

Совет директоров средних медицинских и фармацевтических образовательных
организаций Приволжского федерального округа
ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

**Межрегиональная научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы сестринского ухода
за пациентами при бронхолегочной патологии»**

**(для преподавателей и слушателей отделов дополнительного
профессионального образования)**

Сборник материалов



Самара, 2023

«Актуальные вопросы сестринского ухода за пациентами при бронхолегочной патологии»: сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции (для преподавателей и слушателей отделов дополнительного профессионального образования). – Самара: ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной», 2023. – 104с.

В сборнике представлены материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы сестринского ухода за пациентами при бронхолегочной патологии» (для преподавателей и слушателей отделов дополнительного профессионального образования), проходившей в заочном формате 16 декабря 2023 года. В ходе конференции были рассмотрены вопросы профилактики заболеваний органов дыхания и сестринского ухода за пациентами при бронхолегочной патологии.

Сборник адресован преподавателям системы среднего профессионального образования, медицинским работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием, методистам, студентам.

СОДЕРЖАНИЕ

Здоровый образ жизни, как основной инструмент в профилактике заболеваний органов дыхания

1. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 8
Студентка Фатеева Полина
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ НО НМК Тестянова Я.Е.

2. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА 11
Студентка Косова Алёна
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ НО НМК Клементьева Ю.В.

3. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАКА ЛЕГКИХ 13
Студентка Красилова Ульяна
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ НО НМК Тестянова Я.Е.

4. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО ОДНА ИЗ МЕР ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 15
Студент Тагунов Даниил
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ НО НМК Тестянова Я. Е.

5. ВЛИЯНИЕ ВЕЙПА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА 18
Студентка Комлева Ксения
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ НО НМК Клементьева Ю.В.

6. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПЕДИАТРИИ 20
Слушатель Куваева Р.И.
медицинская сестра по физиотерапии ГБУЗ СО СГП №14
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной» Багрова Ж.В.

7. ЗАКАЛИВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД 23

ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У
ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

преподаватель Савельева Е.Г.

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

8. ЗОЖ, КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ В ПРОФИЛАКТИКЕ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ 27

Преподаватели Золотова А.С., Шишова Е.Е.

ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»

9. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОЙ
ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ 30

Преподаватель Денисова Л.В.

ГБПОУ Республики Мордовия «Краснослободский медицинский колледж»

10. ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ
ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ 33

Преподаватели Саяпина И.В. Фролова Е.А.

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

11. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ФОРМИРОВАНИИ
ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ
ЖИЗНИ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ 35

Преподаватель Артамонова И.А.

ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»

**Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с
заболеваниями органов дыхания**

1. ЗДОРОВО ДЫШАТЬ

Студенты Айметдинова Альбина, Хасанова Лилия

Научный руководитель: преподаватель Бачевская М.Л.

ОГБПОУ «Ульяновский медицинский колледж имени С.Б.Анурьевой» 41

2. ЗНАЧИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА
ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ РАКА ЛЕГКОГО 44

Студенты Семериков Илья, Лашова Ульяна

Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ НО НМК Тестянова Я.Е.

3. ОБУЧАЮЩАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 46
Студентка Чулкина Ольга
Научный руководитель: преподаватель «СМК им. Н.Ляпиной» Ланская Е.А.
4. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С МОКРОТОЙ 52
Слушатель Зайцева Е.С.
Медицинская сестра ГБУЗ СО Самарский областной геронтологический центр
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ «СМК имени Н. Ляпиной» Полянская И.Н.
5. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПНЕВМОНИЕЙ 55
Студентка Аблапова Дарья
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ НО НМК Тестянова Я.Е.
6. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 59
Студент Байсингаров Аян
Научный руководитель: преподаватель ГКП «Актюбинский высший медицинский колледж имени героя Советского Союза Манишук Маметовой» Муртазина Г.Р.
7. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ МУКОВИСЦИДОЗОМ 61
Слушатель Бекетова Е.М.
Научный руководитель: преподаватель ГБПОУ «СМК имени Н. Ляпиной» Гладунова А.В.
8. УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОРОНОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 64
Студентки Шатерникова Вероника, Твердохлебова Светлана
Научный руководитель: преподаватель ГКП «Актюбинский высший медицинский колледж имени героя Советского Союза Манишук Маметовой» Дементиевская Н.В.
9. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ <i>Преподаватель Денисова Л.В.</i> <i>ГБПОУ Республики Мордовия «Краснослободский медицинский колледж»</i>	70
10. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Преподаватель Костецкая И.М.</i> <i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»</i>	73
11. ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ <i>Врач-педиатр, врач ультразвуковой диагностики клиники интегративной медицины Эденгард Кузнецова М.В.</i> <i>Преподаватель Гарибян Л.Р.</i> <i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»</i>	77
12. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ С ТРАХЕОСТОМОЙ <i>Преподаватель Полянская И.Н.</i> <i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»</i>	79
13. ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ <i>Преподаватели Каюмова А.Н., Хасьянова Е.В.</i> <i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»</i>	83
14. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ <i>Заведующий детским психиатрическим отделением ГБУЗ СОКПБ, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии САМГМУ, ГВС по детской психиатрии МЗ СО Карпухина С.Б.</i>	87
15. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Преподаватели Андреева Е.В., Инюшкина Ю.Е.</i> <i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»</i>	90
16. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПНЕВМОНИЕЙ <i>Преподаватели Габбасова Л.И., Газизуллина Г.Х.,</i> <i>ГАПОУ РБ «Сибайский медицинский колледж»</i>	92

17. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ
КОКЛЮША

*Преподаватели **Трипак И.В., Гарибян Л.Р.***

97

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

18. РОЛЬ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ТАБАКОКУРЕНИЯ

*Преподаватель **Проходцева М.Б.***

100

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Студентка Фатеева Полина
научный руководитель Тестянова Я. Е.
г. Нижний Новгород, ГБПОУ НО НМК*

Динамика роста заболеваемости органов дыхательных путей среди населения Российской Федерации в период с 2010-2022 года, не был самым высоким в сравнении с другими классами болезней, однако, болезни органов дыхания приобрели актуальность и остаются самыми распространенными.

Динамика заболеваемости бронхиальной астмой на 100 тыс. населения в период с 2010 (73,2 %) по 2022 год (83,7 %) с помощью линейной аппроксимации выявил тренд на распространение.

Бронхиальная астма (БА) генетически предрасположенное гетерогенное, инфекционно-аллергическое, рецидивирующее заболевание дыхательных путей, которому предшествует гиперчувствительность и гиперреактивность (ответ на триггеры) бронхов [1, с. 176].

Она определяется по наличию в анамнезе симптомов со стороны органов дыхания, таких как свистящие хрипы, эпизоды одышки, заложенность в грудной клетке и кашель, выраженность которых изменяется со временем, а также переменного ограничения скорости воздушного потока на выдохе.

Фенотипы бронхиальной астмы (БА) - это различные комбинации демографических, клинических и патофизиологических характеристик, которые могут влиять на течение и ответ на лечение этого заболевания; известные фенотипы (БА) не имеют строгой корреляции с определенными патофизиологическими процессами или ответом пациента на терапию, они могут помочь медицинскому персоналу лучше понять особенности заболевания у конкретного пациента и выбрать наиболее эффективное лечение. Для установления диагноза бронхиальной астмы (БА) важно провести медицинское обследование, включающее анализ симптомов и рентген грудной клетки. Также может быть проведено тестирование функции легких, чтобы определить наличие обструкции дыхательных путей. Основываясь на данных об анамнезе и свидетельствах в пользу переменного ограничения скорости воздушного потока, можно сформулировать диагноз БА при этом должны быть учтены: этиология (если удалось установить), патогенетический вариант (фенотип), степень тяжести, уровень контроля, ступень терапии, код МКБ-10, сопутствующие заболевания, которые оказывают влияние на течение астмы; при наличии обострения – степень его тяжести [2, с. 343].

Это может быть подтверждено с помощью теста на обратимость бронхообструкции с использованием бронхолитика или на основании результатов других тестов.

Бронхиальная астма – неизлечимое заболевание, оказываемое существенное влияние на социальный институт семьи и общества, однако, при подборе адекватного лечения, сотрудничества пациента с медицинским персоналом (лечащий врач, медицинская сестра/брат), можно достичь контроля над симптоматикой БА и доведения заболевания до ремиссии.

Цели терапии: достижение и поддержание хорошего контроля над симптомами БА в течение длительного времени.

Задачами лечения БА являются:

- пациенты с БА должны быть в состоянии вести активный образ жизни, включая занятия спортом или физическими упражнениями, при условии, что они не вызывают обострений;
- контроль функциональности легких путем мониторинга на нормальном или приближенном к нормальному уровню;

- контроль симптомов, избегание триггеров, таких как аллергены и загрязнение воздуха, и регулярное применение лекарственных препаратов;
- исключение нежелательных эффектов противоастматических препаратов: важно следить за правильным использованием лекарств и регулярно общаться с врачом о возможных побочных эффектах или нежелательных реакциях;
- предупреждение смертей от БА-основная цель лечения заболевания [3, с. 34].

Успехом лечения БА является сотрудничество пациента и медицинского работника, а также родителями или лицами, осуществляющими уход за ребенком (в случае БА у детей).

Цель сотрудничества: управляемое самоведение - индивидуальный план лечения, включающий самостоятельную оценку состояния пациентом под контролем лечащего врача и медицинской сестры. Пациенты учатся корректировать собственную в ответ на изменение уровня контроля над БА по разработанному и утвержденному плану лечения утвержденным врачом письменными инструкциями.

Пациента нужно направить на принятие решения по профилактическим мерам для предотвращения заболевания БА [4, с. 301]. Профилактические меры отражены на рисунке 1.

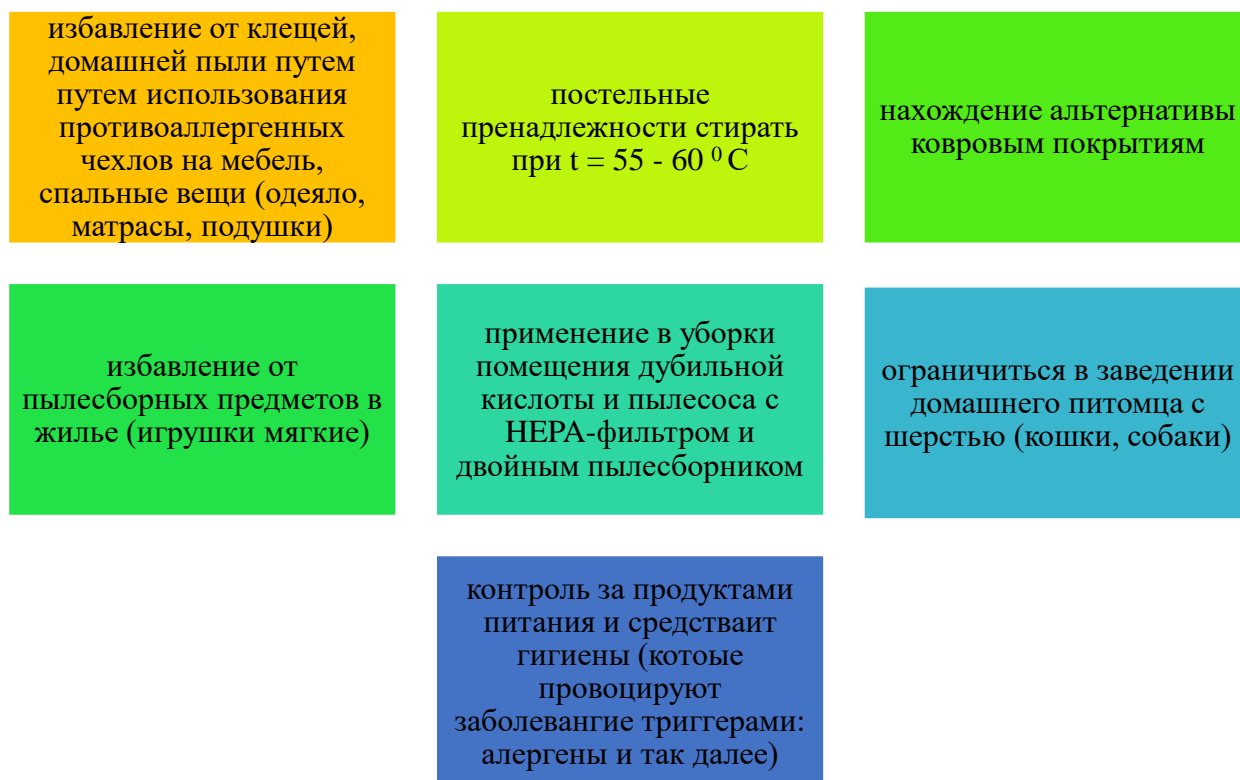


Рис. 1. Профилактика заболевания бронхиальной астмы



Рис. 2. Виды профилактики бронхиальной астмы

Профилактика такого заболевания, как бронхиальная астма, играет очень важную роль. Она включает в себя первичную и вторичную профилактику, которая отражена на рисунке 2.

Пациентам с бронхиальной астмой особенно необходимо проявлять большую осторожность в теплое время года, когда сложнее всего бывает избежать контакта с возможными аллергенами.

Поэтому профилактика играет очень важную роль в предупреждение заболевания и его обострении.

Список литературы:

1. Баур К. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / К. Баур. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 296 с.
2. Виткина Т. И. Иммунные механизмы формирования бронхиальной астмы контролируемого и частично контролируемого течения [Электронный ресурс] / Т. И. Виткина, Т. П. Новгородцева, Е. П. Калинина [и др.] // Медицинская иммунология. – 2019. – Т. 21, № 3. – 576 с.
3. Зарипова Т. Н. Особенности течения бронхиальной астмы разных фенотипов / Т. Н. Зарипова И. И. Антипова, Г. Г. Решетова // Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91, № 3. – 55 с.
4. Фадеев П. А. Бронхиальная астма / П. А. Фадеев - М.: Мир и Образование, 2019. - 361 с.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА

*Студентка Косова Алёна
Научный руководитель преподаватель Клементьева Ю.В.
г. Нижний Новгород, ГБПОУ НО НМК*

Пылевой бронхит – хроническое воспалительное заболевание бронхов, развивающееся при регулярном длительном вдыхании воздуха, содержащего пылевые частицы в высоких концентрациях, и различных производственных аэрозолей. В результате воздействия пыли на дыхательные пути нарушаются процессы газообмена, изменяются все структуры бронхиального дерева, а в дальнейшем появляются такие симптомы, как одышка, кашель, выделение мокроты. По мере прогрессирования заболевания возникает обструкция бронхов, обусловленная гиперсекрецией бронхиальной слизи.

Пылевой бронхит является одним из наиболее распространённых профессиональных заболеваний. Больше всего уязвимы представители следующих профессий: шахтёры, угольщики, металлурги, работники цехов по производству цемента и других строительных смесей. Высокий риск развития пылевого бронхита также имеется у сотрудников текстильных, деревообрабатывающих и некоторых сельскохозяйственных предприятий. По статистике от 10 до 30% людей вышеперечисленных профессий страдают от пылевого бронхита, однако, предполагается, что с учётом недиагностированных случаев этот показатель может достигать 80%. Согласно исследованиям, риск развития заболевания коррелирует с трудовым стажем, а первые симптомы могут появляться уже через 5-7 лет работы во вредных условиях.

При вдыхании пылевых частиц и их взаимодействии с клеточной стенкой фагоцитов начинается избыточный синтез активных форм кислорода – важнейшего бактерицидного агента иммунной системы человека. Активные формы кислорода губительны для живых микроорганизмов – бактерий, вирусов, грибов. Однако, пылевые частицы нечувствительны к нему, следовательно, стандартные защитные механизмы неэффективны для предотвращения развития пылевого бронхита. Тем не менее, синтез активных форм кислорода не прекращается, что приводит к их чрезмерному накоплению и патологическому воздействию на здоровые ткани. Стенки бронхов и бронхиол, а также межальвеолярные перегородки теряют свою эластичность, спадаются, развивается обструктивный синдром. Такое состояние дыхательных путей не является временным и не возникает только в период обострения, оно постоянно и носит нарастающий характер.

Описанные выше процессы подводят к выводу о том, что значительно проще предупредить развитие пылевого бронхита, чем бороться с его последствиями. Самый простой и доступный, но между тем и достаточно эффективный способ защиты от пылевого бронхита – соблюдение принципов здорового образа жизни.

Наиболее значимым решением для профилактики всех респираторных заболеваний является отказ от курения. По статистике около 59% опрошенных имеют вредные привычки. Работа естественной системы очищения бронхов у курильщиков становится менее эффективной, нарушается активность ресничек бронхиального эпителия, происходит избыточное образование слизи в стенках бронхов. Всё это приводит к обструкции бронхов. Кроме того, снижается местный и общий иммунитет, организм становится более уязвимым к инфекциям и различным патогенам, в том числе пылевым частицам. Курение само по себе провоцирует кашель, одышку, ощущение заложенности в груди, а в сочетании с воздействием пыли эти симптомы усиливаются.

Одним из основных принципов здорового образа жизни является рациональное питание. Поскольку при вдыхании пылевых частиц в тканях организма накапливается

избыток активных форм кислорода, необходимо увеличить потребление антиоксидантов. Природными антиоксидантами являются витамины С и Е. Аскорбиновая кислота и альфа-токоферол защищают слизистую оболочку бронхов от воздействия активных форм кислорода, сохраняя её эластичность и предупреждая обструкцию. Кроме витаминов антиоксидантными свойствами обладают некоторые микроэлементы – цинк, селен. Антиоксидантами богаты ягоды (клюква, малина, черника), овощи (сладкий перец, спаржа, капуста, свёкла), зелень, орехи, морепродукты, а также чай и горький шоколад. Кроме того, важно потреблять в пищу достаточное количество белка, особенно, если уже имеются симптомы пылевого бронхита, поскольку белок теряется вместе с мокротой. Для этого нужно включить в рацион молочные продукты, яйца, мясо, рыбу, бобовые. Сбалансированное витаминизированное питание поможет повысить общую иммунную сопротивляемость организма.

Основным компонентом профилактики респираторных заболеваний являются физические тренировки. При этом важен комплексный подход – необходимо повышать и силу, и выносливость мышц, вовлекая в работу верхние и нижние конечности и туловище. В качестве тренировки может выступать интенсивная ходьба, упражнения с гантелями и на различных тренажёрах (степ, велоэргометр и другие). Интенсивность и продолжительность тренировок подбираются индивидуально в зависимости от физической подготовленности и состояния здоровья человека. Полезны и дыхательные упражнения, помогающие растянуть и укрепить дыхательные мышцы, – вращение плечами, диафрагмальное дыхание, сведение лопаток, быстрое дыхание носом, дыхание по схеме 4-8-8.

