболеваемости почти одинаковый с тенденцией к снижением на 0,2% в 2016году.Заболевание БА за данные период без динамики по численности население старше 18лет. Как можно увидеть из последнего графика ситуация стабилизировалась, количество больных, обратившихся за помощью остается приблизительно на одном уровне. Необходимо отметить и тот факт, что при изучении заболеваемости БА отмечается определённая закономерность между соотношением вариантов тяжести течения БА и заболеваемостью.

Так, отмечено, что при уровне заболеваемости 5 на 1000 населения 30%-это лёгкие формы, 50%- среднетяжёлые, 20%-тяжёлые. 10 на 1000 60%-лёгкие, 30%-среднетяжёлые и 10%-тяжёлые. 80 на 1000 населения 1,3%-тяжёлые, 3,9%-среднетяжёлые, 95%-лёгкие.

Приведённые статистические данные указывают на то, что по обращаемости регистрируются, главным образом, тяжёлые и среднетяжёлые формы, при этом упускается из поля зрения до 30% больных легкими и среднетяжелыми формами БА.

Рисунок 1.2Соотношение больных трудоспособного возраста к общему заболеваемости органов дыхания 2015г-2016.



1.забо

леваемость органов дыхания трудоспособного возраста в 2015году.

2.заболеваемость органов дыхания трудоспособного возраста в 2016году.

Заданные периоды видно снижение заболеваемость трудоспособного возраста на 1,4% в 2016году.

Рисунок1.3 Общее заболевание БА к соотношению заболевших трудоспособного население в 2015-2016 году.

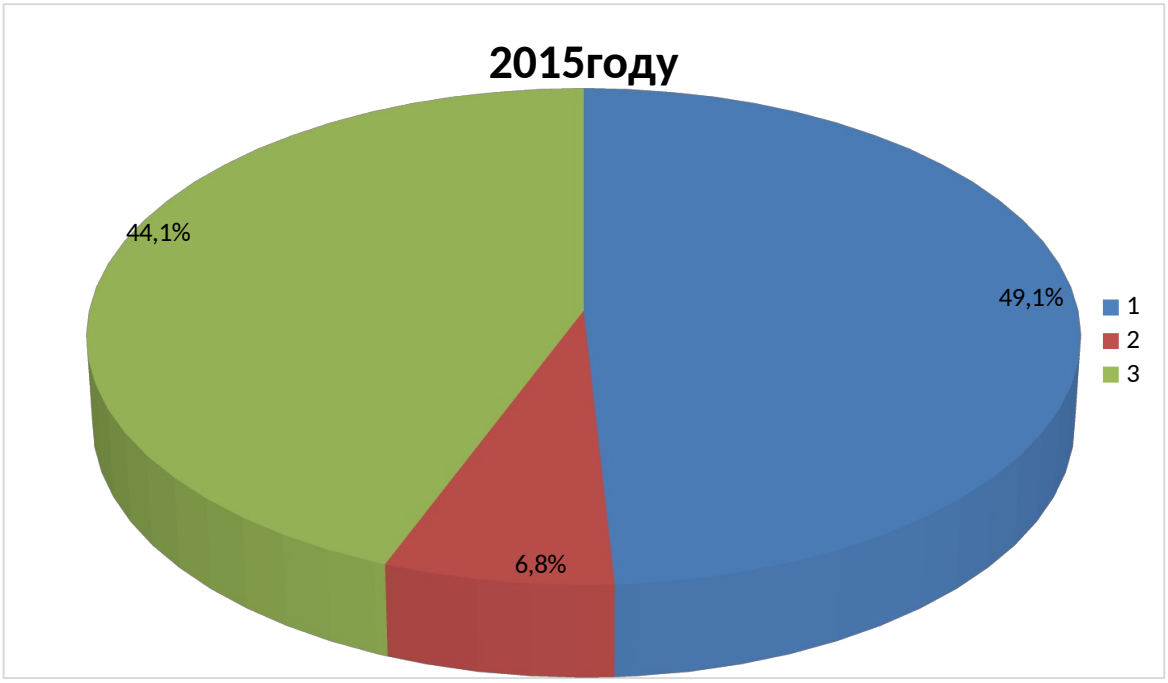


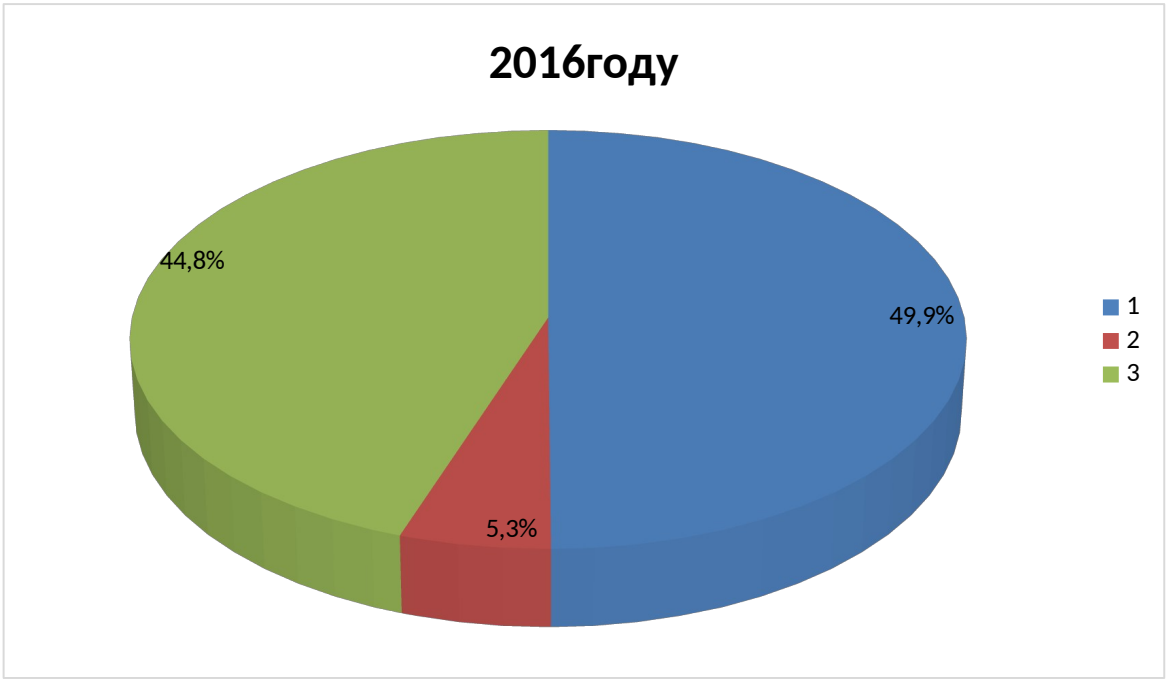
1.заболело БА трудоспособного население в 2015году.

2. заболело БА трудоспособного население в2016году.

Мы также наблюдаем снижение заболевания БА трудоспособного населения в данные периоды на 4,3% в 2016году.

Рисунок1.4 Кол-во пролеченных в стационаре всего к отношения кол-во пролеченных органов дыхания и БА.





1.Кол-во пролеченных по органам дыхания в стационаре.

2.Кол-во пролеченных по БА в стационаре.

3.Кол-во пролеченных всего в стационаре.

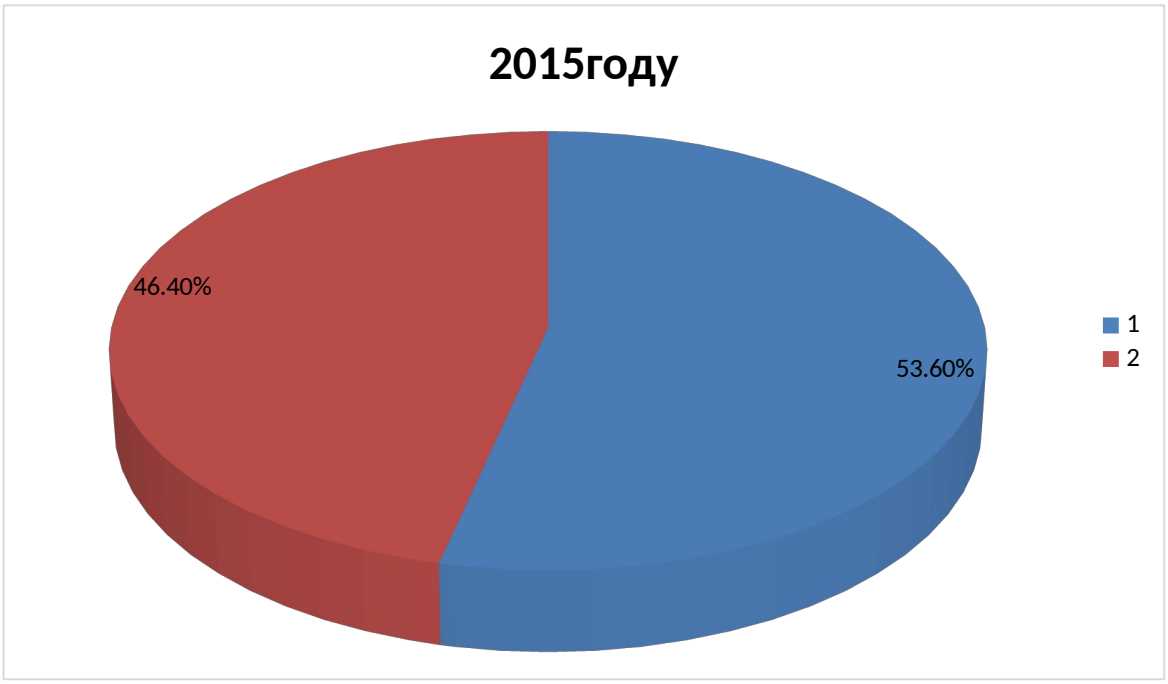
Видно незначительное увеличение пролеченных с органами дыхания на 0,8% в 2016 по сравнению от всего пролеченных пациентов в стационаре, а вот пролеченных с БА наблюдается снижения на 1,5% в 2016году.

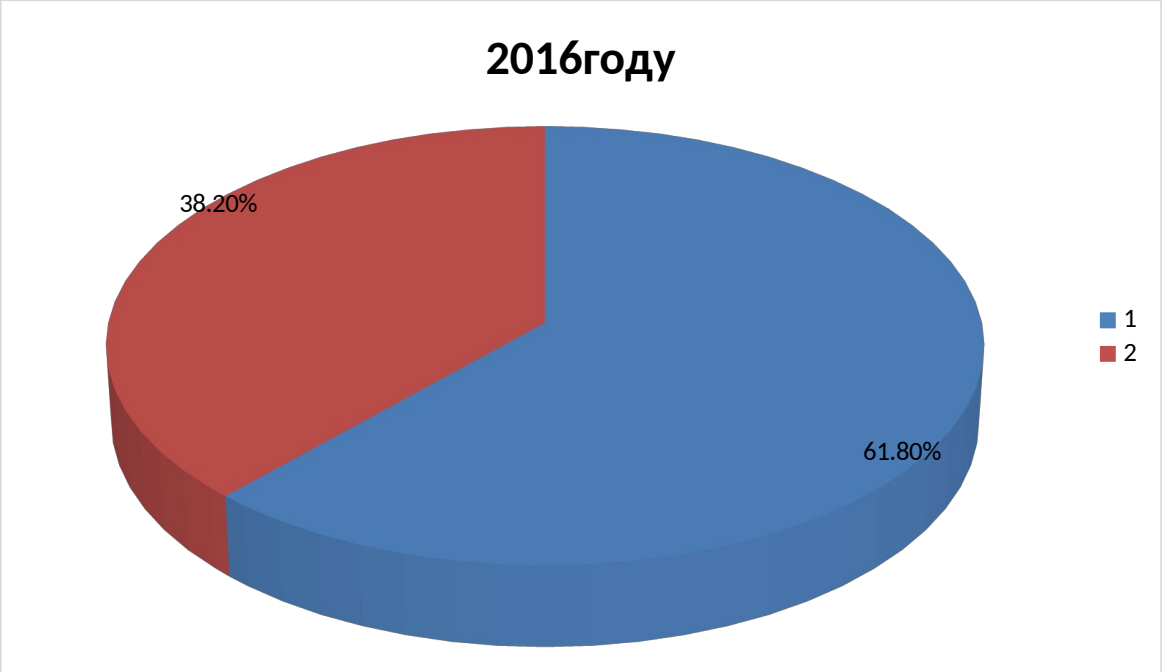
Таблица 2. Соотношение больных БА пролеченных в стационаре по половому признаку.

	2015г	2016г
Мужчины	44	47
Женщины	38	29
Всего	82	76

Графически данную таблицу можно представить следующим образом:

Рисунок 1.5Сравнение больных БА пролеченных в стационаре по половому признаку. В период 2015-2016года.