Большое значение следует придать правильной организации режима труда и отдыха. Самое важное – максимально снизить воздействие патогенного фактора развития пылевого бронхита. Для этого необходимо на рабочем месте использовать спецодежду и средства индивидуальной защиты (маски, респираторы, защитные очки или экраны), строго соблюдать правила личной гигиены, а также придерживаться нормированного графика работы. В период отдыха (выходные дни, отпуск) следует отдать предпочтение прогулкам на свежем воздухе, лучше в парке или за городом. Рекомендуется ежегодное прохождение санаторно-профилактического лечения.

Пылевой бронхит развивается относительно медленно и незаметно, сравним с бомбой замедленного действия, ведь последствия его весьма тяжелы, а лечение не всегда может принести желаемый результат. Как и любое другое патологическое состояние, пылевой бронхит эффективнее предупредить, чем лечить. Следование несложным правилам позволит сохранить здоровье, увеличить качество и продолжительность жизни.

Список литературы:

1. Величковский Б.Т. Патогенетическая терапия и профилактика хронического пылевого бронхита с обструктивным синдромом // Пульмонология. – 1995. – №3. – С. 6-19.
2. Дьяконов И.Ф. Основы здорового образа жизни для всех / И.Ф. Дьяконов. – СПб.: Спецлит, 2018. – 126 с.
3. Жираткова Ж. В. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи (социологический анализ) // Регионология. – 2018. – № 4. – С. 784-797
4. Косарев В.В., Бабанов С.А. Хронический пылевой бронхит (часть 4) // Справочник поликлинического врача. – 2011. – №7. – С. 4-7.
5. Чучалин А.Г. и др. Российское респираторное общество. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. – 2014. – №3. – С. 15-36.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАКА ЛЕГКИХ

*Студентка Красилова Ульяна Павловна
научный руководитель преподаватель Тестянова Я.Е
г. Нижний Новгород, ГБПОУ НО НМК*

Рак легких - это злокачественные новообразования, возникшие из эпителиальных клеток слизистой оболочки и железистого эпителия бронхов, а также в редких случаях из эпителия альвеол [1, 101].

Особенностью данного заболевания является раннее и интенсивное распространение метастазов благодаря хорошей снабженности кровеносными сосудами и лимфатическими капиллярами легочной ткани.

Факторы риска, способствующие возникновению рака легкого представлены на схеме 1.

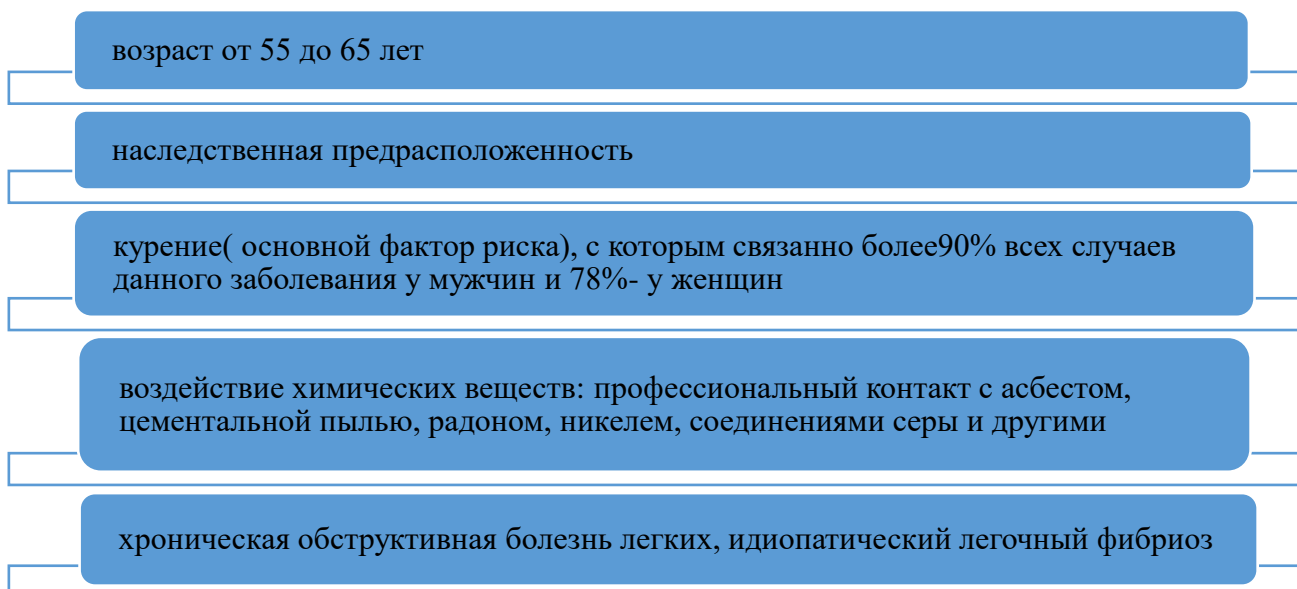


Схема 1. Факторы риска, способствующие возникновению рака легкого

Рак легких - это опухоли, образовавшиеся из злокачественных клеток слизистой оболочки и железистого эпителия бронхов, а также в редких случаях из эпителия альвеол [1, 134].

Это заболевание отличается от других тем, что метастазы быстро распространяются через кровеносные и лимфатические сосуды лёгочной ткани.

Первым признаком рака легких обычно является кашель, чаще всего сухой, иногда с мокротой. Кровохарканье также является одним из показателей рака, при этом может быть как небольшое появление крови, так и полная кровавая мокрота. От тяжести поражения будет зависеть тяжесть одышки.

Симптомы рака легких также включают общие проявления: повышение температуры организма до 37,0 - 38,0 °С, общая слабость, снижение аппетита и работоспособности, заметное снижение веса. Это симптомы, которые могут появиться в ранние стадии рака легких.

В случае ухудшения состояния пациента возникают сильные общие симптомы, такие как пониженное давление, слабый пульс и холодные, синюшные конечности.

Одно из важнейших проявлений рака легкого – форма опухоли, размер пораженного бронха, особенности его структуры и стадия процесса [2, с. 104]. Система классификации рака легких предусматривает четыре стадии, которая отражена на рисунке 1.

I стадия – размер опухоли не превышает 3 см в наибольшем измерении, она локализована в пределах одного сегмента легкого или внутри одного сегментарного бронха. Нет признаков метастазирования.

II стадия – размер опухоли составляет не более 6 см в наибольшем измерении, она также находится в пределах одного сегмента легкого или внутри одного сегментарного бронха. Наблюдаются лишь отдельные метастазы в лимфатических узлах, принадлежащих к пульмональным или бронхопульмональным группам.

III стадия – размер опухоли превышает 6 см и охватывает соседнюю долю легкого, либо соседний бронх или главный бронх. В этой стадии обнаруживается метастазирование в бифуркационных, трахеобронхиальных и паратрахеальных лимфатических узлах.

IV стадия – опухоль выходит за пределы легкого, распространяясь на соседние органы, а также образует обширные локальные и отдаленные метастазы. Возникает раковый плеврит.

Рис. 1. Классификация рака легких

Соблюдать рекомендации врача очень важно, для улучшения работы легких и дыхания.

Лечение рака легких бесспорно очень долгий и сложный процесс, для него обязательно потребуется поддержание питательных веществ в организме. Помочь себе с этим мы можем при помощи правильного питания. Оно поможет ощущать себя лучше, и помогает организму укрепляться, что важно для качественного прохождения лечения.

При таком серьезном заболевании врачи рекомендуют больше дышать свежим воздухом. Ведь благодаря хорошо насыщенной кислородом крови у нас повышается энергичность и самочувствие.

Если человек курит, ему немедленно нужно отказаться от этой вредной привычки. Она может вызвать еще большие осложнения и усилить болезненность симптомов.

Чаще обращайтесь к спорту. Физкультура помогает бороться с утомлением, формирует мышечную силу, делает лучше душевное состояние, а также помогает улучшать настроение и поддерживать вес [3, с. 378].

Соблюдение и ведение здорового образа жизни – это один из способов предупреждения заболевания.

На рисунке 2 отражены некоторые рекомендации, которые могут помочь пациентам снизить риск возникновения данного заболевания.



Рис. 2. Рекомендации для снижения риска заболевания рака легких

Поэтому очень важно вести здоровый образ жизни, чтобы предупредить возникновения патологии органов дыхания и предостеречь своих родственников от лишних хлопот.

Список литературы:

1. Ваиль С. С. Роль хронических воспалительных процессов в возникновении рака лёгких/ С. С. Ваиль // Вопросы онкологии. – 2014. - № 4. – 564 с.
2. Кижаяев Е. В. Рак легкого: клиника, диагностика, лечение/ Е. В. Кижаяев. – М.: Бином. 2015. - 144 с.
3. Петров Н. Н. Профилактика рака и предраковых заболеваний/Н. Н. Петров. - Л.: Медгиз. 2014. - 400 с.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО ОДНА ИЗ МЕР ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

*Студент Тагунов Даниил
научный руководитель преподаватель Тестянова Я. Е.
г. Нижний Новгород, ГБПОУ НО НМК*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из наиболее актуальных проблем, которая оказывает существенное влияние на увеличение временной нетрудоспособности, случаев инвалидности и преждевременной смертности в современной медицине.

Это одна из самых часто встречающихся патологий у взрослого населения на нашей планете. Доля людей, страдающих от ХОБЛ в различных странах, варьируется от 7,8% до 19,7%.

Согласно медицинской статистике, в России ХОБЛ диагностирован приблизительно у 1 млн. человек, имеющая неуклонно прогрессирующее и инвалидизирующее течение [1, с. 13].

В структуре смертности от респираторных заболеваний смертность от ХОБЛ составляет 80% и имеет тенденцию к увеличению.

Смертность пациентов с диагнозом ХОБЛ в случае госпитализации составляет 4-10%, в отделениях интенсивной терапии - 24%.

По данным ВОЗ, уровень смертности от данного заболевания занимал четвертое место среди всех смертей в конце двадцатого века, но с 2012 года он растет.

На сегодняшний день он занимает 3-е и 4-е места наряду с ишемической болезнью сердца и постинсультными инфекциями нижних дыхательных путей.

ХОБЛ — хроническое заболевание, характеризующееся прогрессирующим ограничением воздушного потока, связанное с аномальной воспалительной реакцией легких на вредные частицы или газы. Обострения и сопутствующие заболевания усугубляют тяжесть заболевания [3, с. 176].

Выделяют следующие факторы риска, которые представлены на рисунке 1.

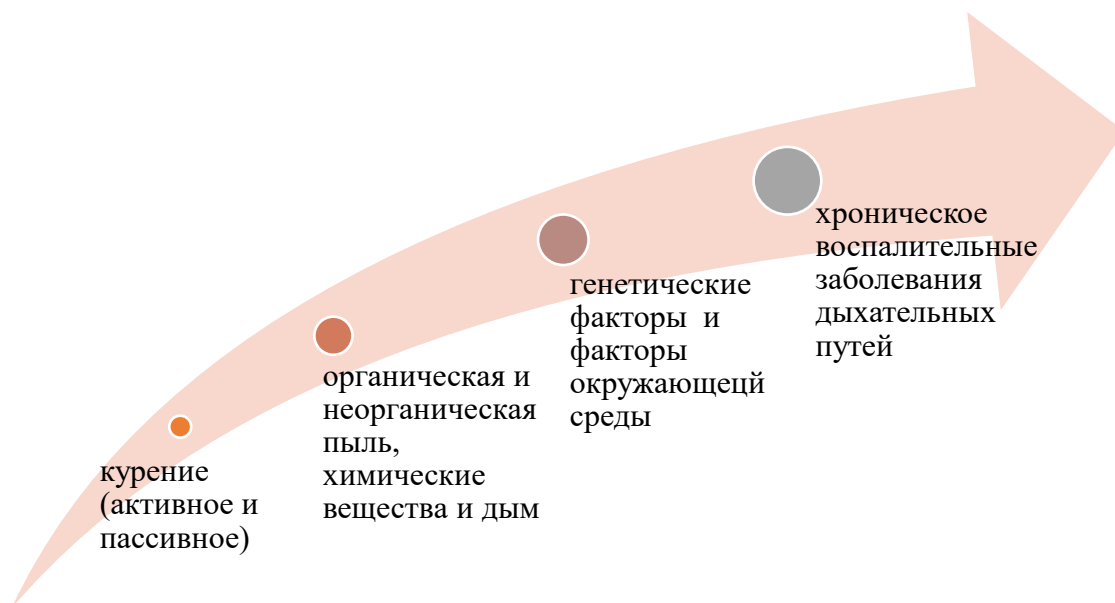


Рис. 1. Факторы риска ХОБЛ

Лечение ХОБЛ затруднено, пациенты с ХОБЛ несвоевременно обращаются за медицинской помощью, а возможности лечения ограничены.

При лечении ХОБЛ применяют немедикаментозные методы (отказ от курения, респираторная реабилитация, кислородная терапия и др.) и медикаментозные препараты [2, с. 57].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - серьезная медицинская проблема, она является третьей причиной смертности после сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и инсультов в мире. За 15 лет многое сделано для первичной и вторичной профилактики заболевания. В 2003 г. государства - члены ВОЗ утвердили конвенцию по борьбе против табака с целью защиты людей от воздействия табачного дыма. В России в 2013 г. утвержден закон, ограничивающий употребление табака населением. Тем не менее, по данным исследований 2010 г., ХОБЛ к 2030 г. займет третье место по причине смертности среди всех заболеваний после сердечно-сосудистой патологии и cerebrovasкулярных болезней, унося 3 млн человеческих жизней ежегодно. По результатам 20-летнего обсервационного исследования смертность среди женщин, связанная с ХОБЛ, увеличилась более чем в 2 раза, а расходы средств на лечение обострений заболевания увеличились с 50 до 75% от общей стоимости ХОБЛ [2, с. 257].

ХОБЛ также ассоциируется с более частой заболеваемостью раком легкого. Также при ХОБЛ чаще встречается сахарный диабет (СД), гипертензия и другие сердечно-сосудистые заболевания.

Китайские ученые провели метаанализ исследований распространенности ХОБЛ, опубликованных в электронных базах данных MEDLINE и EBSCO с января 1990 года по июнь 2015 года.

Был проведен анализ 427 исследований, 13 из которых соответствовали критериям включения. Были опубликованы данные о связи между привычным питанием и риском развития ХОБЛ. Исследование демонстрирует, что правильно питание снижает риск развития ХОБЛ.

«Здоровая» диета означает потребление достаточного количества овощей, фруктов, клетчатки и рыбы.

Потребление продуктов, приготовленных с помощью копчения, избыточного количества сладкой пищи и рафинированных зерновых обуславливает потенциальный риск развития ХОБЛ.

Соблюдение здорового питания снижает риск развития ХОБЛ по сравнению с людьми, потребляющими минимальное количество здоровой пищи. Диета является важным фактором первичной профилактики заболевания.

Таким образом, ХОБЛ представляет собой прогрессирующее инвалидизирующее заболевание, обычно вызываемое действием внешних воздухообразующих агентов (вредных частиц или газов), распространенность которого увеличивается.

Чтобы предотвратить это заболевание, нужно вести здоровый образ жизни. Основные моменты профилактики хронического обструктивного бронхита отображены с помощью рисунка 2.



Рис. 2. Профилактика хронического обструктивного бронхита

Также немаловажную роль в профилактике данного заболевания играет средний медперсонал, который должен тоже проводить санпросветработу с пациентами и рассказывать им о всевозможных видах профилактики.

А вся ответственность, конечно же, остается на самом пациенте, он в первую очередь отвечает за свое здоровье.

Список литературы:

1. Лещенко И. В. Хронический бронхит / И. В. Демко, А. А. Зайцев, Г. Л. Игнатова [и др.]; под редакцией И. В. Лещенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 80 с.
2. Николаева В. Н. Бронхит. Современный взгляд на лечение и профилактику / В. Н. Николаева. - М.: ИГ «Весь», 2019. - 128 с.
3. Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких / А. Г. Чучалин - М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1999. - 512 с.

ВЛИЯНИЕ ВЕЙПА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Студентка Комлева Ксения

Научный руководитель преподаватель Клементьева Ю.В.

г. Нижний Новгород, ГБПОУ НО НМК

Здоровье — это главная ценность жизни, важнейший компонент человеческого счастья и одно из ведущих условий успешного социального и экономического развития.

Согласно последним данным Всемирной организации здравоохранения, с 2000 года число курильщиков обычных сигарет в мире сократилось: если в 2000 году курильщиков насчитывалось 1,14 млрд, то сейчас - 1,1 млрд человек. Но в отношении электронных сигарет наблюдается противоположная тенденция.

Число вейперов - курильщиков электронных сигарет - в последние годы быстро растет. Если в 2011 году электронные сигареты курили 7 млн человек, то в 2016 году - уже 35 млн человек.

По оценкам аналитической компании Euromonitor, к 2023 году число взрослых людей, которые курят электронные сигареты, достигнет 55 млн человек.

Рынок растет вместе с увеличением числа вейперов. Сейчас мировой рынок электронных сигарет оценивается в 22 млрд долларов - пять лет назад этот показатель был на 4,2 млрд долларов меньше.

Больше всего электронных сигарет продается в США, Японии и Британии. Вейперы в этих трех странах в 2016 году потратили на некурительный табак и электронные сигареты 16,5 млрд долларов.

В числе стран с самыми крупными продажами электронных сигарет - Швеция, Италия, Норвегия и Германия.

Согласно данным исследования Ernst & Young, большинство вейперов в странах, где проводилось исследование, убеждены в том, что электронные сигареты не так вредны для здоровья, как обычные.

Около 49% вейперов сообщили, что переход на электронные сигареты был для них одним из способов бросить курить обычные.

Всемирная организация здравоохранения в докладе «Об электронных системах доставки никотина» сообщает, что:

- «Аэрозоль ЭСДН (электронные системы доставки никотина) не является всего лишь «водяным паром», как это часто утверждается».
- Эксперты установили, что основными компонентами раствора, помимо никотина, являются пропиленгликоль, глицерин, ароматизирующие вещества, формальдегид и другие, вызывающие рак, вещества.

- Никотин в испаряемой из резервуара электронной сигареты жидкости также вызывает зависимость;
- Попадание на кожу жидкости, которая заливается в резервуар электронной сигареты, может вызвать никотиновое отравление;
- Некоторые ароматизаторы, которые используются в электронных сигаретах, потенциально могут вызвать раздражение дыхательных путей.