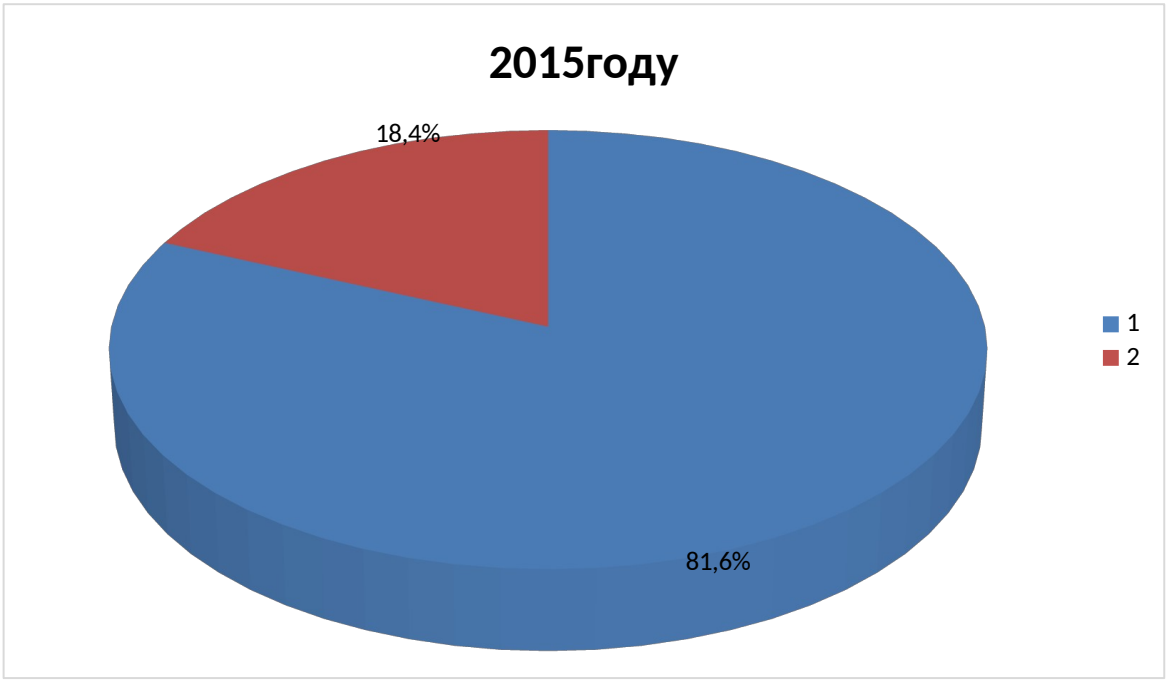


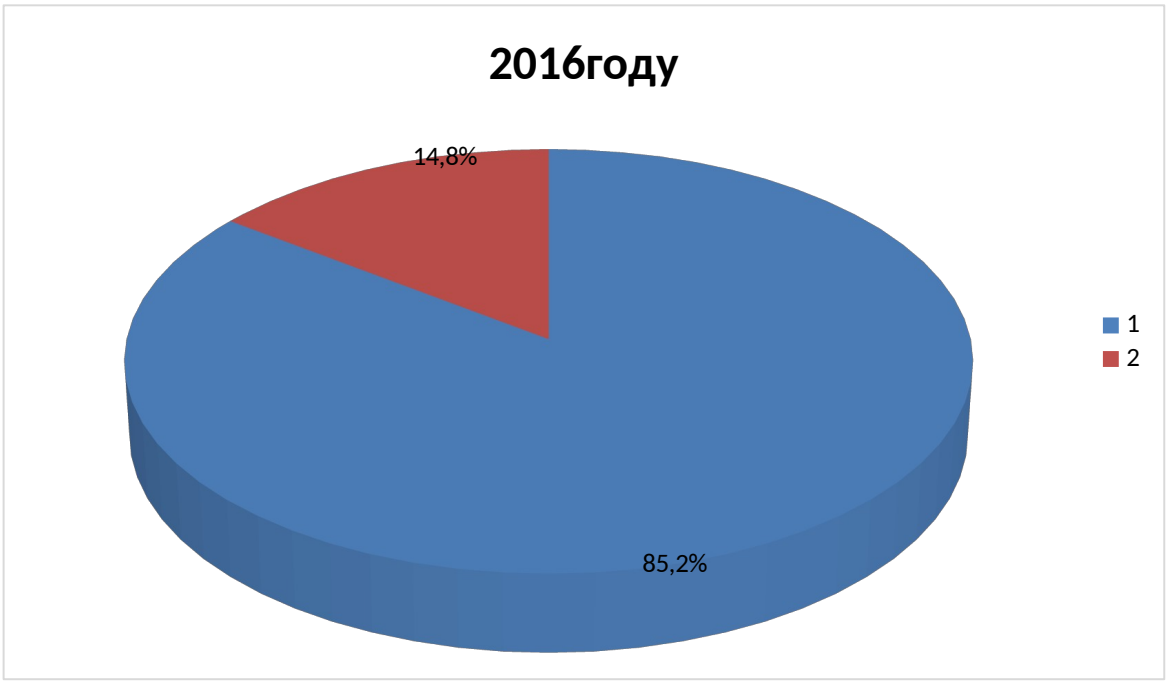
1. Пролеченные в стационаре мужчин с заболеванием БА.

2.Пролеченые в стационаре женщин с заболеванием БА.

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

Рисунок 1.6 Соотношение экстренных госпитализированы с БА в стационар по отношению общих заболевших БА в 2015-2016году.





1.Потребовалалась экстренная госпитализация больных с БА.

2.Общее заболевание БА.

Видно также снижение экстренной госпитализации на 3,6% в 2016году также можно сделать вывод что лечение проводилось на амбулаторном этапе.

3.2 Характеристика объекта исследования

ГБУЗ КО "ЮГБ" - расположено в черте города вблизи территории производства и транспортных путей (Западносибирская железная дорога, федеральных трасс), имеет несколько структурный подразделений, стационарная помощь рассчитана на 308коек, из них 220 круглосуточного пребывания и 88 коек дневной стационар при поликлинике (ДСП, ЦАХ), четыре поликлинических отделения на 1120 посещений в день, в том числе две поликлиники ОВП на 195 посещений в день.

Терапевтическое отделение рассчитано на 38 коек с плановой экстренной госпитализацией. В отделении имеется палата интенсивной терапии. 2 процедурных кабинета, кабинеты функциональной диагностики(ЭКГ, спирография. УЗИ, рентгендиагностика).

3.3.Этапы сестринского ухода при бронхиальной астме

Наблюдение из практики 1

Больная Ф., 44 года, поступил в терапевтическое отделение.

Медицинский диагноз: бронхиальная астма атопическая , среднетяжелого течения, обострение.

Жалобы на периодически возникающие приступы удушья, сопровождающиеся ощущением сжатия в области грудной клетки, чувством нехватки воздуха, громкими свистящими хрипами в груди, кашлем с трудно отделяемой мокротой. Приступы возникают до 4 -6раз в сутки, плохо купируются ингаляциями беротек. Мокрота отходит с трудом, стекловидного характера.

В течение последних 8 лет страдает бронхиальной астмой атопического характера. Ухудшение состояния связывает с перенесенным простудным заболеванием.

Объективно:

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Правильного телосложения. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 98 ударов в мин., АД 139/95 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 98 в мин. Экспираторная одышка, единичные свистящие хрипы слышны на расстоянии. ЧДД 32 в мин. В легких перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком, ограничение подвижности нижнего легочного края; аускультативно – жесткое дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Лечащий врач назначил пациенту ингаляции беродуала через ДАИ при приступах, но пациентка не умеет им пользоваться, и обращается за помощью к медицинской сестре.

Нарушенные потребности пациента:

- ✓ физиологические:
- ✓ есть (необходимость соблюдения гипоаллергенной диеты).
- ✓ пить (необходимость приема обильного теплого щелочного питья).
- ✓ дышать (одышка).
- ✓ быть здоровой (заболевание).
- ✓ избегать опасности (возможность развития осложнений).
- ✓ двигаться (одышка).

- ✓ спать, отдыхать (одышка, кашель).
- ✓ психо-социальные:
- ✓ общаться (кашель, одышка).
- ✓ работать (временная нетрудоспособность).

Проблемы пациентки:

- ✓ физиологические:
- ✓ приступы удушья.
- ✓ кашель.
- ✓ трудно отделяемая мокрота.
- ✓ экспираторная одышка.
- ✓ психологические:
- ✓ неумение пользоваться ДАИ.
- ✓ дефицит общения.
- ✓ социальные:
- ✓ социальная изоляция.
- ✓ временная нетрудоспособность.
- ✓ духовные:
- ✓ дефицит самореализации.

Приоритетные:

- ✓ кашель с трудноотделяемой мокротой,
- ✓ экспираторная одышка.

Потенциальные:

- ✓ риск развития осложнений: бронхоастматического статуса, острой дыхательной недостаточности, утраты жизнедеятельности.

Приоритетная проблема: экспираторная одышка.

Цель:

краткосрочная: пациентка отметит уменьшение одышки к концу 3 суток.

долгосрочная: пациентка будет знать причины появления одышки и меры ее предупреждения к моменту выписки.

Сестринские вмешательства	**Обоснование**
1. Успокоить пациентку, рассказать о преходящем характере одышки.	Помочь преодолеть психологические проблемы связанные с состоянием
2. При возможности – исключить воздействие аллергенов.	Для предупреждения прогрессирования приступа удушья
3. Обеспечить соблюдение лечебно-охранительного режима.	Для улучшения состояния
4. Объяснить необходимость приема удобного положения – сидя с упором на руки.	Для облегчения дыхания.
5. Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего	Для улучшения дыхания и газообмена в легких.

воздуха, при необходимости – провести оксигенотерапию.	
6. Обеспечить теплым питьем.	Для разжижения мокроты и лучшего ее отхождения.
7. Обеспечить прием лекарственных препаратов по назначению врача: ингаляции беродуала, β2–агонистов длительного действия, ГКС.	Для оказания квалифицированной помощи.
8. Объяснить необходимость ограничения физических нагрузок.	Для профилактики развития осложнений.
9. Контролировать внешний вид и состояние пациентки: ЧДД, пульс, АД .	Для контроля эффективности оказываемой помощи и своевременного выявления осложнений.
10. При удовлетворительном состоянии рассказать пациентке о причинах появления одышки и мерах ее предупреждения: ✓ ДН, ✓ соблюдения гипоаллергенной диеты, ✓ соблюдения режима труда и	Для профилактики развития осложнений.

отдыха,

- ✓ постоянного приема ЛС,
- ✓ при усилении одышки – пользоваться ДАИ (сальбутамол, беродуал)

Реализация:

- ✓ зависимые вмешательства: 7
- ✓ независимые: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10

Оценка:

Пациентка отмечает уменьшение одышки до 22 в мин. к концу 3 суток.

К моменту выписки пациентка знает причины появления одышки и меры ее предупреждения.

Цель достигнута.

Наблюдение из практики 2.

В терапевтическом отделении к пациентке Вавилова Ю. 58 лет, страдающей БА смешанного генеза, вызвали дежурную медицинскую сестру в связи с начавшимся у нее приступом удушья.

Пациентка жалуется на чувство нехватки воздуха, сухой кашель, свистящее дыхание. Ухудшение в течение 15 минут, самостоятельно пользовался венталин, но без эффекта.

При сестринском обследовании выявлено следующее: состояние пациентки тяжелое, положение вынужденное – пациентка сидит, опираясь на край кровати, лицо цианотичное, отечное, набухшие вены шеи. Больная испугана, выражает страх смерти, на вопросы отвечает отдельными словами. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, «дистанционные» хрипы, экспираторная одышка до 43 в мин. Пульс 112 в минуту, АД 145/95 мм рт. ст.

Неотложное состояние **– приступ бронхиальной астмы.**

Информация, позволяющая определить неотложное состояние:

1. внезапное развитие приступа у пациентки, страдающего бронхиальной астмой,
2. вынужденное положение пациентки – сидя с упором на руки,
3. экспираторная одышка, ЧДД 43 в мин,
4. сухие свистящие хрипы,
5. тахикардия, артериальная гипертензия

Алгоритм действий медицинской сестры:

Сестринские вмешательства	**Обоснование**

1. Обеспечить пациентке физический и психический покой, успокоить, объяснить, что приступ носит обратимый характер.	Помочь преодолеть психологические проблемы связанные с состоянием.
2. При возможности исключить контакт с причинно значимым аллергеном.	Для предупреждения прогрессирования приступа удушья
3. Придать пациентке удобное положение - сидя с упором на руки.	Для облегчения дыхания.
4. Расстегнуть стесняющую одежду.	Для облегчения дыхания.
5. Обеспечить доступ свежего воздуха.	Уменьшение гипоксии.
6. Срочно вызвать врача через третье лицо.	Для оказания квалифицированной помощи.
7. Обеспечить теплым питьем.	Для разжижения мокроты и лучшего ее отхождения.
8. Применить карманный ингалятор с бронхолитиком (беротек) или ингаляцию через небулайзер.	Для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов.
9.Приготовить лекарственные	Для оказания квалифицированной

препараты: ✓ бронхолитики: сальбутамол, тербуталин, беродуал, атровент, эуфиллин ✓ ГКС: преднизолон, гидрокортизон и др.	помощи.
10. Постоянно контролировать состояние пациента, пульс, АД, ЧДД, характер мокроты.	Для контроля эффективности оказываемой помощи и своевременного выявления осложнений.