В результате употребления никотина, у человека сужаются кровеносные сосуды. Курение несет большие риски инсульта, инфаркта и различных заболеваний внутренних органов. По сути, никотин оказывает серьезное влияние на все органы растущего организма.

Курящие подвергают опасности не только себя, но и окружающих людей. В организме некурящих людей после пребывания в накуренном помещении определяется значительная концентрация никотина.

Пять причин отказаться от ВЕЙПА:

1) Вред для здоровья.

Всемирная организация здравоохранения в докладе «Об электронных системах доставки никотина» сообщает, что «аэрозоль ЭСДН (электронные системы доставки никотина) не является всего лишь «водяным паром», как это часто утверждается». Эксперты установили, что основными компонентами раствора, помимо никотина, являются пропиленгликоль, глицерин, ароматизирующие вещества, формальдегид и другие, вызывающие рак, вещества.

2) Вейп может взорваться.

В мире было зафиксировано уже несколько случаев, когда вейп взрывался во рту курящего. Были такие инциденты и в России. Последний произошел в июне 2017 года, когда в Морозовскую детскую больницу доставили 17-летнего школьника, у него вместо рта было сплошное кровавое месиво. Рванувший вейп разворотил мальчику челюсти, зубы, губы. Хирурги еле спасли жизнь подростку. Но теперь ему предстоит пластика и вставка выбитых взрывом зубов.

3) Отсутствие контроля за оборотом вейпов, и как следствие неизвестные дозировки тех или иных веществ.

За вейпами отсутствует, какой-либо контроль. В связи с этим узнать дозировку тех или иных веществ почти нереально. Даже если на упаковке написано, что это устройство с низким содержанием никотина, никто это проверить толком не сможет.

4) Вы не сможете бросить курить.

Исследование, опубликованное в журнале JAMA Internal Medicine в 2014 году, показало, что заметного отказа от сигарет в результате перехода на электронные аналоги нет. Даже год спустя после перехода на вейпы, курильщики по привычке тянутся к обычным сигаретам с табаком.

5) На Вас просто зарабатывают.

На курильщиках вейпов просто зарабатывают, убивая их здоровье. В 2014 году во всем мире на вейпы люди потратили 3 миллиарда долларов. К 2030 году продажи, согласно прогнозам, возрастут в 17 раз. За свою короткую историю электронные сигареты сделали успешную «карьеру» - собрали большую паству приверженцев и, по мнению экспертов, в ближайшие 10-15 лет обгонят по продажам обычные сигареты.

Список литературы:

1. Логинова И.А. Неблагоприятные медико-социальные и психологические последствия использования электронных парогенераторов в подростковом возрасте / Современные тенденции развития науки и технологий. -2016. - №8-1. -С. 72-79

2. Законопроект от 10.03.2017г. № 119575-7 - «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и Федеральный закон «Об

охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака" (в части охраны здоровья граждан от последствий использования электронных курительных изделий)» // Система обеспечения государственной деятельности. - [Электронный ресурс] URL: <https://sozd.duma.gov.ru/Ы\VI 19575-7>

3. Журавская Е. О. Вейпинг - безопасная альтернатива сигаретам или серьезный удар по организму? [Электронный ресурс] Молодой ученый. - 2019. - №5. - С. 52-53. - URL: <https://moluch.ru/archive/243/56196/>

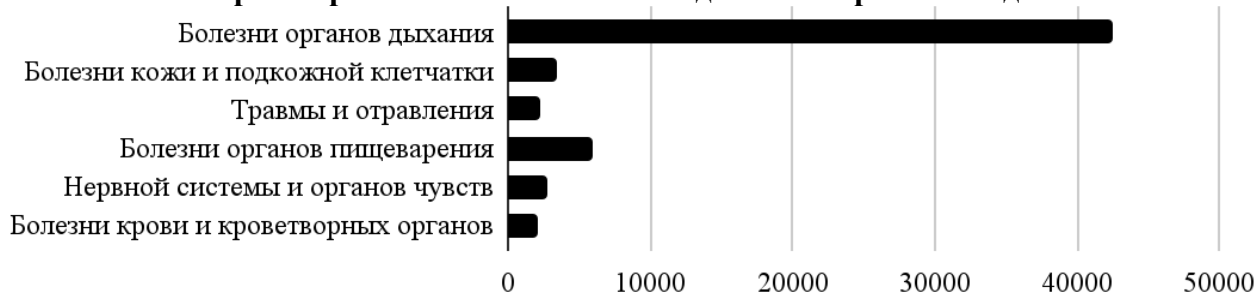
4. Ищенко Наталья, Синицына Ирина. Вейпы и электронные сигареты подведут под «антитабачный закон» [Электронный ресурс] // Ведомости. 2019. URL: <https://www.vedomosti.ru/Business/articles/2019/02/22/794888-veipi>

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПЕДИАТРИИ

*Слушатель Куваева Р.И.
медицинская сестра по физиотерапии ГБУЗ СО СГП №14
Научный руководитель преподаватель Багрова Ж.В.
г. Самара, «ГБПОУ СМК имени Н. Ляпиной», отдел ДПО*

Заболевания органов дыхания у детей являются наиболее распространенной причиной обращения к педиатру. Они часто встречаются в практике медицинских центров, специализирующихся на диагностике, профилактике и лечении детских заболеваний. Незрелость дыхательной системы ребенка служит основой высокой заболеваемости этих органов (две трети всех детских болезней затрагивают именно органы дыхания). Отмечается постоянный рост болезней дыхательных путей у детей, что во многом связано с увеличением аллергических реакций, а также преимущественным проникновением возбудителей инфекций через носоглотку. Болезни дыхания у детей часто переходят в хроническую форму, значительно ухудшая не только качество их жизни, но и перспективы нормального роста организма. Необходимо особо учитывать, что многие заболевания дыхательной системы в детском возрасте могут иметь фатальный исход при несвоевременном лечении. Основными факторами, способствующими возникновению заболеваний дыхательных путей у детей, являются инфекционные заболевания и аллергические реакции на воздействие окружающей среды. Согласно официальной статистике, заболевания органов дыхания постоянно удерживают лидирующую позицию в структуре общей заболеваемости среди детей, составляя более половины всех случаев.

Основные категории первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет.



Поражение органов дыхания ребенка происходит под воздействием нескольких групп факторов:

- внешнее инфицирование в случае эпидемий и локальных вспышек легко передающихся воздушно-капельным путем болезней (ОРВИ и грипп);
- активизация бактериальной флоры в организме ребенка при наличии хронических воспалительных очагов;
- аллергические реакции организма, в том числе на растения и химические вещества, домашних животных и бытовую пыль;
- ослабленный иммунитет, особенно при отсутствии в семье системы закаливания;
- переохлаждение организма из-за одежды не по сезону, промокшей обуви, длительного нахождения на открытом воздухе в холодный период;
- привычка малыша дышать ртом, что может быть связано с аденоидами;
- переутомление ребенка, как физическое, так и эмоциональное (большая нагрузка в школе и дополнительные занятия по другим направлениям);
- недостаточно сбалансированное питание (малый рацион, недостаток витаминов и важнейших элементов);
- врожденная патология дыхательной системы;
- перенесенные травмы грудной клетки;
- наличие у близких родственников легочных болезней.

Система дыхания, как и прочие системы организма человека, имеет собственные механизмы защиты. Эти механизмы предотвращают расстройства функционирования системы дыхания. Тем не менее, и такая защита нуждается в поддержке, которая заключается в профилактике заболеваний органов дыхания. Профилактика инфекций дыхательных путей у детей — это важная тема не только для будущих медицинских специалистов, но и для опытных педиатров. Включает в себя широкий набор мер, направленных на предотвращение заболеваний дыхательной системы у детей.

Первичная профилактика болезней органов дыхания – синоним здорового образа жизни. Самой простой и эффективной профилактикой заболеваний органов дыхания считается проведение времени на свежем воздухе и регулярное проветривание помещения. Другой мерой первичной профилактики заболеваний органов дыхания является дыхательная гимнастика, включающая упражнения, направленные на формирование носового дыхания. Носовое дыхание считается правильным и естественным, если не сопровождается никакими шумами. А вот ротовое дыхание не является нормальным, так как полость рта является органом не дыхательной, а пищеварительной системы. Преимущество носового дыхания еще и в том, что, проникая в легкие сквозь полость носа, воздух согревается и очищается. Кроме того, носовая полость, в частности расположенные в ней волоски, задерживает болезнетворные микробы и грязь, не давая им проникнуть внутрь дыхательной системы. Кроме всего прочего, дыхание носом эффективно стимулирует нервы полости носоглотки, значит, происходит стимуляция активности головного мозга. В этой связи эффективной профилактикой заболеваний органов дыхания является правильное носовое дыхание.

Вторичная профилактика заключается в раннем выявлении болезней и их лечении, при этом многие заболевания развиваются на фоне другой патологии. Например, основой для развития бронхиальной астмы может стать аллергия или повышенная чувствительность к каким-либо веществам, например, к шерсти животных, пыльце растений, бытовой химии, тогда необходимо максимально уменьшить, а по возможности и совсем прекратить контакт с веществами, провоцирующими появление аллергических реакций. Применение физических факторов, обладающих иммуномодулирующим, противоаллергическим и витаминообразующим действием, способствует предупреждению развития симптомов заболевания.

Задача третичной профилактики болезней органов дыхания – не допустить ухудшения течения заболевания, возникновения осложнений. Применение физиотерапевтических факторов, обладающих противовоспалительным, бронходилатирующим эффектом в сочетании с дыхательной гимнастикой позволяет замедлить прогрессирование заболевания, уменьшить выраженность воспаления в бронхах, благодаря этому больные чувствуют себя гораздо лучше, снижается потребность в бронхорасширяющих препаратах, а также снижается риск развития осложнений и побочных действий медикаментозной терапии.

Физиопрофилактика органов дыхания у детей включает разнообразные методы, направленные на поддержание и укрепление здоровья дыхательной системы: климатолечение, аэротерапию, спелеотерапию и галотерапию; иммуномодулирующую терапию, представленную методами светолечения (общее ультрафиолетовое облучение (УФО), биоптронотерапия, лазеротерапия), КВЧ-терапию, бальнеотерапию в виде углекислых ванн, а также медицинский массаж.

Климатотерапия – основа лечения на курортах детей с заболеваниями органов дыхания. Климатолечение проводят в виде специальных процедур, к которым относятся длительное пребывание на свежем воздухе, а также воздушные и солнечные ванны. Лечение целесообразно с дозированных процедур продолжительностью по 20–30 минут по несколько раз в день, постепенно увеличивая пребывание на свежем воздухе до 6 и более часов в сутки. Границы зоны комфорта для обнаженного человека составляют в среднем 18,3-23,7°C, для одетого человека – 14,7- 20,6°C. Важное место в комплексе лечения детей с аллергическими заболеваниями органов дыхания занимают занятия лечебной гимнастикой, игры на свежем воздухе, прогулки и терренкур – дозированные прогулки с восхождениями.

Одним из методов, применяемых в последние годы, является метод спелеотерапии, Лечебный эффект в спелеокамере достигается за счет создания управляемого лечебного микроклимата, сходного с микроклиматом подземных лечебниц в солекопях, который характеризуется наличием высокодисперсного аэрозоля хлорида натрия, гипоаллергенной, гипобактериальной, воздушной средой, комфортными климатическими условиями, а также специальным аудиовизуальным воздействием. Основным лечебным фактором спелеотерапии и аппаратной галотерапии от аппарата «Галонерб» является аэрозоль хлорида натрия, который благодаря малому размеру проникает до уровня мелких бронхов и оказывает секретолитическое, противовоспалительное, бронхолитическое действие, активизирует мукоцилиарный транспорт, нормализует осмолярность бронхиального секрета и функциональное состояние клеток слизистой.

Действие светолечебных физиотерапевтических факторов основано только на их дозированном и избирательном использовании. Каждый вид излучения запускает определенные фотобиологические процессы в тканях и коже, оказывая как общий, так и специфический лечебный эффект. УФ-лучи обладают противовоспалительным, успокаивающим, витаминообразующим, десенсибилизирующим и иммуносупрессивным действием. В настоящее время УФО является плановой профилактической процедурой для детей в осенне-зимний период, проводится курсами по 10-20 процедур на основании определения биодозы с учетом индивидуальной чувствительности кожи к УФО-облучению. Воздействие проводится полями на переднюю и заднюю поверхности грудной клетки. Полихроматический некогерентный поляризованный свет «Биоптронотерапия» благоприятно влияет на клиническое течение бронхиальной астмы у детей: уменьшается кашель и количество приступов затрудненного дыхания, улучшается отхождение мокроты; способствует улучшению бронхиальной проходимости, благоприятно влияет на сердечную деятельность и вегетативное обеспечение; уменьшает аллергическое воспаление, снижая эозинофилию периферической крови, нормализует показатели гуморального иммунитета. Воздействие проводится точечно по 5-10 минут на межлопаточную область (область проекции корней легких).

Лазерное излучение путем воздействия на клеточные рецепторы способно корректировать иммунные нарушения, которые лежат в основе развития бронхиальной астмы. При лазерной терапии уменьшается гиперреактивность бронхов. При применении магнитолазерной терапии уменьшается число бронхообструкций (приступов астмы), что помогает сократить количество лекарств, необходимых для купирования приступа, улучшаются показатели функции внешнего дыхания. Иными словами, восстанавливается проходимость бронхов, снимается воспаление в бронхах, улучшается характер мокроты, в более короткие сроки удается сократить объём базисной терапии бронхиальной астмы у детей. Воздействие проводится точно по 3 минуты на поля Кернига курсами по 7-10 процедур.

КВЧ-терапия ($42,19 \pm 0,10$ ГГц; 5,6 мм) является эффективным методом профилактики ОРЗ у часто болеющих детей с хроническими ЛОР (хронический тонзиллит, хронический синусит) и аллергическими (аллергический ринит, атопический дерматит) заболеваниями. Профилактический эффект КВЧ-терапии у часто болеющих ОРЗ детей обусловлен положительным влиянием электромагнитного излучения КВЧ-диапазона на адаптационные реакции организма. Курс лечения составляет 5-7 процедур по 3 минуты на область вилочковой железы.

Механизм лечебного действия сухих углекислых ванн при бронхиальной астме, синдроме вегетативной дистонии, оздоровлении детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, заключается в проникновении углекислого газа в кровь через кожу и респираторные пути, что раздражает хеморецепторы сосудов, дыхательный центр, уменьшая частоту и увеличивая глубину дыхания, тем самым улучшая легочную вентиляцию. На курс лечения назначают 5-7 сеансов по 5 минут.

Массаж является неотъемлемой частью восстановительной терапии детей с заболеваниями органов дыхания. Благодаря массажу решаются следующие задачи: предотвращение дальнейшего развития патологических процессов, нормализация функции дыхания, уменьшение (ликвидация) гипоксии тканей, улучшение трахеобронхиального дренажа и локальной вентиляции легких, активизация местного и системного метаболизма. Проводится массаж мышц надплечья, спины (до нижних углов лопаток), применяются приемы сегментарного воздействия на паравертебральные области; массируются дыхательная мускулатура, мышцы живота и нижние конечности. Включают приемы активизации дыхания, перкуссионный массаж. Продолжительность массажа 8–10 мин.

Таким образом, комплексный подход к формированию программ профилактики бронхо-легочных заболеваний у часто болеющих детей является основой для снижения заболеваемости детей этой патологией и имеет в отдаленной перспективе также значительный экономический эффект.

Список литературы

1. Боголюбов В.М. Методы климатотерапии. Дозирование климатопродур. // Курортология и физиотерапия. – М.: Медицина, 1985. – Том 1. – С. 76–103.
2. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. 2-е изд., перераб. – М.– СПб.: СЛП. 1997.– 480 С.

ЗАКАЛИВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Преподаватель Савельева Е.Г.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им Н. Ляпиной»*

Заболевания органов дыхательной системы занимают первое место в структуре заболеваний в детском возрасте, в особенности - в дошкольном. Статистика в образовательных организациях, как по итогам 2022 г., так и за истекший период 2023 г. отмечает рост показателей уровня острой заболеваемости среди детей. При этом лидирующее место в структуре заболеваемости занимают острые респираторные заболевания.

Это связано с анатомо-физиологическими особенностями развития детей. Структура лёгочной ткани у детей устроена иначе, чем у взрослых. Кроме того, у дошкольников – крайне широкий круг социальных контактов: они общаются со сверстниками в детском саду, на игровой площадке, в различных кружках и секциях. В итоге дыхательная система подвергается высокому риску атак бактериями и вирусами.

Для снижения заболеваемости детей болезнями органов дыхания должны применяться как специфические, так и неспецифические методы профилактики.

Эффективными мерами неспецифической профилактики заболеваний органов дыхания у детей являются оздоровительные программы, направленные не на предупреждение конкретных заболеваний, а на снижение вероятности их развития, возрастание сопротивляемости организма ребенка, снижение продолжительности заболевания, повышение иммунорезистентности часто болеющих детей, улучшение качества здоровья подрастающего поколения в целом.

Одной из таких оздоровительных программ является закаливание детей.

Закаливание – это комплекс оздоровительных мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма к неблагоприятному воздействию факторов окружающей среды, и в первую очередь к холоду, так как именно переохлаждение чаще всего становится причиной простудных заболеваний.

Для проведения закаливающих процедур используются основные природные факторы — солнце, воздух и вода. Их действие различно.

Воздух - это среда, постоянно окружающая человека. Он соприкасается с кожей - непосредственно или через ткань одежды и со слизистой оболочкой дыхательных путей. Из специальных мер закаливания воздухом в детских садах применяются: сон на воздухе, в холодное время и воздушные ванны.

Водное закаливание оказывает более мощное воздействие на организм по сравнению с воздушными процедурами. Это связано с тем, что теплопроводность воды в 30 раз, а теплоемкость в 4 раза больше, чем воздуха. Преимущество воды перед другими средствами закаливания заключается также в том, что водные процедуры легко дозировать.

Закаливающее значение действия солнца своеобразно. Солнце является сильно действующим средством закаливания. Солнечные лучи оказывают на организм общее укрепляющее действие, повышают обмен веществ в организме, лучше становится самочувствие, сон, кожа лучше регулирует теплообмен.

В основе методов закаливания лежит постепенная тренировка приспособительных возможностей организма ребенка путем систематического дозированного воздействия на него указанными факторами или их сочетанием. В результате происходит постепенная перестройка процессов терморегуляции (улучшается координация процессов выработки и отдачи тепла), позволяющая организму быстрее адаптироваться к изменениям внешних условий без вреда для здоровья.