Выводы:

Проанализировав обе сестринские истории болезни пациентов, страдающих БА, видны различия в оказании медицинской помощи:

1. в первом случае, выполняя сестринский процесс, медицинская сестра выявляет нарушенные потребности и проблемы пациента, решая их с учетом приоритетности;

2.во втором случае сестринская роль медицинской сестры заключается в оказании неотложной доврачебной помощи, связанной с ухудшением состояния и развитием угрозы для жизни пациента.

В ходе работы продемонстрировано использование всех этапов сестринского процесса, целью которого является удовлетворение жизненно-важных потребностей организма, поддержание и восстановление независимости пациента в самоуходе. И главная роль в этом принадлежит медицинской сестре.

Из проделанной работы можно сделать вывод, что главная роль медицинской сестры направлена на улучшение качества жизни пациента, облегчение состояния пациента, предотвращение обострения заболевания и адаптация человека в социуме после приобретения данного заболевания.

Практические рекомендации

Мероприятия для снижения воздействия аллергенов клещей домашней пыли.

Главные:

- регулярная стирка постельного белья (1–2 раза в неделю) при температуре 55–60°C для уничтожения клещей (стирка холодной водой уменьшает содержание клещевых аллергенов на 90%, а стирка горячей водой уничтожает клещей);
- стирать подушки и пуховые одеяла горячей водой 55–60°C и использовать для чехлов непроницаемые для клещей ткани;
- адекватная вентиляция жилища, обеспечивающая снижение влажности в доме до 50% и ниже, что важно для контроля за количеством клещей.

Дополнительные:

- использовать для уборки жилища вакуумные пылесосы;
- использовать специальные салфетки для уборки пыли с поверхностей;
- для обеспечения лучших условий для чистки желательна замена напольных покрытий и мебели на легко моющиеся;
- удаление домашних животных из спальной комнаты.

Мероприятия по уменьшению контакта с пыльцой

- Проветривание помещений в те часы, когда концентрация пыльцы в воздухе наименьшая (например, вечером), и закрывание окон днем в пик поллинации.
- Ношение солнцезащитных очков для уменьшения попадания пыльцы на слизистую глаз.

- Исключение контактов с травой, сеном и участия в сельхозработах, связанных с травой и сеном.

- Использование в автомобиле и в доме кондиционеров со специальными противопыльцевыми фильтрами.

- проведение в квартире ежедневной влажной уборки;

- исключение из питания пищевых продуктов с перекрестной аллергенной реактивностью;

- отказ от использования для лечения фитопрепаратов, от применения растительных косметических средств (мыло, шампуни, кремы, бальзамыи т.п.).

Мероприятия по устранению контакта с аллергенами грибов

Внутри дома:

-использовать осушители воздуха для помещений с повышенной (более 50–60%) влажностью;

-незамедлительно устранять любые протечки воды в доме для предотвращения высокой влажности и появления пятен плесени.

Вне дома:

-не принимать участие в садовых работах осенью и весной, так как именно лежалые листья и трава служат источником плесневых грибков в воздухе.

Важным в плане профилактики бронхиальной астмы является ограничение контакта с поллютантами внутри и вне помещений. Весьма актуальным является устранение активного и пассивного курения. Адекватная вентиляция и вытяжные устройства позволяют снизить концентрацию оксида и диоксида азота, оксида и диоксида углерода, бытовых аэрозолей. Необходимо помнить, что иногда в результате погодных и атмосферных условий создаются периоды особо интенсивного загрязнения атмосферного воздуха (смог), когда более предпочтительным является пребывание дома в чистом, хорошо кондиционируемом

помещении.

Пищевые факторы как триггеры бронхиальной астмы могут быть актуальными в группе детей раннего возраста или у больных с пыльцевой сенсибилизацией. Из питания больных должны быть исключены все продукты, являющиеся причиной обострения болезни, после проведения элиминационно-провокационных тестов.

Подлежат полному исключению из применения лекарственные препараты, в особенности аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства, в связи с их способностью запускать особые механизмы аллергии, которые могут привести к тяжелым и жизнеугрожающим обострениям бронхиальной астмы.

Особенности диеты при различных формах БА

Аллергическая

Диета должна включать в себя гипоаллергенное меню. Рацион питания должен быть богат такой пищей: отварная говядина, курица или индейка; постные супы из овощей и круп; оливковое и подсолнечное масло; рис, гречка, овсянка; кисломолочные продукты, но не жирные; белокочанная капуста, зелень, картофель, огурцы; печеные яблоки; чай, компот из сухофруктов; вчерашний белый хлеб. Необходимо исключить следующие продукты: орехи; цитрусовые; морепродукты; кофе, шоколад; мед; дыня, ананас; алкоголь; сдоба, кондитерские изделия.

Аспириновая

Употребление тартразина – красящего вещества – может вызвать приступ бронхоспазма. Это вещество находится в следующих продуктах: газировка, сок; мороженое; чипсы, сухарики; жвачки; полуфабрикаты. Именно поэтому перед покупкой любого продукта нужно тщательно изучить упаковку. Даже если в составе не указано содержание тартразина, можно обратить внимание на цвет. Вещество окрашивает медикаменты и пищу в желтый цвет разной интенсивности.

Рекомендации по режиму питья

Специалисты советуют пить много воды, за исключением наличия противопоказаний. Благодаря жидкости, поступающей в организм будет осуществляться адекватная гидратация дыхательных путей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бронхиальная астма – болезнь, которая на сегодняшний день, к сожалению, является неизлечимой. Все, что может сделать медицина – это сократить количество приступов у больного и, насколько возможно, улучшить его состояние и качество жизни. Итак, бронхиальная астма - это заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменениями чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом или , при отсутствии таковых, симптомами дыхательного дискомфорта (приступообразный кашель, дистантные хрипы и одышка), сопровождающегося обратимой бронхиальной обструкцией на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, внелегочных признаков аллергии, эозинофилии крови и/или эозинофилов в мокроте. Проведенный анализ изученной литературы свидетельствует о том, что бронхиальная астма занимает ведущее место в патологии дыхательной системы. Подтверждена актуальность и обоснована необходимость проведения комплексных мероприятий у больных с заболеваниями БА. В настоящее время единственным доказанным изменяемым фактором окружающей среды, который можно с уверенностью рекомендовать для первичной профилактики астмы является ограничение контакта с табачным дымом.