Чтобы понять, как действует закаливание, необходимо знать, какие процессы происходят в организме человека под воздействием холода. В ответной реакции организма на охлаждение можно выделить 3 стадии.

На 1-й стадии происходит сильное сужение сосудов кожи и слизистых оболочек верхних дыхательных путей, кожа бледнеет, разница температуры кожи и окружающего воздуха уменьшается, таким образом, снижается отдача тепла;

На 2-й стадии происходит адаптация организма к холоду: сосуды расширяются, кожа становится теплой, при этом улучшается кровоснабжение и питание тканей, активизируется обмен веществ, мобилизуются защитные силы организма;

На 3-й стадии, при длительном воздействии холода, организм истощает свои защитные возможности – кожа вновь бледнеет, приобретая синюшный оттенок, наступает переохлаждение, и ребенок может заболеть (соответственно, закаливание в этой стадии будет иметь обратный эффект).

Следует отметить, что у незакаленного или ослабленного ребенка при охлаждении стадия адаптации к холоду может не проявляться совсем, тогда сразу наступает 3-я стадия – переохлаждение, резкое сужение сосудов, что приводит к плохому кровоснабжению слизистых верхних дыхательных путей, снижается местный иммунитет, и организм становится уязвимым для вирусов и бактерий.

Напротив, у закаленного ребенка в результате тренировки способности сосудов изменять свой просвет, после кратковременного спазма происходит резкое расширение сосудов, благодаря притоку крови активизируются защитные силы, и организм в целом становится более устойчивым к воздействию неблагоприятных факторов, в том числе и к различного вида инфекциям.

Закаливание может быть эффективным только при соблюдении следующих принципов:

- индивидуальный подход. Выбирая комплекс закаливающих процедур для ребенка, необходимо учитывать его индивидуальные особенности и возможности, а также его желание заниматься тем или иным видом закаливания.

- систематичность. Закаливающие процедуры нужно проводить ежедневно в любое время года без перерывов. Они должны стать естественной составляющей образа жизни ребенка и выполняться наряду с другими мероприятиями привычного распорядка дня (умывание, прогулки, купание, сон). Тренирующий эффект закаливания достигается за несколько месяцев, а при прекращении процедур исчезает значительно быстрее, в течение 2-3 недель, а у детей 1-го года жизни уже через 5-7 дней, поэтому начиная закаливать своего ребенка, закаливающие мероприятия желательно проводить на протяжении всей его дальнейшей жизни.

- постепенность. Интенсивность воздействия закаливающего фактора необходимо увеличивать постепенно, не допуская резких скачков, переходя от мягко действующих процедур к более интенсивным (например, обтирание – обливание – душ – купание). При переходе от слабых закаливающих процедур к более сильным необходимо ориентироваться на состояние ребенка и его реакцию на данное воздействие. Также постепенно следует увеличивать продолжительность процедур и площадь воздействия «раздражителя» на организм.

- безопасность. Нельзя допускать переохлаждения или перегрева ребенка от чрезмерно длительного воздействия низких или высоких температур. Начинать закаливающие процедуры можно, только если тело и конечности теплые, в обратном случае положительного эффекта от закаливания получить не удастся, а ребенок может заболеть от переохлаждения. Кожа во время закаливающих процедур должна быть розовой (не бледной и не синюшной), а сам ребенок — активным и жизнерадостным.

- положительный настрой ребенка. Результаты закаливания во многом зависят от того, как ребенок относится к этим процедурам. Закаливающие процедуры должны приносить ему радость и удовольствие, поэтому детям рекомендуется проводить закаливание в форме игры.

- комплексность. Закаливание может быть эффективным только в комплексе с другими составляющими здорового образа жизни: соблюдением режима дня, полноценным и сбалансированным питанием, адекватными физическими нагрузками. Значительно повышает эффективность закаливания сочетание процедур с массажем и гимнастикой.

Весьма важным представляется вопрос о применимости интенсивных методов закаливания в профилактике респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста.

К интенсивным (или нетрадиционным) методам закаливания относят любые методы, при которых возникает хотя бы кратковременный контакт обнаженного тела человека со снегом, ледяной водой, воздухом отрицательной температуры.

Отметим, что имеется достаточно серьезный практический опыт интенсивного закаливания детей раннего возраста в родительских оздоровительных клубах. При этом в настоящее время отсутствуют полномасштабные научные исследования о безопасности и эффективности этих методов закаливания у маленьких детей. Из-за физиологической незрелости органов и систем у детей дошкольного возраста, в том числе и нейроэндокринной системы, отвечающей за терморегуляцию, воздействие слишком интенсивного раздражителя, как полагают исследователи, приводит не к повышению, а, наоборот, к снижению иммунной активности и очень быстрому истощению защитных и приспособительных механизмов. Поэтому практически все авторы, занимающиеся вопросами закаливания детей раннего возраста, считают, например, купание детей в ледяной воде противопоказанным.

Однако существует контрастное закаливание как переходная ступень между традиционным и интенсивным закаливанием. Это контрастные ножные ванны, контрастное обтирание, контрастный душ, сауна, русская баня и др.

Наиболее распространенным методом для детей является контрастное обливание ног.

При этом необходимо соблюдать правило - нельзя обливать холодные ноги холодной водой, т.е. ноги предварительно нужно согреть. В ванну ставят два таза так, чтобы вода покрывала ноги до середины голени. В одном из них температура воды всегда равна 38-40°C, а в другом (в первый раз) на 3-4°C ниже. Ребенок сначала погружает ноги в горячую воду на 1-2 мин., затем – в прохладную на 5-20 с. Число попеременных погружений - 3-6. Каждые 5 дней температуру воды во втором тазике понижают на 1°C и доводят до 18-10°C. У здоровых детей заканчивают процедуру холодной водой, а у ослабленных - горячей.

В сауне (суховоздушной бане) используется высокая температура воздуха в парной (около 60-90°C) с низкой влажностью и охлаждением в бассейне с температурой воды 3-20°C, а зимой – купание в снегу. При отсутствии противопоказаний, желании родителей ребенок может посещать сауну с 3-4 лет, 1 раз в неделю, вначале в виде одного захода на 5-7 мин. при температуре в парной около 80°C на высоте верхней полки. Затем можно довести до трехкратного посещения парной на 10 мин. с последующим охлаждением.

Во многих регионах нашей страны широко используется закаливающий эффект русской бани. Основой его является строгое соблюдение контрастного цикла: нагревание – охлаждение - отдых. Формула закаливающего цикла - 1:1:2, т.е. париться и принимать прохладный душ нужно примерно одинаковое время, а отдыхать в два раза дольше. Для детей раннего возраста, только привыкающих к русской бане, достаточно одного цикла. В парильном отделении вначале следует находиться не более 3-5 мин., через несколько посещений можно увеличить время до 5-10 мин. Вначале охлаждение лучше проводить обливанием, затем холодным душем, позднее - купанием в холодной воде, в том числе и в проруби, обтиранием снегом. Постепенно количество заходов в парную увеличивают до 4-5.

В редких научных исследованиях, посвященных «моржам», объем наблюдений невелик, и если родители настаивают на проведении таких видов закаливания, долг медицинского работника состоит не в том, чтобы запретить категорически, так как в большинстве подобных случаев родители все равно их будут проводить, а в том, чтобы настойчиво рекомендовать специальные правила, особенно учет возрастных и индивидуальных особенностей ребенка и постепенное увеличение дозы раздражающего воздействия.

В заключение еще раз отметим, что повышение устойчивости человека к различным неблагоприятным факторам окружающей среды — основная задача современной медицины. В этом именно и заключается её профилактическая направленность.

В результате правильно проводимого закаливания повышается иммунитет и устойчивость детского организма к резко меняющимся условиям внешней среды, ребенок легко и безболезненно переходит из одного сезона в другой, легче адаптируется к новым условиям проживания, меньше подвержен простудам и реже страдает хроническими заболеваниями органов дыхания, у него улучшается сон и аппетит, повышается выносливость к физическим и умственным нагрузкам.

Список литературы:

1. Воронцова И.М., Беленький Л.А. Закаливание детей с применением интенсивных методов. Метод. рекомендации. - С.-Петербург, 2020.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика / Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2022.
3. Праздников В.П. Закаливание детей дошкольного возраста - М., 2018.
4. Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей. Материалы конф.- Дубна, 2022.
5. Шамшева О.В., Учайкин В.Ф. Лечение и профилактика рецидивирующих респираторных инфекций у детей // Детские инфекции. 2018. № 3.

ЗОЖ, КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*Преподаватели Золотова А.С., Ширшова Е.Е.
г. Нижний Новгород, ГБПОУ НО НМК*

Распространенность заболеваний органов дыхания, как среди детского, так и среди взрослого населения, является актуальной проблемой современной медицины. Ученые, изучая проблему, обнаружили положительную связь между частотой заболеваний дыхательной системы и уровнем загрязнения воздуха в крупных городах. Кроме того, в последние годы наблюдается тревожная тенденция к распространению системных заболеваний органов дыхания, которые в большинстве случаев приобретают хроническую, рецидивирующую форму. Причиной этих заболеваний часто являются аллергические реакции на различные факторы окружающей среды. Особенно опасны хронические заболевания бронхиол и легких для пожилых людей, так как они создают благоприятную среду для развития респираторных заболеваний вирусной природы, которые могут представлять угрозу для жизни.

Здоровый образ жизни играет неотъемлемую роль в профилактике заболеваний органов дыхания, ведь он напрямую влияет на состояние и функционирование легких и бронхов. От вредных привычек до правильного питания и физической активности, наш образ жизни может существенно влиять на состояние и функционирование наших легких и бронхов. В данной работе мы рассмотрим ключевые компоненты здорового образа жизни, оказывающие существенное влияние на наше дыхание и общую работу органов дыхательной системы.

Первостепенной важностью для здорового образа жизни является, несомненно, отказ от вредных привычек, особенно тех, которые наносят вред нашим органам дыхания — например, курение. Курение является одной из главных причин развития опасных заболеваний, таких как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и рак легких. Более того, употребление табака оказывает негативное воздействие на состояние других

органов дыхания, включая бронхиальную астму и хронический бронхит. Следовательно, отказ от курения является обязательным шагом для поддержания и сохранения здоровья наших органов дыхания.

Правильное питание неотъемлемо в профилактике заболеваний органов дыхания. В рационе следует уделить особое внимание свежим фруктам и овощам, полным антиоксидантов и витаминов, которые помогут укрепить иммунную систему и способствуют защите легких от оксидативного воздействия. Не менее важно употребление достаточного количества витамина С, который благотворно влияет на дыхательную систему. Отказ от жирных и жареных продуктов также снизит риск развития заболеваний органов дыхания, так как избыточный жир может спровоцировать воспалительные процессы.

Регулярная физическая активность также является важным компонентом здорового образа жизни для профилактики заболеваний органов дыхания. Умеренные физические нагрузки способствуют укреплению мышц дыхания, улучшают циркуляцию крови и обогащение кислородом, что способствует улучшению функции легких. Регулярные занятия аэробными упражнениями, такими как бег, плавание или ходьба, помогают улучшить общую выносливость и укрепить дыхательную систему.

Кроме того, соблюдение гигиены дыхательных путей также играет важную роль в профилактике заболеваний органов дыхания. Регулярное мытье рук, избегание контакта с инфекционными людьми и использование масок в период эпидемий и пандемий помогают предотвратить заражение различными вирусами и бактериями.

Здоровый образ жизни играет важную роль в профилактике заболеваний дыхательной системы. Он помогает укрепить и защитить наши легкие и бронхи от различных проблем. Один из первостепенных шагов - отказ от курения. Курение является одной из основных причин заболеваний органов дыхания, поэтому бросить эту вредную привычку - важный шаг на пути к здоровью. Правильное питание также играет ключевую роль в поддержании здоровья дыхательной системы. Употребление свежих фруктов и овощей, полезных белков и здоровых жиров помогает укрепить иммунитет и защитить органы дыхания от воздействия вредных факторов. Регулярная физическая активность также является неотъемлемой частью здорового образа жизни. Она способствует улучшению общего состояния организма, включая дыхательную систему. Кроме того, соблюдение гигиены дыхательных путей также является важным аспектом здоровья органов дыхания. Регулярное проветривание помещений, избегание загрязненных и пыльных мест, использование масок во время эпидемий - все это помогает снизить риск заболеваний дыхательной системы. Важно отметить, что здоровый образ жизни не только помогает предотвратить заболевания дыхательной системы, но и улучшает общее физическое и психическое состояние человека. Поэтому каждый из нас должен стремиться к поддержанию здорового образа жизни и принимать меры для укрепления и защиты наших легких и бронхов. Но помимо этих аспектов, также важно обращать внимание на качество воздуха, которым мы дышим. Загрязнение воздуха может негативно сказываться на состоянии дыхательной системы и приводить к различным заболеваниям. Поэтому стоит избегать мест с высоким уровнем загрязнения воздуха, использовать фильтры воздуха в доме и поддерживать чистоту в помещениях.

Забота о здоровье органов дыхания является неотъемлемой частью общего здорового образа жизни. Однако помимо основных аспектов, таких как отказ от вредных привычек, правильное питание и физическая активность, необходимо также учитывать индивидуальные особенности каждого человека и возможные факторы риска.

Например, людям, страдающим от аллергического ринита или астмы, рекомендуется избегать контакта с аллергенами, которые могут вызвать обострение этих заболеваний. Аллергический ринит характеризуется воспалением слизистой оболочки носа, вызванным аллергической реакцией на различные вещества, такие как пыльца растений, пыль или пух. Астма, в свою очередь, является хроническим заболеванием легких, которое проявляется

воспалением бронхов и приступами одышки.

Поэтому избегание контакта с аллергенами и применение соответствующих медикаментозных препаратов являются основными мерами для контроля и предотвращения обострений данных заболеваний. Кроме того, регулярные проверки у врача также являются важным аспектом поддержания здоровья органов дыхания. Врач сможет оценить состояние легких и бронхов, провести необходимые исследования, такие как спирометрия или рентгенография, и при необходимости назначить лечение или профилактику. Раннее выявление и контроль заболеваний органов дыхания позволяют предотвратить их прогрессирование и осложнения.

Важно понимать, что здоровый образ жизни не является гарантией полного отсутствия заболеваний органов дыхания, но он может существенно снизить риск и улучшить общее состояние и функционирование легких и бронхов. Поэтому регулярное применение всех вышеупомянутых мер представляет собой важную составляющую заботы о здоровье органов дыхания.

Были рассмотрены основные аспекты здорового образа жизни, которые помогают предотвратить заболевания органов дыхания. Отказ от вредных привычек, таких как курение, правильное питание, богатое антиоксидантами и питательными веществами, физическая активность, соблюдение гигиены дыхательных путей и регулярные проверки у врача – все это важные меры, которые помогут нам поддерживать здоровье наших легких и бронхов. Помимо этого, важно также обратить внимание на качество воздуха, которым мы дышим, и избегать загрязненных или токсичных сред, таких как дым от промышленных выбросов или химических веществ. Пользование масками или применение воздушных очистителей может помочь уменьшить воздействие вредных веществ на органы дыхания. Берегите свои легкие и бронхи, следуйте здоровому образу жизни.



Список литературы:

1. <https://www.43.rospotrebnadzor.ru/news/detail.php?ID=4078>
2. https://mari-el.gov.ru/ministries/minsoc/di_karligan/news/pamyatka-profilaktika-zabolevaniy-organov-dykhaniya/

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ

*Преподаватель Денисова Л.В.
г.Краснослободск, ГБПОУ Республики Мордовия
«Краснослободский медицинский колледж»*

Подготовка и реализация разнообразных проектов, в рамках санитарно-просветительной работы с населением, способствует формированию у будущих медицинских работников исследовательских и коммуникативных умений, обеспечивает им возможность использовать теоретические знания на практике, социальной и профессиональной адаптации обучающихся. [1. с.119].

Исследовательская и проектная деятельность студентов в работе терапевтического кружка направлена на изучение заболеваемости и профилактику заболеваний при проведении санитарно-просветительной работы как с пациентами, так и различными группами населения. Одним из таких проектов был проект по профилактике вирусной пневмонии. Прогрессирующая динамика заболеваемости и смертности населения в период пандемии новой коронавирусной инфекции побудила студентов к изучению данной темы. В связи с широким распространением, трудностями диагностики, отсутствием специфического лечения пневмонии, вызванной коронавирусом, быстрым развитием острой дыхательной недостаточности возросла актуальность ее профилактики. Была выдвинута гипотеза: если создать информационно-наглядный материал с помощью которого информировать население, то можно предупредить рост заболеваемости и положительно повлиять на динамику статистических данных. Студенты предложили провести профилактическую работу в медицинском колледже, среди школьников и в организациях города.

Были поставлены цели:

- систематизировать и расширить знания, касающиеся здорового образа жизни, бронхо-легочного иммунитета, коронавирусной инфекции и пневмонии;
- определить факторы риска и направления профилактики коронавирусной пневмонии в Краснослободском районе;
- провести санитарно-просветительную работу среди населения.

Определены задачи работы:

- изучить научно-медицинскую литературу, касающуюся темы, нормативно-правовую базу;
- изучить статистическую документацию по коронавирусной инфекции и коронавирусной пневмонии в ГБУЗ РМ «Краснослободская ЦРБ» за 2021г;

- выявить количество случаев коронавируса и коронавирусной пневмонии в медицинском колледже по возрастному признаку;
- проанализировать полученные данные и сформулировать выводы;
- подготовить электронные презентации, памятки, листовки.
- представить результаты работы на научно-практической конференции «Молодежная наука 21 веку» и провести санитарно-просветительную работу среди студентов, школьников, населения.

С помощью методических рекомендаций, данных преподавателем, разработаны алгоритм и план работы. Предложен список источников для изучения темы.

Для подготовки и реализации проекта были созданы рабочие группы: поисковая, социологическая, исследовательская, архитекторов, дизайнеров и сценаристов. Каждая из них работала по составленному плану.

Поисковая группа с помощью подготовленных рефератов и докладов ознакомила участников проекта с факторами риска, влияющих на здоровье человека, дыхательной системы, бронхолегочный иммунитет, причинами и факторами риска коронавирусной инфекции и пневмонии, с особенностями ее диагностики, течения, лечения и профилактики.

Группа дизайнеров представила основные положения в форме презентации.

Для реализации проекта совместно составлены общие рекомендации по профилактике вирусной пневмонии:

- ведение здорового образа жизни;
- укрепление дыхательной системы с детства;
- регулярное медицинское наблюдение и лечение хронических заболеваний;
- защита от коронавируса и других вирусных инфекций, вакцинация;
- своевременное обращение к врачу при недомогании.