Изучив теоретические вопросы бронхиальной астмы (этиологию,

клиническую картину, осложнения, методы диагностики, особенности лечения и профилактики), проанализировав наблюдения из практики, я пришла к заключению, что цель моей дипломной работы достигнута.

Осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценить способность к самоуходу. Но пациенты с одинаковыми диагнозами имеют различные приоритетные проблемы, что продемонстрировано в практических наблюдениях, поэтому каждый из них нуждается в индивидуальном подходе.

При бронхиальной астме у пациентов нередко возникают неотложные состояния, поэтому медсестра в данной ситуации должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. В этом и заключается особенность сестринского процесса при БА. Бронхиальная астма – заболевание хроническое, требующее постоянного мониторинга и коррекции терапии, пациент должен многое знать и уметь сам. Работа в медицине подразумевает собой ответственность за жизни людей. Нужно не только помочь пациенту, но и, в первую очередь, не навредить ему.

С момента установления диагноза медсестре необходимо дать больному подробную информацию о сути заболевания, причинах обострения, механизмах действия основных лекарственных препаратов, побочных эффектах, правилах пользования различными средствами доставки лекарственных препаратов (ДАИ, мультидиск, спинхалер, турбухалер и т.д.), методах самоконтроля (ПФМ), чтобы предотвращать развитие обострений.

Работа над дипломной помогла мне закрепить теоретические знания и применить практические умения и навыки при осуществлении

сестринского процесса. Работая над ней, я получила бесценный опыт для работы по своей профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекса В. И., Шатихин А. И. Непосредственное исследование больного в клинике внутренних болезней. Учебное пособие. Часть I. Система органов дыхания. – М.: Триада-Х, 2011. – 448 с.

2. Ачкасов Е. Е. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания. – М.: Триада, 2011. – 100 с.

3. Баур К. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь лёгких / Баур К., Прейссер А.; пер. с нем. под ред. И. В. Лещенко. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 192 с.

4. Балаболкин И. И. Бронхиальная астма у детей. – М.: Медицинское информационное агентство (МИА), 2015. – 144 с.

5. Васютин А. М. Бронхиальная астма. Психологическая профилактика. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 94 с.

6. Внутренние болезни: учебное пособие / М. В. Малишевский [и др.]; под ред. М. В. Малишевского. – 4-е изд., переработанное и дополненное. – Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 984 с.

7. Гитун Т. В. Лечение бронхиальной астмы: Новейшие медицинские методики. – Рипол Классик, 2010. – 64 с

8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / Под ред. А. С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 108 с.

9.Косарев, В. В. Профессиональная бронхиальная астма / В. В. Косарев, С. А. Бабанов // Справочник врача общей практики. – 2010. – № 3. – с. 29 – 34.

10.Курбачева О. М., Павлова К. С. Фенотипы и эндотипы бронхиальной астмы: от патогенеза и клинической картины к выбору терапии // РАЖ. 2013, № 1, с. 15 – 24.

11.Справочник по пульмонологии / Под редакцией акад. РАМН. А. Г. Чучалина, проф. М. М. Ильковича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 928 с.

12.Справочник фельдшера общей практики / Э. В. Смолева [и др.]. – Изд. 4-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 537 с

Приложение

инструкции для пациента

Приложение 1

Как правильно делать ингаляции через небулайзер.

Небулайзер представляет собой устройство для аэрозольной терапии. Он преобразует лекарственное вещество в мельчайшие, взвешенные в воздухе, частицы. Эти частицы проникают в ваши дыхательные пути при вдыхании «пара» из небулайзера. Этот аппарат может быть использован в любом возрасте: новорожденным младенцам, детям, взрослым и пожилым людям. Применять его можно как в стационаре, так и в домашних условиях. Если лекарство требуется только в дыхательных путях, его введение через ингалятор будет гораздо более эффективным, и будет сопровождаться меньшей частотой побочных эффектов, нежелипри приеме/введении его внутрь.

Небулайзер состоит из компрессора, стаканчика для лекарства, маски и соединяющих трубок. Мельчайшая воздушная взвесь образуется при прохождении воздуха и лекарства через крохотное отверстие под большим давлением. Кроме того, вместо компрессора может использоваться источник ультразвука. В таком случае – дробление идет без давления, а значит и без шума. (Однако ультразвук разрушает ряд препаратов, например – стероиды, и потому удобен далеко не всегда.)

Лекарственные средства которые могут быть введены через небулайзер:
- Антибиотики: Эти лекарства будут бороться с легочными инфекциями, вызванными бактериями. Они могут быть назначены при таких заболеваниях, как муковисцидоз и бронхоэктатическая болезнь. Эти лекарства улучшают функцию легких и уменьшают симптомы.

- Бронходилятаторы: Эти лекарства угнетают патологические рефлексы, которые сужают дыхательные пути - облегчая, тем самым, дыхание. Их эффект может длиться от 4 до 6 часов (короткого действия) или в течение 12 часов (длительного действия). Вы можете почувствовать, что ваше сердце бьется быстрее или, что ваши руки дрожат после их использования. Сухость во рту - еще один их побочный эффект, его можно избежать, если после ингаляции прополоскать рот и выплюнуть препарат, оставшийся во рту.

- Кортикостероиды: Эти препараты снижают активность воспаления в дыхательных путях. Они могут помочь при ряде заболеваний, таких как бронхиальная астма или ложный круп. Их применение может сопровождаться кандидозом полости рта. После каждой ингаляции нужно обязательно прополоскать рот.

- Простаноиды: Эти препараты «расслабляют» кровеносные сосуды и, тем самым, увеличивают приток крови и кислорода к поврежденным участкам легких. Они используются довольно редко, в самых тяжелых случаях заболеваний легких.

Пользование небулайзером:

* Вымойте руки.

* Соберите небулайзер. Положите его на твердую поверхность. Проверьте, чист ли воздушный фильтр. Если вы видите, что он загрязнен, промойте его холодной водой идайте высохнуть на воздухе. Подключите аппарат к электрической розетке.

Подготовка препарата:

Если препарат уже упакован в нужном разведении – просто вскройте небулу и выдавите содержимое в стаканчик. Если препарат нужно смешать сдругим – сделайте это с помощью пипетки или шприца. Если у вас есть сомнения, что вы все делаете правильно – проконсультируйтесь со своим врачом.

Добавьте изотонический раствор (физраствор), если это необходимо. Некоторые лекарства требуется разводить – это делается только добавлением физраствора (не минеральной воды, не дистиллированной, не приготовленного в домашних условиях раствора соли и тд). Используйте для этого только стерильныйфизраствор. Никогда не используйте приготовленный в домашних условиях солевой раствор в небулайзере!

Подсоедините стаканчик к трубке от аппарата. Сверху прикрепите маску.