Выработаны рекомендации для профилактики пневмонии инфицированным:

- своевременный вызов врача, находиться дома;
- выполнять все рекомендации врача по лечению и режиму;
- делать дыхательную гимнастику;
- больше пить (теплое щелочное питье), соблюдать диету, режим сна, увеличить двигательную активность;
- проветривать помещение;
- при ухудшении состояния немедленно вызвать врача;
- пользоваться средствами защиты;
- избегать мест скопления людей.

В ходе обсуждения пришли к общему мнению, что необходимы рекомендации по повышению выносливости легких. Для этого необходимо:

- вести здоровый образ жизни;
- с детства больше двигаться, заниматься спортом, плаванием, ездой на велосипеде, активными играми на свежем воздухе;
- отказаться от курения, в том числе от электронных сигарет и кальяна;
- снизить риск респираторных инфекций;
- своевременно вакцинироваться от гриппа и пневмококка, снижающего легочный иммунитет;
- делать дыхательную гимнастику;
- употреблять достаточное количество белковых продуктов и продуктов, содержащих витамины D, A, C, укрепляющих иммунитет дыхательной системы.

В качестве защиты от коронавируса и вируса гриппа рекомендовано:

- соблюдать правила гигиены рук. Часто мыть руки водой с мылом или обрабатывать их спиртосодержащим антисептиком для рук;

- избегать мест скопления людей;
- соблюдать дистанцию 1,5-2 метра;
- держаться на безопасном расстоянии от чихающих, кашляющих и людей без средств защиты;
- носить маску или респиратор при нахождении в общественном месте;
- не прикасаться руками к глазам, рту или носу;
- при кашле или чихании прикрывать рот и нос локтевым сгибом или платком;
- в случае повышения температуры, появления кашля и одышки обратиться за медицинской помощью;
- вакцинироваться.

После совместного утверждения данных рекомендаций и представления преподавателем методических материалов в группе конструкторов, дизайнеров и архитекторов распределены обязанности по подготовке продуктов проекта для проведения санитарно-просветительной работы.

Исследовательской группой изучены и представлены статистические данные по коронавирусной инфекции и коронавирусной пневмонии в ГБУЗ РМ Краснослободская ЦРБ за 2020 год. Полученные данные группой архитекторов были выражены в виде диаграмм. Всего коронавирусной пневмонией болело 19% инфицированных (1/5 часть), пациентов старше 60 лет больше, чем до 60 лет – 61,5%.

Учитывая, что люди старше 60 лет имеют хронические заболевания, было решено выявить степень риска подверженности пневмонии при различной патологии. Собранные данные были отражены в диаграмме: наиболее подвержены пневмонии пациенты с сахарным диабетом, имеющие ослабленный иммунитет (34,8%), 23,4% - люди с хроническими заболеваниями органов дыхания, 16,8% - с сердечно-сосудистой патологией, 13,3% - с хроническими заболеваниями почек, другие – 11,7%.

Выполняя следующую задачу, исследовательская группа представила данные о количестве зарегистрированных случаев коронавирусной пневмонии в медицинском колледже. В результате интерпритации полученных данных выявлено, что пневмония наблюдалась не только у перенесших инфекцию сотрудников (57%), но и у подростков (5%). Полученные данные были проанализированы аналитической группой и совместно сформулированы общие выводы:

1. наиболее подвержены новой коронавирусной пневмонии в Краснослободском районе люди старшего возраста, особенно после 60 лет с ослабленным иммунитетом, имеющими такие заболевания как сахарный диабет (34,8%), хронические заболевания органов дыхания (23,4%), сердечно-сосудистые (16,8%) и заболевания почек (13,3%);

2. основными направлениями профилактики коронавирусной пневмонии среди населения являются:

- формирование общего иммунитета и местного иммунитета дыхательной системы с детства;
- ведение здорового образа жизни;
- вакцинация против коронавируса и гриппа, особенно в группе риска;
- соблюдение санитарно-эпидемиологических требований (гигиена рук, соблюдение дистанции, применение индивидуальных средств защиты, проведение дезинфекционных мероприятий);
- исключение контакта с инфицированными;
- обучение мерам оказания самопомощи заболевшим: своевременный вызов врача при ухудшении состояния, строгое выполнение рекомендаций по режиму и лечению в пределах дома, рекомендаций по питанию с увеличением белковых продуктов, содержанием витамина D, А, С и обильному тёплому щелочному питью, проведению дыхательной гимнастики.

Для проведения санитарно-просветительной работы группой дизайнеров были созданы информационно-наглядные материалы в форме электронных презентаций,

памяток, листовок по темам: «Как быть здоровым», «Профилактика респираторных вирусных инфекций», «Коронавирусная пневмония и ее профилактика», «Как поднять иммунитет», «О вреде активного и пассивного курения», «О вреде спайсов», «Как защитить себя от коронавируса», «Как делать дыхательную гимнастику», «Что нужно знать о вакцинации». Группой сценаристов был подготовлен сценарий профилактической работы с различными группами населения и составлен план ее проведения. Для представления доклада к конференции кружковых работ выбраны докладчики, обучающие комплексу дыхательной гимнастике, обработке рук антисептиком, подготовлены ответы на вопросы. В ходе репетиций было продумано как раздать наглядные материалы и провести обучение.

Мотивационная готовность членов терапевтического кружка и тщательная подготовка проекта позволили провести санитарно-просветительную работу по профилактике коронавирусной пневмонии как среди студентов и коллектива сотрудников медицинского колледжа, так и среди населения на улицах и в организациях города. Проведены онлайн-уроки здоровья со школьниками Гуменской СОШ, на которых ребята ознакомились с основами ведения здорового образа жизни, методами укрепления общего иммунитета и иммунитета дыхательной системы, правилами защиты от инфекции.

Созданные членами кружка материалы ежегодно используются студентами в профилактической работе с пациентами и различными группами населения при выполнении курсовых и дипломных проектов. Это работа способствует формированию коммуникативных компетенций и готовит их к будущей профессиональной деятельности.

Список литературы:

1. Приложение к ежемесячному теоретическому и научно-методическому журналу «Среднее профессиональное образование» №7 2017-с.119.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

*Преподаватели Саяпина И.В. Фролова Е.А.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им.Н.Ляпиной»*

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают лидирующее место среди инфекционных заболеваний. Ежегодно в России число болеющих ОРВИ и гриппом достигает более 30 млн. человек.

В клинической практике существует собирательное понятие «острые респираторные вирусные инфекции», которое включает ряд заболеваний преимущественно верхних дыхательных путей вирусной этиологии.

Наиболее часто возбудителями респираторных заболеваний являются риновирусы, коронавирусы и вирусы парагриппа. Реже встречаются респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы и реовирусы. Возможно сочетание различных возбудителей и присоединение бактериальной инфекции.

Как правило, пик заболеваемости респираторными инфекциями ежегодно наблюдается в период с сентября по май. Источником инфекции являются больные с клинически выраженными и стертыми формами болезни, а также здоровые вирусоносители. Основным механизмом передачи ОРВИ является аэрозольный, в ряде случаев возможны контактно-бытовой и фекально-оральный механизмы передачи.

Основные стадии патогенеза острых респираторных вирусных инфекций:

- адгезия и внедрение возбудителя в клетки эпителия дыхательных путей, и его репродукция;
- формирование интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций;

- развитие воспалительного процесса в дыхательной системе;
- обратное развитие инфекционного процесса, формирование иммунитета.

Характер течения инфекционного процесса определяется сложной системой защитно-приспособительных реакций организма, направленных на ограничение репродукции вирусов и их элиминацию. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей служит входными воротами при ОРВИ. При несостоятельности местных факторов защиты вирусы поражают в первую очередь клетки цилиндрического эпителия дыхательных путей с дальнейшим развитие следующих этапов патогенеза.

Беременные женщины являются группой высокого риска по заболеваемости ОРВИ и вызванными ими осложнениями. Заболевание у таких пациенток протекает более тяжело и сопровождается высокой частотой осложнений в виде пневмоний, респираторного дистресс-синдрома, спонтанных аборт, плацентарной недостаточности, антенатальной гибели плода и др.

Такое течение связано с особенностями организма во время беременности. По мере прогрессирования беременности усиливается иммуносупрессия, направленная на сохранение плода, уменьшается общий объем легких, их дыхательная экскурсия, повышается на 10% частота дыхательных движений, что делает беременных более восприимчивыми к респираторным инфекциям и более уязвимыми в плане развития осложнений, как со стороны легких, так и генерализованных инфекций. К концу I триместра гестации у беременных развивается компенсированный респираторный алкалоз. В III триместре гестации из-за высокого стояния диафрагмы происходит углубление реберно-диафрагмального синуса, в связи с чем, у 50% беременных развивается одышка. Эти изменения приводят к тому, что в случае развития пневмонии 20% беременных требуется респираторная поддержка. Осложнения гестации обусловлены развитием системного воспаления, оксидативного стресса, ДВС-синдрома у матери, приводящими к нарушениям всех функций плаценты, гипоксии, внутриутробному инфицированию плода, прерыванию беременности, кровотечениям при беременности и в родах.

Учитывая все выше сказанное, на первый план выходит профилактика ОРВИ во время беременности.

Неспецифическая профилактика ОРВИ должна быть направлена на все три звена эпидемической цепи: источник инфекции, механизмы и пути передачи, восприимчивый организм.

Важно обучить беременных женщин и их близкое окружение индивидуальным мерам профилактики респираторных заболеваний:

- этикету кашлевой культуры - прикрывать нос и рот салфеткой во время кашля или чихания, после использования выбрасывать салфетку в мусор;
- частому мытью рук с мылом и водой, особенно после чихания или кашля;
- использованию спиртосодержащих средств для мытья рук;
- избегать близкого контакта с больными людьми, объятий, поцелуев и рукопожатий;
- избегать касаний глаз, носа, рта;
- ограничить контакты с другими людьми, если у пациента выявлены проявления ОРВИ;
- немедленно обращаться за медпомощью при первых появлении симптомов респираторной инфекции.

Вопрос о специфической профилактике путем применения инактивированных гриппозных вакцин беременным принимается врачом индивидуально с учетом риска заражения гриппом и возможными осложнениями.

Наиболее безопасна вакцинация во втором и третьем триместре. Так, американский консультативный комитет по вопросам вакцинации рекомендует вакцинацию против гриппа беременных женщин, которые в момент начала сезона гриппа находятся на 14–й (или больше) неделе беременности. Обосновывается это тем, что в первом триместре есть риск самопроизвольного прерывания беременности и выкидыш после вакцинации может

быть неправильно истолкован. Однако, беременные женщины, которые попадают в группу риска по заражению ОРВИ, должны быть провакцинированы перед началом эпидемии независимо от срока беременности.

Безопасность инактивированной вакцины против гриппа была доказана при вакцинации беременных на разных сроках гестации. По результатам исследования при введении в течение 7 лет 2291 дозы инактивированной вакцины против гриппа беременным пациенткам не наблюдалось никакого существенного увеличения неблагоприятных реакций среди матерей или младенцев. Проведенные исследования напряженности поствакцинального иммунитета при заборе крови беременных показывают, что иммунный ответ на введение противогриппозных 72 вакцин у беременных не снижен и аналогичен таковому у небеременных женщин. Материнская иммунизация инактивированной трехвалентной противогриппозной вакциной существенно снижает материнскую, эмбриональную и младенческую заболеваемость и смертность, связанную с инфекцией гриппа.

Вакцины типа Гриппол и Гриппол плюс вызывают формирование высокого специфического иммунитета против гриппа. Защитный эффект после вакцинации, как правило, наступает через 8–12 дней и сохраняется до 12 месяцев. Защитные титры антител к вирусам гриппа после вакцинации лиц разного возраста определяются у 75–92% вакцинированных.

Послеконтактная фармацевтическая профилактика показана беременным, имевшими контакт с каким-либо лицом с гриппоподобными проявлениями по назначению врача:

- Арбидол - по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней.

- Интерферон альфа-2b:

- Гриппферон - интраназально по 3 капли в каждый носовой ход 5–6 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная - 15000–18000 МЕ) в течение 2 недель (разрешен к применению в течение всего периода беременности).

- Виферон - в суппозиториях по 150000МЕ 2 раза в день (суточная доза 300000МЕ) в течение 5 суток.

Подводя итог, нужно отметить, роль среднего медицинского персонала в профилактике сезонных респираторных заболеваний. Медицинские сестры, акушерки должны проводить санитарно-просветительскую работу с населением по профилактике ОРВИ, активно привлекая для вакцинации окружение беременных. Так же крайне важно информировать пациентов о необходимости вакцинации на этапе планирования беременности.

Список литературы:

1. Методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике гриппа у беременных под редакцией академика РАН, профессора О.И. Киселева Санкт–Петербург 2014 г.

2. Клинический протокол лечения женщин с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в период беременности, а также в течение 42 дней после ее завершения, находящихся на лечении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, Москва 2021 г.

3. Клинические рекомендации Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых, 2021 г.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

2. Чистополь, ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»

В обеспечении и поддержании здоровья индивида наиболее важную роль играет придерживание здоровому образу жизни — ЗОЖ (50%). В числе других факторов, определяющих здоровье человека, числятся также экологическая ситуация (20%), качество работы системы здравоохранения страны (8%) и наследственность (20%).

Проблема здорового способа ведения жизни уже давно выходит за пределы границ одного государства и сейчас является глобальной проблемой. Сдерживающими факторами на пути к качественным изменениям образа жизни сейчас являются:

- возрастание степени нагрузки и ответственности на человека. Напряженные условия труда, боязнь потерять работу, финансовые накопления или жилье, не завершить образование, страх перед потерей близких – все это крайне негативно сказывается на нашем здоровье,
- увеличение числа стрессовых ситуаций, в которые мы попадаем в повседневной жизни,
- изменения в экологической обстановке (транспорт, мобильные устройства, кондиционеры и др. облегчают нашу жизнь, но вместе с тем серьезно ухудшают экологию),
- сложности с адаптацией в общество ввиду социального неравенства,
- поголовная зависимость от телевизоров и компьютеров снижает нашу физическую активность, ввергает в новые стрессы,
- пренебрежение здоровым питанием.

Формировать приверженность к ЗОЖ в настоящее время – достаточно трудная задача.

Термин «здоровый образ жизни» был унаследован нами от советского здравоохранения и сейчас трактуется россиянами почти по-европейски широко: для 75% россиян здоровый образ жизни – это отказ от курения, 64,9% считают, что это рациональное питание, а 62% – занятия спортом. 56,4% россиян, отвечая на вопрос о здоровом образе жизни, выбрали «оптимизм и позитивный настрой», 58,4% россиян отмечают достаточное количество сна залогом хорошего здоровья [1].

Ю. П. Лисицын выделяет в образе жизни три категории: уровень жизни, качество жизни и стиль жизни. Уровень жизни – это степень удовлетворения материальных, культурных, духовных потребностей (в основном экономическая категория). Качество жизни характеризует комфорт в удовлетворении человеческих потребностей (преимущественно социологическая категория). И, наконец, стиль жизни – поведенческая особенность жизни человека, то есть определенный стандарт, под который подстраивается психология и психофизиология личности (социально-психологическая категория).

Влияние на формирование приверженности к здоровому образу жизни человека в социуме на человека оказывается по трём уровням:

Первый уровень – социальный - пропаганда занятием спортом с помощью средств массовой информации.

Второй уровень - инфраструктурный: конкретные условия в основных сферах жизнедеятельности (наличие свободного времени, материальных средств), профилактические учреждения, экологический контроль.

Третий уровень - личностный: система ценностных ориентиров человека, стандартизация бытового уклада. У каждого из нас есть идеал, к которому надо стремиться, на кого хотим быть похожими. А, следовательно, наличие личностного примера является хорошим мотиватором для работы над собой.

Дыхательная система – один из самых важных «механизмов» нашего организма. Она не только наполняет организм кислородом, участвуя в процессе дыхания и газообмена, но

и выполняет целый ряд функций: терморегуляция, голосообразование, обоняние, увлажнение воздуха, синтез гормонов, защита от факторов внешней среды и т.д.

При этом органы дыхательной системы, пожалуй, чаще остальных сталкиваются с различными заболеваниями.

Заболевания органов дыхательной системы делятся на четыре типа:

1. Инфекционные – их вызывают вирусы, бактерии, грибы, которые попадают в организм и вызывают воспалительные заболевания органов дыхания. Например, бронхит, пневмонию, ангину и т.д.

2. Аллергические – появляются из-за пыльцы, пищевых и бытовых частиц, которые провоцируют бурную реакцию организма на некоторые аллергены, и способствуют развитию заболеваний органов дыхания. Например, бронхиальной астмы.

3. Аутоиммунные заболевания органов дыхательной системы возникают, когда в организме происходит сбой, и он начинает вырабатывать вещества, направленные против собственных клеток. Пример такого воздействия – идиопатический гемосидероз легких.

4. Наследственные – человек предрасположен к развитию некоторых заболеваний на генном уровне.

Факторы риска заболеваний бронхолегочной системы можно разделить на две разновидности в соответствии с эффективностью их устранения:

А. Немодифицируемые (неустраняемые) – это генетическая информация, которая нам передаётся по наследству. Некоторые заболевания дыхательной системы обусловлены наследственным фактором. К таким болезням относится, например, бронхиальная астма.

Б. Модифицируемые (устраняемые) – это те факторы, на которые мы можем повлиять. Главный из них – курение, которое провоцирует развитие хронической обструктивной болезни лёгких, бронхиальной астмы, онкологии и т.д. Из-за снижения защиты слизистой бронхов «курильщики» чаще болеют инфекциями. Также на сегодня очень распространены проблемы с весом, гиподинамия, стрессы и неправильная реакция на них. Еще к этой группе можно отнести: воздействие аллергенов, воздействие профессиональных вредностей (пыль, пары кислот, щелочей и др.), загрязнение воздуха (пыль, дым, смог, волокна, чистящие средства, микрочастицы различных материалов), ослабление иммунитета. К факторам риска также относятся бактериальные и вирусные инфекции.

Чтобы иметь здоровые легкие, нужно исключить из окружения устраняемые факторы риска, а при наличии неустраняемых соблюдать предельную осторожность. И уделять достаточно внимания своему здоровью:

- заниматься спортом, гимнастикой, совершать пешие прогулки;
- пользоваться принципами здорового питания: щадящие способы готовки, низкоуглеводное меню, минимум канцерогенов, маринадов и копчений;
- отказаться от вредных привычек, особенно от курения;
- соблюдать режим сна и отдыха: спать не менее 7-9 ч., ложиться не позже 22.00;
- минимизировать использование бытовой химии, косметики, веществ с сильными запахами;
- соблюдать личную гигиену и меры профилактики при контакте с инфицированными людьми.

Как мы видим, большинство рекомендаций по профилактике заболеваний бронхолегочной системы являются компонентами ЗОЖ.

С целью выявления необходимости формирования приверженности населения города Чистополь здоровому образу жизни как средству профилактики заболеваний бронхолегочной системы нами проведено анкетирование на базе городской поликлиники ГАУЗ «Чистопольская ЦРБ» с 13.02.23 г. по 20.03.23 г. по специально разработанной анкете. В опросе участвовало 170 респондентов. Принимали участие люди обоих полов, различного возраста, проходивших обследование, лечение или диспансеризацию в поликлинике.

Более половины респондентов оценили свое здоровье как «удовлетворительное» - 62 %.

Респонденты довольно часто болеют (54 %), при этом респонденты следят за своим здоровьем – проходят обследование 2-3 раза в год (36 %) и проходят ежегодный медицинский осмотр (24 %).

28 % респондентов страдают хроническими заболеваниями, а у 27 % хронические заболевания в последнее время обострились, что опять-таки является негативным фактором для качества и продолжительности жизни респондентов.

20 % респондентов не употребляют алкогольные, 48 % респондентов курят, при этом выкуривают более 1 пачки в день. Употребление наркотических и токсических веществ респонденты отрицали.

Подавляющее большинство респондентов подвергают себя непосильным нагрузкам, вследствие чего сильно утомляются – 80 %.

42 % респондентов подвержены стрессу время от времени. Среди причин, вызывающих у респондентов стресс, наиболее были отмечены такие, как: финансовые трудности – 78 %, проблемы в семье – 66 %.

Мы можем предполагать, что проблемы с какими-либо из внутренних органов связаны с элементарным нарушением режима дня, т.к. не соблюдают режим дня более половины респондентов – 57%, 15 % редко и 13 % иногда.

К сожалению, респондентами не уделяется должного внимания правильному режиму питания: 74 % не придерживаются режима питания, 10 % имеют погрешности в питании.

Немного лучше, чем с питанием обстоят дела с зарядкой: большая часть респондентов делает ее регулярно или периодически – 43 %, 20 % выполняют зарядку ежедневно.

49 % не занимаются спортом.

Согласно данным анкетирования, респонденты относят к понятию «здоровый образ жизни» следующее: регулярное посещение врача с целью профилактики – 94%, умение справляться со своими эмоциями, гармония с собой – 45 %, широкий круг интересов, богатая духовная жизнь, наличие хобби - 30 %, доброжелательные отношения с другими людьми – 17 %.

48 % респондентов считают необходимым придерживаться принципов здорового образа жизни, при этом 26 % респондентов эта проблема не волнует.

Среди причин, мешающих респондентам придерживаться принципов здорового образа жизни были следующие: трудности материального плана испытывают 94 %, 82 % указали на недостаток времени, 53 % отметили отсутствие у них необходимого упорства, воли, настойчивости.

Результаты анкетирования показали, что для большинства респондентов характерно реальное противоречие между достаточной информированностью о здоровом образе жизни и разительном несоответствии практики их бытия, весьма далекой от валеологических рекомендаций.

Фельдшера путем пропаганды и обучения населения здоровым привычкам (здоровьесберегающим технологиям), могут пытаться скорректировать образ и стереотипы жизни отдельных лиц или же определенных групп населения. Основная задача при этом – информирование и обучение определенным навыкам поведения; цель – повышение ответственности индивидуума за собственное здоровье и изменение мотивации поведения.

В завершении анкетирования, а также с целью начала работы по формированию приверженности населения г.Чистополь здоровому образу жизни как средству профилактики заболеваний бронхолегочной системы, респондентам был задан вопрос «Считаете ли Вы необходимым для себя пройти обучение в «Школе ЗОЖ»? Чуть более половины респондентов желали бы пройти обучение в Школе – 52%.

Чтобы эффективно реализовывать ЗОЖ, крайне важно принимать в расчет такие отличительные характеристики, как возраст, пол, социальная принадлежность, семейное положение и семейные традиции, отличия в условиях жизни и труда, степень материальной заинтересованности, личностную мотивацию и т. д. Поэтому при построении общего плана для ведения ЗОЖ мы не забывали корректировать его при необходимости, подстраиваясь под физиологические или психологические особенности того или иного человека.

Активная часть занятий направлена на развитие у пациентов умений и навыков, которые необходимы в повседневной жизни для наиболее эффективного сохранения здоровья.

Занятия проводились на базе поликлиники ГАУЗ «Чистопольская ЦРБ», полный цикл состоял из 7 занятий по 40 минут, посещали занятия 12 человек. Тематика занятий такова:

Занятие 1. Что надо знать о ЗОЖ.

Занятие 2. Здоровое питание.

Занятие 3. Избыточная масса тела.

Занятие 4. Физическая активность и здоровье.

Занятие 5. Курение и здоровье.

Занятие 6. Стресс и здоровье.

Занятие 7. Заключительное занятие.

После цикла занятий респондентам было предложено дать оценку работы Школы в соответствии с их личным мнением или отношением, по пятибалльной системе: от 1 (низшая оценка) до 5 (высшая оценка).

Оценка качества обучения в Школе респондентами отражена на рисунке 1: полностью удовлетворены деятельностью Школы и оценили ее работу на «отлично» 51 % респондентов. Оценка «хорошо» выставлена 33 % респондентов. Тем не менее, 16 % респондентов оценили работу Школы на «удовлетворительно» и «неудовлетворительно» (по 8 %).

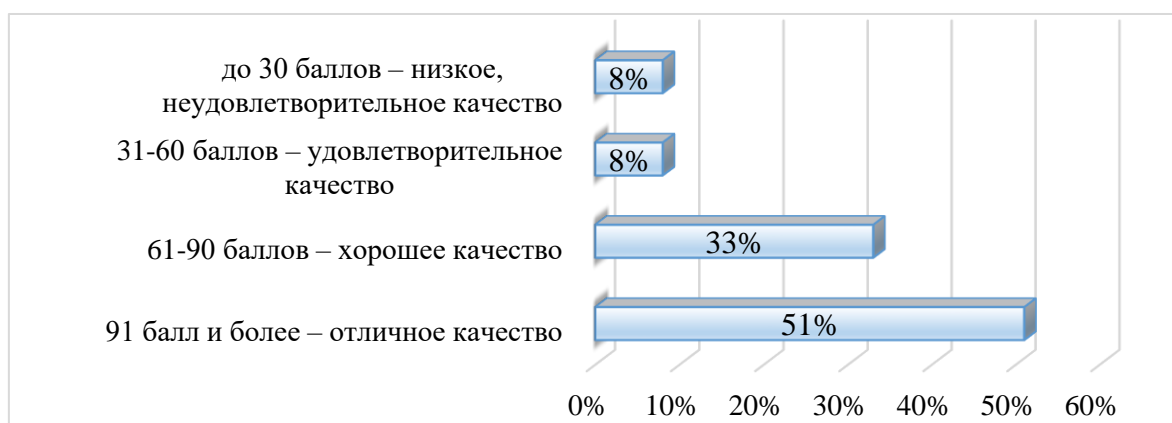


Рисунок 1 - Оценка качества обучения в Школе респондентами

При выявлении степени изменения отношения респондентов к аспектам ЗОЖ мы получили следующие результаты (Рисунок 2).



Рисунок 2 - Степень изменения отношения респондентов к аспектам ЗОЖ после обучения в Школе

Таким образом, мы видим проявление доверия фельдшеру, как источнику пропаганды по формированию здорового образа жизни населения как средству профилактики заболеваний бронхолегочной системы, а также изменения отношения респондентов к аспектам ЗОЖ после обучения в Школе в положительную сторону, что свидетельствует о формировании у них приверженности ЗОЖ.

В заключение отметим, здоровье - неоценимое счастье в жизни каждого человека и человеческого общества. Каждому из нас присуще быть сильным и здоровым, сохранить как можно больше подвижность, энергию и достичь долголетия. Здоровье человека - это главная ценность жизни. Его не купишь ни за какие деньги, его надо сохранять, оберегать и улучшать смолоду, с первых дней жизни ребенка. Цель жизненной позиции человека - быть не только самому здоровым, но и иметь здоровых детей, внуков и правнуков.

Здоровый образ жизни – образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья и важная роль в формировании приверженности здоровому образу жизни отводится фельдшеру – пропаганда ЗОЖ: проведение занятий в школах здоровья, проведение бесед, подготовка рекомендаций, памяток, буклетов и другого информационного материала.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023),
Статья 30
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/04036a652817a9f684c80a33c7a5c4e2b87f6900/?ysclid=lpu7b1es29372344296 (Дата обращения: 1.12.2023 г.)

2. Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.09.2015 № 683Н // Здравоохранение. – 2016 – № 1 – С. 95-114.

3. Айзман, Р. И. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие / Р. И. Айзман, В. Б. Рубанович, М. А. Суботялов. – 3-е издание, стереотипное. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2017 – 214 с.

4. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий: учебное пособие / С. И. Двойников, Ю. А. Тарасова, И. А. Фомушкина, Э. О. Костюкова; под ред. С. И. Двойникова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480 с.
5. Закоркина, Н. А. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие / Н. А. Закоркина. – Омск: Издательство ОмГПУ, 2019 –146 с.
6. Лечение пациентов терапевтического профиля: учебник / В. М. Нечаев, Л. С. Фролькис, Л. Ю. Игнатюк [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 880 с.
7. Основы профилактики: пособие / Т.Ю. Быковская и др.; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина. – Ростов н/Дону: Феникс, 2020. – 219с.
8. Основы профилактической деятельности: учебник / Н.Г. Петрова и др.; под ред. А.А. Боровикова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2020. – 286с.
9. Таранова Екатерина, статья «Мода на здоровый образ жизни – когда она придет в Россию» [Электронный ресурс]: <http://shkolazhizni.ru/archive/0/n-61848>. (Дата обращения: 09.02.2022).
10. Тюлькина, О. Основные принципы ЗОЖ / О. Тюлькина. – Текст: непосредственный // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2020 – № 1 – С. 33.

ЗДОРОВО ДЫШАТЬ

*Студенты Айметдинова Альбина,
Хасанова Лилия
Научный руководитель преподаватель Бачевская М. Л.
г. Ульяновск, ОГБПОУ УМК*

Если нельзя вырастить ребенка, чтобы он совсем не болел, то, во всяком случае, поддерживать у него высокий уровень здоровья вполне возможно.

Академик Н.М. Амосов

Заболевания органов дыхания у детей — это уже неотъемлемая часть жизни каждой семьи. Здоровье каждого ребенка является важнейшим показателем, который отражает взаимодействие детского населения и социальной среды обитания. Заболевания органов дыхания занимают одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости у детей. Основная доля патологии – это острые вирусные инфекции, бронхиты и пневмония.

Окончательное формирование дыхательной системы происходит только в период полового созревания, у детей до 15 лет в функционировании и строении органов дыхания есть некоторые особенности. Малыши имеют небольшую глубину дыхания и чаще производят вдох-выдох, при этом у них не до конца развиты мышцы дыхания. У младенцев дыхание неустойчивое за счет слабой воздушности легких и повышенной плотности легочной ткани. Дети до 4-х летнего возраста обладают суженными носовыми ходами, к тому же у них часто происходит разрастание лимфоидной ткани в носоглотке.

Поэтому незрелость дыхательной системы ребенка служит основой высокой заболеваемости этих органов. Болезни дыхания у детей часто переходят в хроническую форму, значительно ухудшая не только качество их жизни, но и перспективы нормального роста организма.

Для предотвращения застойных явлений в легких, появления ателектазов и других осложнений детям с заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей, даже в острый период, показаны аппаратные ингаляции при помощи небулайзера.

При любых заболеваниях органов дыхания ингаляционная терапия наиболее логична, так как лекарственный препарат в виде аэрозоля непосредственно направляется к тому месту, где он должен действовать, – в дыхательные пути. Тем более, такой вид лечения

можно использовать с самого раннего возраста, при любом физическом состоянии больного и независимо от тяжести заболевания, в связи с отсутствием необходимости синхронизировать вдох с потоком аэрозоля (не требует совершения форсированных дыхательных маневров).

Другие пути введения лекарственных веществ, используемых в этих случаях, менее рациональны:

- во-первых, прежде чем достигнуть органов дыхания, препарат должен быть абсорбирован из желудочно-кишечного тракта и попасть в системный кровоток;
- во-вторых, во время прохождения через печень препарат подвергается активному метаболизму;
- в-третьих, к месту своего действия препарат поступает через трахеобронхиальный кровоток, который составляет лишь около 1% от сердечного выброса.

Кроме того, при многих респираторных заболеваниях, например при обструкции верхних (круп) и нижних (бронхиальная астма, обструктивный бронхит) дыхательных путей доказано более быстрое начало действия препарата, чем при системном его введении. Очевидно также, что при ингаляции лекарственных препаратов отмечается меньший риск развития побочных эффектов.

При заболеваниях верхних дыхательных путей необходимо восстановить носовое дыхание. Правильное носовое дыхание способствует тренировке дыхательной мускулатуры, улучшает местное кровообращение, препятствует разрастанию аденоидных вегетаций, предохраняет от переохлаждения, сухости и инфицирования слизистой оболочки носа, рефлекторно помогает регуляции мозгового кровообращения.

При ритмичном с полным выдохом носовом дыхании лучше расслабляется гладкая мускулатура бронхов.

Существуют различные дыхательные упражнения для детей. В России наиболее популярной и действенной считается дыхательная гимнастика А.Н.Стрельниковой.

Дыхательная гимнастика — популярная методика, которая активно используется в детских садах, школах и медицинских учреждениях в терапевтических и профилактических целях. Дыхательную гимнастику отличает парадоксальность сочетания фаз дыхания и движений тела. Обычно физическое усилие совершается на выдохе, а в системе Стрельниковой — наоборот, каждому движению рук, ног, головы, мышц брюшного пресса, плечевого пояса и таза соответствует резкий и короткий вдох носом.

Базовый комплекс гимнастики Стрельниковой включает 12 дыхательных упражнений. Исходное положение для всех упражнений — стойка с прямой спиной

Например, упражнения:

«ЛАДОШКИ»

Опустите руки, чтобы они свободно лежали вдоль туловища, затем согните их так, чтобы локти «смотрели» вниз, а кисти рук были обращены на себя. В таком положении делайте короткие шумные вдохи, на каждом сжимая кулачки. Одна серия включает 8 вдохов, за ней следует пауза 3–5 секунд и повторение серии вдохов.

«ПОГОНЧИКИ»

Согните руки в локтях, кисти сожмите в кулаки и расположите на уровне талии. На вдохе резко выпрямите руки, одновременно разжав кулаки и растопырив пальцы. В этот момент вы ощутите напряжение в мышцах предплечья, кистей и плеч. На выдохе снова согните руки и сожмите ладони в кулак. Серия коротких вдохов — 8 повторов. Пауза 3–5 секунд, затем повторение серии вдохов.

«НАСОС»

При этом упражнении нужно делать легкие поклоны, одновременно выполняя шумные и короткие вдохи. Поклоны должны быть не глубокими — наклон вперед до пояса будет в самый раз. Не старайтесь держать спину и голову прямо. При каждом поклоне спина должна округляться, а голова опускаться — такие движения напоминают накачивание шины насосом.

Для начала ребенку достаточно освоить эти три упражнения респираторной гимнастики Стрельниковой, затем можно добавлять по одному новому.

Но в возрасте 4-7 лет детям трудно усидеть на одном месте, сложно сконцентрировать внимание в процессе выполнения упражнений. Именно поэтому создали систему, которая позволяет ребенку выполнять дыхательные упражнения в процессе игры.

Была придумана игровая система под названием «Дыши-Играй», при использовании которой ребенок при помощи дыхания управляет ходом игры, отображаемой на экране монитора. В состав комплекса входит прибор – спирограф – и специальная компьютерная программа. Одна из игр, входящих в комплекс, позволяет ребенку выработать определенный темп дыхания: его глубину и частоту. Спирограф регистрирует дыхание, а с его помощью регулируется интенсивность работы горелки воздушного шара, который передвигается по игровому полю на экране монитора. При этом прибор реагирует только на правильное, глубокое, полноценное дыхание. Был разработан алгоритм, спроектирован компактный прототип спирографа с двумя типами датчиков – индуктивным, измеряющим скорость потока воздуха, и термо-резистивным, фиксирующим температуру вдыхаемого воздуха, – который затем был распечатан на 3D-принтере.

Вторая игра была создана для анализа и тренировки максимальной скорости выдоха ребенка. В этой игре ребенку предлагается попасть во вражеский корабль пушечными ядрами, дальность полета которых зависит от того, насколько сильно он выдыхает [5].

Такая игровая система может быть успешно использована в физиотерапевтических отделениях детских стационаров и поликлиник.

Упражнения на дыхание способствуют профилактике простудных заболеваний и бронхитов, восстановлению после воспаления легких и укреплению иммунитета ребенка. Развитие дыхательной системы повышает выносливость организма во время физической активности и улучшает работу мозга.

При регулярном проведении занятий объем легких увеличивается и укрепляется дыхательная мускулатура. Упражнения на дыхание насыщают клетки мозга ребенка кислородом — это помогает ему лучше запоминать информацию и активнее участвовать в учебном процессе.

Регулярные упражнения для детей полезны не только как общеоздоровительное средство, но и как одно из условий формирования правильной, красивой речи.

Участие медицинской сестры в лечении и укреплении органов дыхания у детей заключается не только в правильном выполнении назначений врача, проведении лечебно-диагностических мероприятий и ухода, но и в профилактической деятельности.

Медицинская сестра должна умело и грамотно работать с родителями: знакомить их с современными методами лечения, восстановления и профилактики заболеваний органов дыхания у детей, проводить дыхательную гимнастику с детьми по назначению врача-педиатра и пульмонолога в стационаре, детском саду и в школе, тем самым, укреплять здоровье ребенка.