* Взрослый: возьмите трубку-мундштук в губы. Младенцу и ребенку – приложите маску к лицу. Развлекайте ребенка, пока он дышит ингаляторной взвесью.

Начинайте.

Включите аппарат. Держите стаканчик в строго вертикальном положении. Процедура может занять от 8 до 10 минут. Когда пар перестанет идти, это будет означать, что препарат в стаканчике – закончился и можно прекращать процедуру.

Преимущества использования небулайзера:

Распылители могут быть использованы в любом возрасте. Вы можете смешивать разные препараты. Препараты могут вводиться в очень высоких дозах, при необходимости. Доставка лекарств осуществляется при обычном дыхании, без синхронизации с вдохом (что особенно удобно у детей).

Недостатки использования небулайзера:

Аппарат шумный и требует для своей работы – источника электроэнергии. По сравнению с карманными дозированными ингаляторами – дорог и довольно трудоемкий в уходе. Главные части (стаканчик и маска) требуют

регулярной обработки. Не все лекарственные средства могут быть использованы через небулайзер. Использование небулайзера может раздражать дыхательные пути. При недостаточной дезинфекции - может статьисточником бактериального заражения и инфекций дыхательных путей.

Приложение 2

ЛФК при бронхиальной астме.

Вначале проводится в основном поглаживание шеи, надплечий и верхней части грудной клетки. Затем выполняются упражнения в исходном положении сидя, руки на коленях.

1) Статическое дыхание с произвольнымурежением его. 30—40 сек.

2) Руки к плечам, сжимая кисти в кулак — вдох, и.п. — выдох. 8—10 раз в медленном темпе.

3) Согнуть одну ногу вперед, обхватив руками и подтянув к животу — выдох, и.п. — вдох. 5—6 раз каждой ногой.

4) Поворот в сторону с отведением одноименной руки ладонью вверх — вдох, и.п. — выдох. 3—4 раза в каждую сторону.

5) Дыхательные упражнения с удлинением выдоха и произношением звуков «ш» и «ж» на выдохе. 5—6 раз.

6) Наклон в сторону, одноименная рука скользит по ножке стула вниз — выдох, и. п. — вдох. 3—4 раза в каждую сторону.

7) И.п. — стоя, ноги врозь, кисти на нижних ребрах сбоку. Отведение локтей назад, сдавливая руками грудноюклетку — вдох, сведение локтей вперед — выдох. 4—5 раз.

8) И.п. — стоя, держась за спинку стула. Присесть — выдох, и. п. — вдох. 4—5 раз.

9) И.п. — стоя, ноги врозь, руки на пояс. Дыхательные упражнения с удлинением выдоха и произношением звуков «а» и «о» на выдохе, вытянув губы «трубочкой». 5—6 раз.

10) Медленная ходьба в сочетании с дыханием: 2 шага — вдох, 3—4 шага —выдох. 1 мин.

11) И.п. — стоя, ноги врозь, руки на пояс. Наклон вперед, доставая руками сидение стула, — выдох. И.п. — вдох. 4—5 раз.

12) И.п. — лежа на спине. Приподнять руку — вдох, расслабить мышцы руки и «уронить» ее на постель — выдох. 3—4 раза каждой рукой.

13) И.п. — то же. Поднять ногу — выдох, и. п. — вдох. 5—6 раз каждой ногой.

14) И. п. — то же. Диафрагмальное дыхание с произвольнымурежением его частоты. 30—40 сек.

15) Медленная ходьба в сочетании с дыханием: 2 шага — вдох, 3—4 шага — выдох. 1 мин.

16) И.п. — сидя, руки на коленях. Наклон вперед, руки скользят по ногам вниз — выдох, и. п. — вдох. 6—7 раз.

17) И.п. — сидя, руки на пояс. Левую руку в сторону, правую вперед с одновременным выпрямлением левой ноги. То же в другую сторону. 6—7 раз. Дыхание произвольное.

18) И.п. — сидя, руки на коленях. Сгибание и разгибание ног в голеностопных суставах с одновременным сжиманием и разжиманием пальцев в кулак. Дыхание произвольное. 12—16 раз.

19) Массаж (то же, что в начале занятия).

Приложение 3

Упражнения дыхательной гимнастики:

1) произносить гласные, звонкие и глухие согласные, шипящие звуки ([р], [ж], [ш], [з], [с], [у], [о], [а], [е], [й], [и]), выговаривая их громко, энергично (при этом возникает эффект вибромассажа). Упражнение повторять 5– 10 раз;

2) чередовать полный вдох и серию выдохов с коротким толчкообразным диафрагмальным дыханием;

3) сделать неполный выдох и постараться как можно дольше задержать дыхание, повторять упражнение с интервалом в 5 мин;

4) упражнение для предотвращения приступа удушья выполняется в положении сидя: руки опустить на колени или расположить их на краю стола, расслабить мышцы плечевого пояса, спины и живота; дыхание должно быть спокойным, менее глубоким, чем обычно; стараться уменьшить объем вдоха, сохраняя прежнюю частоту дыхания; не разговаривать; сдерживать кашель; во время вдоха приподнимать пальцем кончик носа (расширение ноздрей приводит к рефлекторному расширению бронхов); выдыхать воздух рекомендуется через рот узким потоком.

Приложение 4

Диета при бронхиальной астме

Диета является одним из важнейших методов лечения бронхиальной астмы.

Было выявлено, что в основном причиной бронхиально-астматических приступов служат некоторые чужеродные белки, попадающие повторно в организм. Эти белки могут иметь пищевое происхождение. Таким образом, рацион больных бронхиальной астмой должен содержать ограниченное количество белков, даже если пациент испытывает повышенную чувствительность к продуктам растительного происхождения. Также рекомендуется ограничить потребление экстрактивных веществ (продуктов богатых пуринами): 1) Любые алкогольные напитки и пиво. 2) Сельдь и сардины в масле, анчоусы, рыбные консервы.

3)Дрожжи.

4)Почки,печень.

5) Бобовые (сушеный горох и сушеные бобы).

6) Бульоны (в том числе и бульоны из белых грибов), соусы и мясные экстракты.

7) Грибы, шпинат, спаржа, цветная капуста

Даже если отсутствуют указания на непереносимость определенных пищевых продуктов, при наличии любого вида бронхиальной астмы рекомендуется гипоаллергенная диета.

В первую очередь следует исключить из меню:

- продукты со свойствами неспецифических раздражителей (соленые и острые продукты, горчица, перец и другие пряности);
- продукты с повышенной антигенной активностью (орехи, раки, крабы, рыба, цитрусовые, яйца).

Понадобится ограничить в питании:

продукты, способствующие высвобождению гистамина (крепкий чай, кофе, готовые приправы, алкоголь, крепкие рыбные и мясные бульоны, орехи, арахис, помидоры, шоколад, бананы, клубника, ракообразные);

- продукты, содержащие гистамин (кислая капуста, помидоры, шпинат, копчёности,консервы,вино);
- сыры, маринованную сельдь, икру, салями.

Если у пациента есть непереносимость аспирина (ацетилсалициловой кислоты) рекомендуется исключить из питания продукты, богатые салицилатами:

-яблоки;

-крыжовник;

-абрикосы;

-малина.

Больным бронхиальной астмой категорически противопоказаны алкогольные напитки. Алкоголь повышает проницаемость кишечно-легочного барьера для пищевых аллергенов.

Больным, также, следует ограничить потребление сахара и жидкости и конечно же соли (при тяжелых случаях - до 4-5 г в день).

Вне периода обострения болезни рацион пациентов должен быть полноценным, но без излишеств.

При бронхиальной астме рекомендуется низкокалорийный рацион, богатый продуктами, обладающие энтеросорбционным эффектом, другими словами содержащие много пектина и пищевых волокон.

Анализируя индивидуальную переносимость, рекомендуется включать в питание такие продукты, богатые пектином и пищевыми волокнами:

- дикорастущиесъедобные травы (морская капуста, заячья капуста, подорожник, первоцвет, кипрей, цикорий, щавель, крапива);
- сезонные фрукты и ягоды, сухофрукты;
- овощи (бобовые, патиссоны, кабачки, капуста белокочанная и цветная, пастернак, сельдерей, огуречная трава, кинза, укроп, петрушка, черемша, чеснок, лук, тыква, свекла, морковь);
- цельные злаки и крупы из них (рис, пшено, полтавская, ячневая, перловая, овсяная, гречневая крупы).

Больным астмой необходимо употреблять продукты содержащие: витамины А, Р, С, группы В, солей фосфора и кальция.

Особо важным оказывается лечебное питание при астме в случаях, когда пищевая аллергия является возбудителем болезни или же усиливает симптомы заболевания. Для каждого больного рацион обдумывается индивидуально с учётом непереносимости отдельных продуктов.

Для больных этим заболеванием, лечебные диеты должны составляться с детальными и ясными указаниями по поводу каких веществ и продуктов следует исключать из рациона. Важно знать, что некоторые воздушные (ингаляционные) аллергены очень похожи по своим свойствам с определенными пищевыми продуктами. Таких примеров очень много:

- пыльца подсолнечника и полыни;

- пыльца ореха и орешника;

- пищевые злаки и пыльца злаковых трав.

Пациенты, чувствительные к таким видам аллергии, должны исключить из рациона во время обострения болезни соответствующие продукты питания.

Больным, страдающим бронхиальной астмой рекомендуется дробное питание (не менее 5 раз в день). Следует принимать еду небольшими порциями, последний приём пищи назначать не менее чем за 2 часа перед сном.

В среднем, диета больного бронхиальной астмой должна содержать:

800 - 1000 мл свободной жидкости;

- не более 7 - 8 г поваренной соли;

- 300 г углеводов;

- 70 г жиров;

- 100 г белков.

Общая масса потребляемых в день продуктов в среднем должна составлять 3 кг, а энергетическая ценность - 2230 ккал.

Принимать пищу обычной температуры.

ГЛОССАРИЙ.

АЛЛЕРГИЯ (от греч. allos – «другой» и rgon – «действие») – извращенная повышенная чувствительность иммунной системы организма (см.) на какие-либо вещества антигенной или гаптенной природы, которая

сопровождается повреждением структуры и функции клеток, тканей и органов. Синонимы: аллергическая реакция, реакция гиперчувствительности, реакция повышенной чувствительности.

БРОНХ (от греч. bronchos – «дыхательное горло») – орган, представляющий собой разветвление трахеи (см.), обеспечивающий проведение воздуха в легкие и выведение его наружу, а также удаление пылевых частиц, комочков слизи, микроорганизмов .

ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ (от греч. hyper – «чрезмерность», лат. re– – приставка, означающая «повторное, возобновляемое, воспроизводимое действие» и лат.activus – «действенный, деятельный») – чрезмерная реакция бронхиальной стенки на любые раздражители, как на вещества, являющиеся аллергенами (см.), так и не являющиеся таковыми. Г. б. нельзя путать с аллергией. Аллергия (см.) – это чрезмерная реакция иммунной системы на аллергены, а Г. б. – чрезмерная реакция на любые стимулы, которые не раздражают здоровые бронхи.

ГОРМОНЫ (от греч. hormao – «привожу в движение, побуждаю») – биологически активные вещества (см.), активизирующие или тормозящие физиологические или биохимические процессы в органах.

ИНГАЛЯТОР (лат. inhalo, inhalatum – «вдыхать», от halo – «дышать, выдыхать, дуть») – аппарат для получения аэрозолей или парогазовых смесей и их введения в дыхательные пути человека.

НЕБУЛАЙЗЕР (от лат. nebula – «туман, облако») – приспособление, которое превращает жидкое лекарственное средство в аэрозоль (см.).

ПИКФЛОУМЕТР (от англ. peak flow – «максимальная скорость» и meter – «измеритель») – прибор для определения пиковой (максимальной) скорости воздушного потока при форсированном выдохе.

СПИРОМЕТР (от лат. spiro – «дышу» и греч. metreo – «мерю») – прибор для измерения разнообразных показателей дыхательной функции легких.

ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА (от лат. exspiro – «выдыхаю») – одышка в виде затруднения выдоха.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БА – бронхиальная астма

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекци

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор

ЧСС – частота сердечных сердцебиений

ГКС - глюкокортикостероиды

ПФМ – пикфлоуметр

ПСВ - пиковая скорость выдоха

ДН – дыхательная недостаточность

ВБИ – внутрибольничная инфекция

ЛС – лекарственные средства

ЧДД – частота дыхательных движений

АД – артериальное давление

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

Выпускная квалификационная работа состоит из _____ страниц, в т.ч.

-основная часть (кол-во страниц без учета приложений) _____ страниц.

-приложения (кол-во страниц в приложение) _____ страниц.

Основная часть работы содержит - шт., таблиц- _____ шт.

Список информационных источников содержит всего _____ ссылок. Из них:

Вид ссылки	Количество	%
На учебную литературу		

На периодическую печать		
На научные исследования		
На правовые акты		
На интернет источник		
На литературу последних трех лет издание		

Работа мной выполнена совершенно самостоятельно. Все использованные в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Студенка _____ _____ _____

Ф.И.О.