Список литературы:

1. Дыхательная гимнастика : метод. рекомендации / Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина ; сост.: Т. А. Самойлюк, Т. С. Демчук. – Брест: БрГУ, 2018. – 30 с.
2. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство. / В.К. Таточенко 7-е изд., перераб. и доп. – Москва: Изд-во Боргес, 2019. – 300 с
3. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://rdk.b.ru/files/file2019>
4. <http://www.virusbol.ru>
5. <https://www.vsu.ru/ru/news/feed/2016/01/6580>
6. <https://www.tyzine.ru/detskiy-nasmork/dyhatelnaja-gimnastika-dlja-detej>

ЗНАЧИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ РАКА ЛЕГКОГО

*Студенты Семериков Илья, Лашова Ульяна
научный руководитель преподаватель Тестянова Я.Е.
г. Нижний Новгород, ГБПОУ НО НМК*

Заболевания, связанные с раковыми опухолями, занимают в современном мире первое место, в структуре онкологической заболеваемости, рак – одна из главных причин смертности пациентов от злокачественных новообразований у мужчин и женщин среднего возраста. Каждый год от рака легкого погибают более 60 тысяч человек, что составляет более 20% всех умерших людей от раковых опухолей. В организации смерти мужчин и женщин на долю рака легкого приходится более 31%. Несмотря на огромные научные и врачебные усилия, этиология рака легкого, как и других злокачественных опухолей, не очень понятна, но несомненна существенная роль в развитии этого вида патологии экзогенных причин.

Существуют различные факторы возникновения рака легкого, которые отражены на рисунке 1.



Рис. 1. Факторы возникновения рака легкого

Рак легкого – это одно из злокачественных опухолей, которая развивается из желез и слизистой оболочки легочной ткани и бронхов. Данное заболевание можно охарактеризовать следующими признаками:

- 1) температура субфебрильного типа (37-38°C);
- 2) утомляемость и упадок сил в начале дня;
- 3) появление наростов на коже и кожный зуд;
- 4) отечность и слабость мышц;
- 5) головокружение и нарушение координации движений (потеря чувствительности), может быть обморок и происходит нарушение центральной нервной системы.

У рака легкого выделяют определенные 4 стадии развития. Они представлены на рисунке 2.



I стадия – опухоль в размерах не превышает 3 см; находится в границах сегмента легкого или одном бронхе; отсутствуют метастазы; симптомы практически не заметны или вообще отсутствуют



II – опухоль около 6 см, расположена в границах сегмента легкого или бронха; единичные метастазы в отдельных лимфоузлах; симптомы более выражены, появляется кровавое откашливание, боль, слабость, потеря аппетита



III – опухоль более 6 см, внедряется в другие части легкого или соседние бронхи; метастазы имеют силу поражать средостенные лимфатические узлы; к уже присутствующим симптомам добавляются кровь в слизисто-гноющей мокроте и одышка



IV стадия рака легкого; при этой стадии рака легких опухоль метастазирует в другие органы; выживаемость организма на протяжении пяти лет составляет 1% при мелкоклеточном раке и от 2 до 15% при немелкоклеточном раке

Рис. 2. Стадии развития раковой опухоли легкого

Важно осознать, то, что не химиотерапия, не лучевая терапия, не различные манипуляции не смогут вылечить кардинально.

Целью общего ухода является создание максимально комфортных условий для пациента. Рентабельность общего ухода является важным психологическим, физическим и материальным фактором, влияющим на настроение больного, желание жить и бороться за свою жизнь, облегчает общение и взаимопонимание. Медицинская сестра или медицинский брат составляют плановую систему обслуживания с учетом желаний и поведенческих особенностей больного. Объемное количество за планируемыми манипуляциями в большинстве случаев договорено с тяжестью и трудностью обстоятельства больного, и его возможности к самостоятельному обслуживанию. Важно просить о помощи по уходу родственников, близких людей пациента. Медицинский персонал, могут обучить их общему способу по уходу за пациентом, доступно объясняя и показывая, что, когда и как нужно делать. Объясняет возможные последствия в ходе несоблюдения правил по общему уходу.

Также важно, чтобы средний медперсонал рассказывал пациентам о видах профилактики предупреждения раковых опухолей в легких:

Первичная - под ней понимают последовательность мероприятий, которые направлены на устранение заболевания с помощью искоренения причин его образования; это общие рекомендации, которые важно соблюдать всем людям, чтобы снизить риск возникновения онкологии. Первичная профилактика подразумевает в себе организацию питания и образа жизни.

Вторичная – это мероприятия, направленные на переход или сужение уже появившегося в организме патологического процесса появления злокачественной раковой опухоли. Вторичная задача состоит в том, чтобы устранить опухоль на ранней стадии развития.

Третичная – включает в себя меры профилактики, направленные на рецидив рака легких для тех, кто уже перенес это заболевание; они нужны, чтобы снизить риск метастазирования, а также появления других форм онкологии.

В группу риска входят следующие категории:

- работники предприятий, которые должны контактировать с канцерогенами и радиацией;
- жители больших населенных пунктов с загрязненным воздухом;

- курящие и злоупотребляющие алкоголем, жирной пищей;
- люди, подвергшиеся радиоактивному облучению;
- население старше 60 лет.

А если пациент не находится в группе риска, то необходимо:

- не нужно курить, старайтесь избегать компаний курящих людей;
- если вы уже курите, постарайтесь немедленно бросить, так как любом стаже курения отказ от него значительно снижает риск образования раковых клеток;
- укрепляйте иммунитет, вовремя проводите диагностику и профилактику инфекционных заболеваний, старайтесь не допускать появления хронических болезней;
- принимайте лекарства и витамины только по назначению врача;
- старайтесь питаться правильно, контролируйте ваш вес, ведите здоровый образ жизни и уделяйте умеренное количество времени для физической активности.

Тяжелое бремя болезни несут не только пациенты с онкологическим диагнозом, но и их близкие люди. Они выполняют функции опекунов, организуют уход и обеспечивают финансирование лечения. Медсестре принадлежит важная роль в жизни пациента и его родственников, она оказывает физическую и психологическую поддержку, выполняет целый ряд важных задач:

- осуществляет динамику наблюдения основного заболевания и сопутствующих патологий;
- проводит профилактику пролежней;
- производит забор биоматериалов для проведения онкоцитологических исследований;
- выполняет необходимые медицинские процедуры и манипуляции: делает уколы, ставит капельницы, обрабатывает раны и язвы, меняет повязки, предупреждает инфекционные осложнения, накладывает эластичные бинты при лимфатической недостаточности;
- помогает в достижении максимально возможного физического и психологического покоя, уменьшая действие раздражителей.

Список литературы:

1. Бейер П., Майерс Ю. Теория и практика сестринского дела в контексте здоровья взрослого человека /Под ред. С. В. Лапик. Пер. с англ. – М.: Медицина, 2001. – 232 с.
2. Грушко Я. М. Рак лёгкого и его профилактика. Вопросы онкологии/Я. М. Грушко. 2005, № 5, стр. 673.
3. Давыдов М. И., Полоцкий Б. Е. Рак легкого/М. И. Давыдов, Б. Е. Полоцкий. - М.: Радикс, 1994. 206 с.
4. Пожилой человек. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестер/Под ред. В. Н. Петрова. – М.: Диля, 2006. – 416 с.
5. Рябова С. И. Внутренние болезни /С. И. Рябова. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 879 с.

ОБУЧАЮЩАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*Студентка Чулкина Ольга
Научный руководитель Ланская Е.А.
г. Самара ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной»*

Пневмония является одной из самых актуальных проблем современной медицины и состоит из целого ряда эпидемиологических, клинических, фармакологических и, наконец, социальных аспектов.

Актуальность проблемы заболеваемости пневмонией сохраняется, несмотря на внедрение новых антимикробных препаратов, также как сохраняется высокий процент осложнений и летальность (до 9%) от пневмоний.

В России медицинский персонал активно участвует в конференциях по профилактике пневмонии. В лечебных учреждениях ежегодно проводятся обследования. Но, к сожалению, несмотря на такую работу, количество заболевших пневмонией остается одной из главных проблем в нашей стране.

Больные пневмонией в современных условиях могут лечиться амбулаторно. Но у многих из них низкий уровень знаний лечения заболевания. Осложнения можно предотвратить обучением грамотному приему лекарств и лечению немедикаментозными методами, которые пациент выполняет сам: правилам пользования ингалятором, постановке горчичников, фитотерапии и т.д. Все это входит в функциональные обязанности медицинской сестры, от действий которой в значительной степени зависит результат лечения.

Объект исследования: внебольничная пневмония

Предмет исследования: обучающая роль медицинской сестры при уходе за пациентом с внебольничной пневмонией

Цель работы: изучение обучающей роли медицинской сестры при уходе за пациентом с внебольничной пневмонией

Задачи работы:

- На основе анализа научной методической и специальной литературы раскрыть содержание понятий «пневмония», «самоуход».
- Изучить роль медицинской сестры при уходе за пациентом с внебольничной пневмонией.
- Выявить роль медицинской сестры в обучении самоуходу пациентов с внебольничной пневмонией.
- Проанализировать полученный материал и сделать выводы

Методы исследования: аналитический, математический, анкетирование.

Пневмония – острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно - альвеолы и интерстициальная ткань легких.

Факторы риска: переохлаждение, иммунодефицитные состояния, вредные привычки, производственные вредности, хронические болезни лёгких

Клинические проявления пневмонии

Долевая пневмония обычно начинается резко, нередко после охлаждения: больной испытывает потрясающий озноб; температура тела повышается до фебрильных цифр 39 – 40 °С, реже до 38 или 41 °С; боль при дыхании на стороне пораженного легкого усиливается при кашле, вначале сухом, затем влажном, с гнойной вязкой мокротой. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы лица гиперемированы и цианотичны. Дыхание учащенное, поверхностное, с раздуванием крыльев носа.

Очаговые пневмонии, бронхопневмонии возникают в результате осложнения острых или хронических воспалений верхних дыхательных путей и бронхов, у больных с застойными легкими, тяжелыми, истощающими организм болезнями, в послеоперационном периоде, в результате жировых эмболий при травмах, при тромбозах. Заболевание может начаться ознобом, но не столь выраженным, как при долевой пневмонии. Температура тела повышается до 38 – 38,5 °С, реже выше. Появляется и усиливается кашель, сухой, потом со слизисто-гнойной мокротой. Возможна боль в грудной клетке при кашле и на вдохе.

Способы лабораторной диагностики пневмонии:

- Лейкоцитоз и нейтрофилез (увеличение числа лейкоцитов и нейтрофилов) в клиническом анализе крови;

- Биохимические показатели: увеличение с-реактивного белка, повышение функциональных показателей печени (АлАт, АсАт);
- Выявление бактерий в мазках, окрашенных по Грамму, и высевание культуры возбудителя на питательной среде;
- Микробиологическое исследование образцов на средах культивирования;
- Серологическая диагностика хламидиоза, микоплазмоза, легионеллеза с использованием ИФА-методов;
- Выявление углекислого газа в артериальной крови;
- Бронхоскопические методы (браш-биопсия, бронхоальвеолярный лаваж) позволяют выявить пациентов с иммунным дефицитом. Они используются для диагностики атипичных бактерий.

Рентгеновская диагностика бронхолегочной патологии:

Рентгенография органов грудной клетки в боковой и прямой проекциях;

Компьютерная и магнитно-резонансная томография;

Ультразвуковое обследование плевральной полости – при подозрении на экссудативный плеврит (воспаление плевры с накоплением жидкости).

Лечение пневмонии

Лечить пневмонию необходимо комплексно, обязательно включая в курс прием антибактериальных и противовирусных препаратов, отхаркивающих и противокашлевых средств, применение различных физиотерапевтических процедур и народных методов лечения. Для лечения вирусной пневмонии применяются противовирусные препараты (анаферон, амизон, афлубин), а при бактериальной и атипичной форме в основном назначаются антибиотики (азитромицин, амоксиклав, цефтриаксон, амоксил).

Особенности сестринского ухода при внебольничной пневмонии и обучение пациента и его родственников основным принципам самоухода

1. Медицинская сестра обучает пациента соблюдению лечебно-охранительного режима

2. Медицинская сестра обучает пациента и его родственников соблюдению лечебной диеты при пневмонии

3. Медицинская сестра обучает пациента проведению ингаляций, проводит обучение пациентов использованию горчичников при пневмонии

4. Медсестра обучает пациента правилам приема лекарственных средств

5. Медицинская сестра обучает родственников пациента проведению лечебного массажа, обучение пациента правилам дыхательной гимнастики

6. Медицинская сестра обучает пациента правилам фитотерапии при пневмонии

Выявление обучающей функции медицинской сестры при внебольничной пневмонии

Целью проведенного исследования явилась оценка знаний пациентов в самоуходе при пневмонии г. Самара. Была разработана скрининговая анкета из 10 вопросов. Анкетирование прошли 31 человек. Большинство анкетированных составили рабочее население от 25 до 46 лет.

Результаты исследования

Обучение пациента лечебно-охранительному режиму

По результатам, проведенного, опроса было выяснено, что 60 % опрошенных получали информацию по лечебно-охранительному режиму в полной мере, 30% частично консультировались в данном вопросе и только 10% утверждают, что не проходили обучения

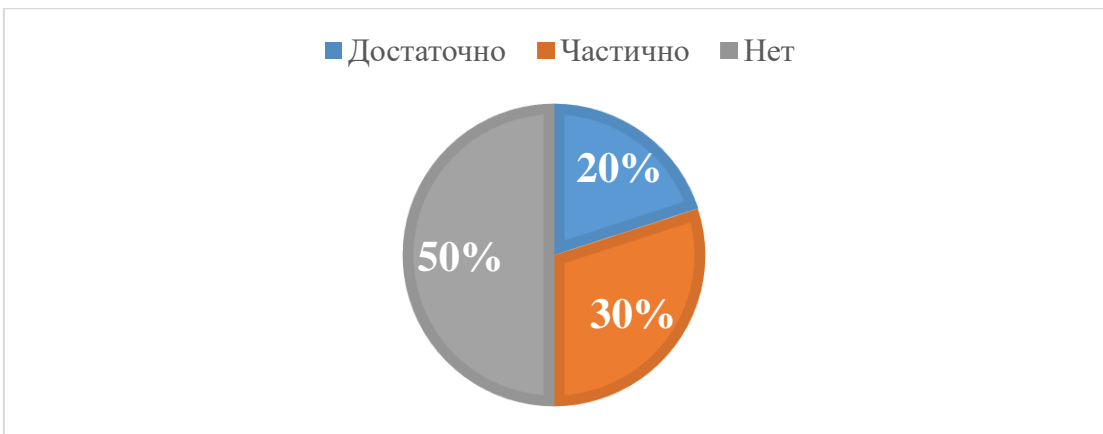


Диаграмма 1 - Обучение пациента лечебной диете

Исходя из результатов, проведенного, опроса было выяснено, что 70% опрошенного населения в полной мере познакомилась с правилами соблюдения лечебной диетой от медицинской сестры, 25% частично были ознакомлены, лишь 5% утверждают, что их не обучали

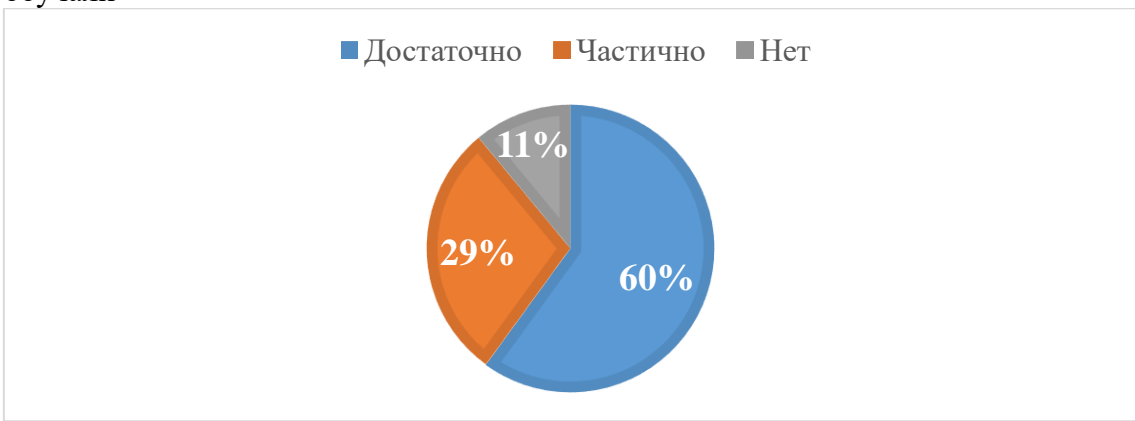


Диаграмма 2 - Обучение правилам сбора мокроты для лабораторных исследований

По результатам, проведенного, опроса были получены следующие данные: 60 % опрошенных были обучены правилам сбора мокроты на лабораторные исследования, 29% частично проходили обучение, 11% не консультировались в данном вопросе

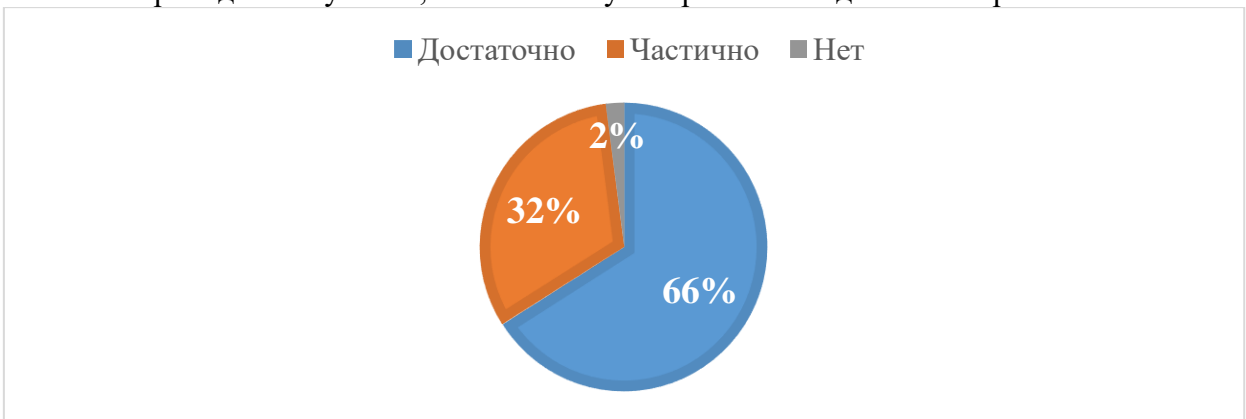


Диаграмма 3 - Обучение пациента проведению ингаляций

По результатам анкетирования были получены следующие данные: 66% опрошенного населения были полностью обучены правилам проведения тепловлажных ингаляций, 32% частично прошли обучение, 2% не консультировались в данном вопросе

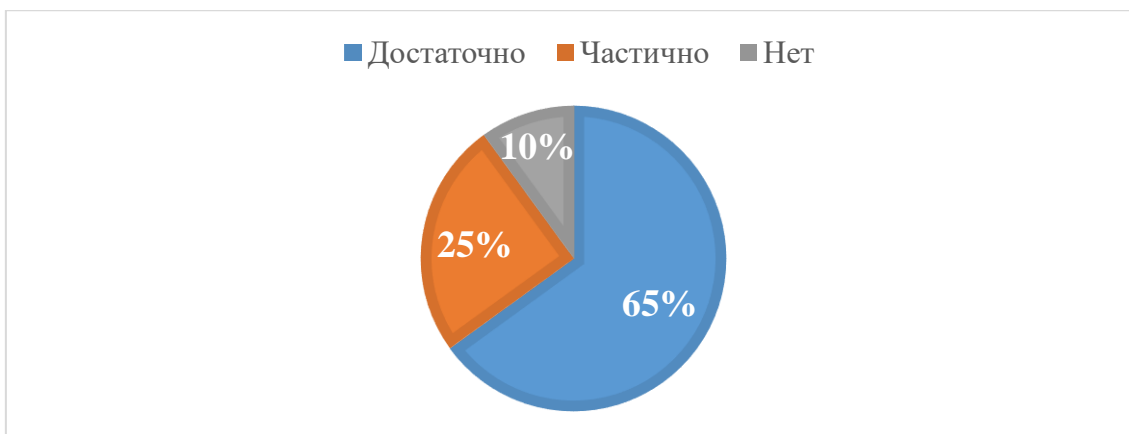


Диаграмма 4- Обучение пациентов се правилам использования небулайзера в домашних условиях

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод, что 65% анкетированных были достаточно обучены правилам использования небулайзера в домашних условиях, 25% частично проходили обучение в данном вопросе, 10% не обучались

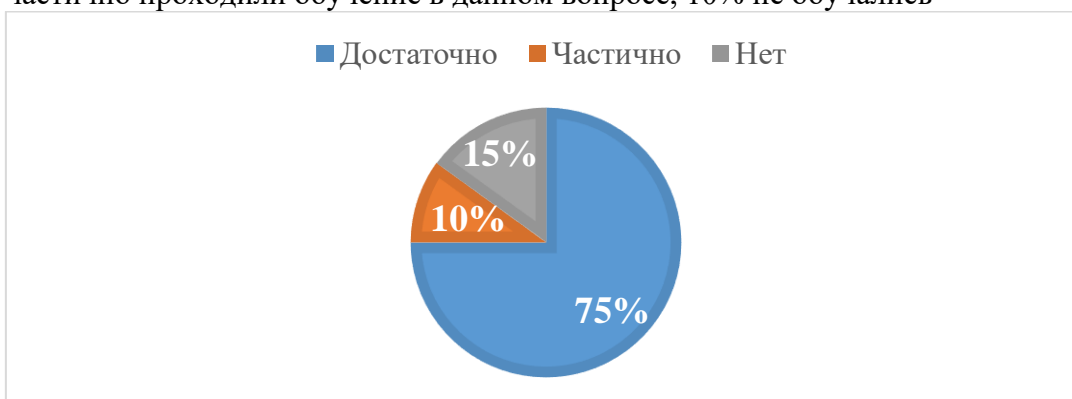


Диаграмма 5- Обучение использованию горчичников при пневмонии

По результатам, проведенного, исследования было выяснено, что 75% анкетированных в полной мере обучались использованию горчичников в домашних условиях для лечения пневмонии, 10% частично консультировались в данном вопросе, 15% не были обучены медицинской сестрой

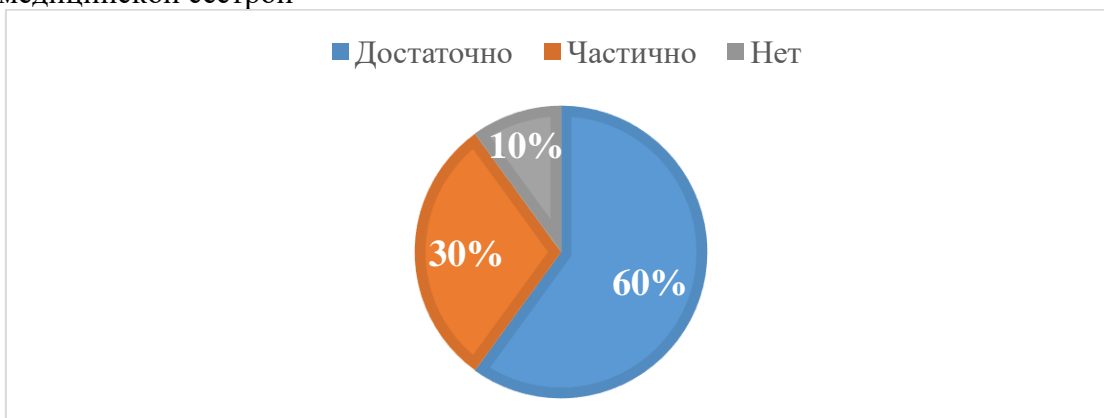


Диаграмма 6 - Обучение правилам приема антибактериальных средств

По результатам, проведенного, опроса было выяснено, что 60% опрошенного населения были достаточно инструктированы о правилах приема антибактериальных средств, 30% частично консультировались, 10% не инструктировались по данному вопросу.

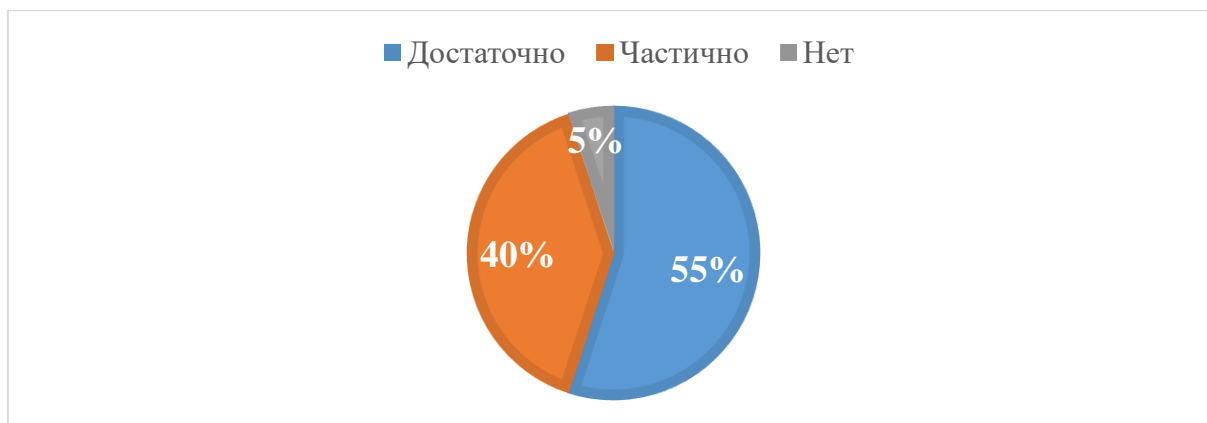


Диаграмма 7 - Обучение правилам приема отхаркивающих средств

По результатам анкетирования было выяснено, что 55% опрошенных были достаточно инструктированы о правилах приема отхаркивающих средств для лечения пневмонии, 40% опрошенного населения частично прошли консультацию, 5% не обучались

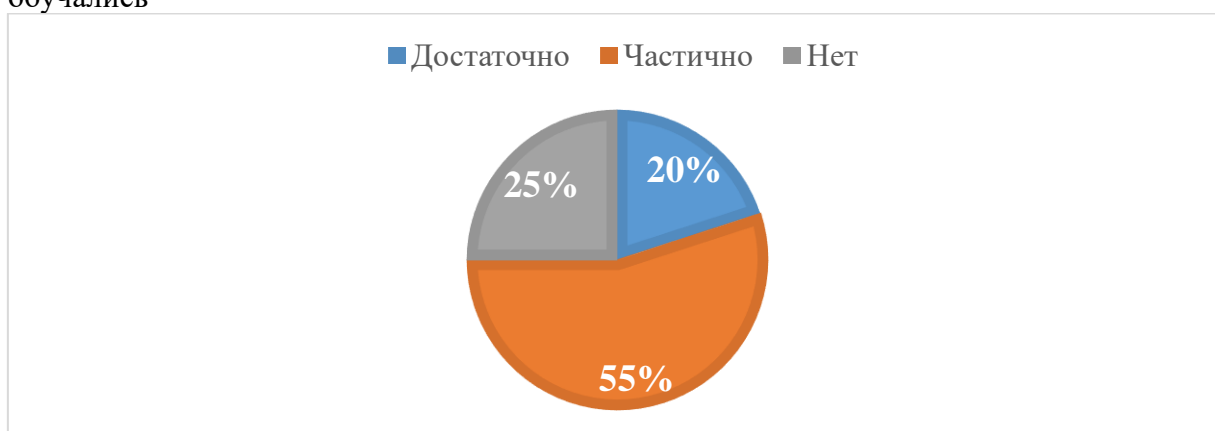


Диаграмма 8 - Обучение правилам приготовления и использования фитотерапии при пневмонии

Исходя из результатов анкеты, можно сделать вывод, что 67% анкетированных были достаточно инструктированы о правилах приготовления и использования фитотерапии в домашних условиях для лечения пневмонии, 23% частично проходили обучение, 10% не обучались

Заключение

Деятельность медицинских сестер должна начинаться с выявления факторов риска и знаний пациента о заболевании, обучении больного сущности диеты, лечебно-охранительного режима, подготовке к инструментальным и лабораторным методам исследования, правилам лечения горчичниками и небулайзером, проведению тепловлажных ингаляций, фитотерапии, грамотному выполнению медикаментозного лечения, правилам соблюдения кашлевой культуры,

Из практической части видно, что медицинские сестры в целом выполняют функциональные обязанности в полном объеме. В настоящее время работу медицинской сестры можно рассматривать как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического характера, целью которого является сохранение, укрепление и восстановление здоровья

Список литературы:

1. <http://ru.wikihow.com/>
2. <http://www.medinfo.ru/>
3. <https://ru.wikipedia.org>
4. <http://www.takzdorovo.ru/>
5. <http://rospotrebnadzor.ru/>

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С МОКРОТОЙ

Слушатель Зайцева Е.С.

Медицинская сестра палатная

ГБУЗ СО Самарский областной геронтологический центр

научный руководитель преподаватель Полянская И.Н.

г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной» отдел ДПО

Дыхательная система является жизненно важной системой человеческого организма.

Все его органы и системы создают единое целое. Дыхание – одна из важнейших функций организма и стоит на первом месте в пирамиде потребностей.

Основные функции органов дыхания - снабжение организма кислородом и выведение из него углекислого газа. Кроме того, органы дыхания участвуют в сложных метаболических процессах, инактивации и выработке биологически активных веществ, жирных кислот, липидов.

Наука, изучающая заболевания органов дыхания, называется пульмонологией.

Работа медицинской сестры с пульмонологическими больными заключается, главным образом, в наблюдении и уходе, которые осуществляются в двух направлениях:

1. Общие мероприятия, в которых нуждаются пациенты с любыми заболеваниями различных органов и систем: наблюдение за общим состоянием больного, мониторинг гемодинамических показателей, заполнение температурного листа, уход за кожными покровами и слизистыми оболочками, смена постельного и нательного белья, подача и вынос судна, кормление тяжелобольного пациента и многое другое.

2. Специальные мероприятия, направленные на помощь больным с симптомами, характерными для заболеваний органов дыхания - одышкой, кашлем, кровохарканьем, болью в грудной клетке и другими.

Медицинская сестра должна знать механизм развития кашля, его возможные причины, осложнения, характеристики и виды мокроты, уход за больным с мокротой; уметь распознать неотложные состояния.

Кашель – это реакция организма на любое раздражение дыхательных путей, мешающее проходимости воздуха. Раздражающими агентами могут быть мокрота, патогенная флора, инородные тела, пыль, опухоли. В ряде случаев кашель может быть сигналом наличия неотложных состояний.

Причины возникновения кашля:

- Воспалительные заболевания органов дыхания - ларингит, трахеит, бронхит, бронхолит, бронхиальная астма, пневмония, абсцесс лёгкого.

- Имунные реакции в ответ на поступление в организм аллергенов - пыльца растений, пылевые клещи, стиральные порошки и др.

- Заболевания сердечно- сосудистой системы с застоем крови в малом круге кровообращения - пороки сердца, ИБС, дилатационная кардиомиопатия.

- Механическое раздражение - нарушение проходимости бронхов вследствие сдавления их опухолью, инородным телом, пневмокониозы (группа профессиональных болезней лёгких, обусловленных длительным вдыханием производственной пыли).

- Химическое раздражение - табачный дым, экологически неблагоприятная

обстановка, боевые отравляющие вещества, бытовой газ.

- Термическое раздражение - вдыхание очень горячего или очень холодного воздуха.
- Ятрогенные факторы - развитие фиброза лёгких после химиотерапии и лучевой терапии, побочное действие препаратов, например, из группы ингибиторов АПФ.

- Рефлекторные факторы - рефлекс, не имеющий очевидного защитного характера: раздражение плевры, перикарда, раздражение рефлексогенных зон в области задненижней стенки наружного слухового прохода.

- Психогенные факторы.

Виды кашля:

- однократный;
- приступообразный (при бронхиальной астме, обструктивном бронхите, у курильщиков);

- конвульсивный - приступообразный кашель с быстро следующими друг за другом толчками, прерывающимся шумным вдохом, иногда сопровождающийся рвотой (при коклюше);

- спазматический - упорный сухой кашель, сопровождающийся спазмом гортани (при раздражении гортанного нерва, как правило, патологическим процессом в области средостения);

- острый (при острой вирусной или бактериальной инфекции);

- хронический (при хронических заболеваниях дыхательных путей, хронической сердечной недостаточности).

По характеру кашель может быть сухим (без отхождения мокроты) и влажным, или продуктивным (с отделением мокроты).

При сильном мучительном кашле возможно развитие осложнений: обморока, разрыва эмфизематозных участков лёгких с развитием пневмоторакса, патологических переломов рёбер при наличии миеломной болезни, остеопороза и метастатических новообразований в лёгких.

Мокротой (лат. *sputum*) называют выделяемый при отхаркивании патологически изменённый секрет слизистых оболочек трахеи, бронхов и лёгких с примесью слюны и секрета слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

Характеристики мокроты - количество, цвет, запах, консистенция (жидкая, густая, вязкая), включения (кровь, гной и другие примеси) - зависят от заболевания и наряду с результатами других лабораторных и инструментальных методов исследования имеют большое значение в диагностике заболеваний системы органов дыхания и других органов.

Суточное количество мокроты может колебаться от нескольких миллилитров при хроническом бронхите до 1-1,5 л при бронхоэктатической болезни, прорыве абсцесса лёгкого в бронх, гангрене лёгкого.

По характеру различают следующие виды мокроты.

- Слизистая мокрота - мокрота бесцветная, прозрачная, вязкая, практически не содержит клеточных элементов (при воспалительных процессах)

- Серозная мокрота - мокрота жидкая пенистая (при отёке лёгких).

- Гнойная мокрота - мокрота содержит гной (при прорыве абсцесса лёгкого в просвет бронха).

- Гнилостная мокрота - мокрота гнойная с гнилостным запахом (при бактериальной инфекции)

- Кровянистая мокрота - мокрота содержит примесь крови (при кровотечении из стенок дыхательных путей при раке лёгкого).

- «Ржавая» мокрота - мокрота кровянистая, содержит включения ржавого цвета, образующиеся в результате разложения гемоглобина (при пневмонии, туберкулёзе).

- Жемчужная мокрота - мокрота содержит округлые опалесцирующие включения, состоящие из атипичных клеток и детрита (продукта распада тканей) (при плоскоклеточном раке бронхов).

- Трёхслойная мокрота - мокрота обильная, гнойная, разделяющаяся при отстаивании на три слоя: верхний - сероватый пенистый, средний - водянистый прозрачный, нижний - грязного серо-зелёного цвета, содержащий гной и остатки некротизированных тканей (при гангрене лёгких).

Дренажное положение.

Постуральный дренаж - дренирование путём придания больному положения, при котором мокрота оттекает под действием силы тяжести.

Цель: облегчение отхождения мокроты при бронхитах, абсцессе лёгкого, бронхоэктатической болезни и т.д.

Задача медицинской сестры – помочь принять или придать больному дренажное положение.

Подготовка к процедуре: заполнить ёмкость для мокроты (плевательницу) дезинфицирующим раствором на треть её объёма и поставить плевательницу рядом с больным, чтобы ему легко было дотянуться до неё.

Вариант 1:

- Из исходного положения пациента на спине постепенно поворачивают вокруг оси его тела на 360°.

- Переворачивая пациента на 45°, каждый раз просят его сделать глубокий выдох и при появлении кашля дают ему возможность хорошо прокашляться.

- Процедуру необходимо повторить 3-6 раз.

Вариант 2:

- Просят больного встать на колени и наклониться вперёд (принять коленно-локтевое положение).

- Просят больного повторить наклон 6-8 раз, сделать паузу на 1 мин, затем опять повторить наклон 6-8 раз (всего не более 6 циклов).

- Следят, чтобы данную процедуру больной проводил 5-6 раз в день.

Вариант 3:

- Объясняют больному, что ему необходимо 6-8 раз поочерёдно (лёжа то на правом, то на левом боку) свешивать голову и руки с кровати (поза поиска тапочек под кроватью).

- Следят, чтобы данную процедуру пациент проводил 5-6 раз в день.

Вариант 4 (Положение по Квинке (Генрих Квинке, 1842-1922, немецкий терапевт) - положение больного лёжа в кровати с приподнятым ножным концом):

- Поднимают ножной конец кровати, на которой лежит больной, на 20-30 см выше уровня головного конца.

- Данную процедуру проводят несколько раз по 20-30 мин с перерывом по 10-15 мин.

По окончании процедуры постурального дренирования следует помочь больному принять удобное положение, провести дезинфекцию мокроты и плевательницы и сделать запись в истории болезни о выполнении процедуры и реакции на неё пациента.

Если ни в одном из дренажных положений мокрота не отходит, их применение неэффективно.

Для улучшения крово- и лимфообращения в области грудной клетки больным показан её массаж, а для улучшения вентиляции лёгких - дыхательная гимнастика. Эти разделы работы выполняет медицинская сестра.

Необходимо также проветривать помещение, в котором находится пациент, не менее 4 раз в сутки и поддерживать температуру воздуха в пределах 18-22 °С. Нужно следить за выполнением пациентом назначений врача. Больной должен быть обеспечен достаточным количеством жидкости во избежание образования камней в почках при приёме антибиотиков и сульфаниламидов.

Важным звеном в работе медицинской сестры является санитарно- просветительская работа и обучение кашлевому этикету и правилам сбора мокроты

Правила кашлевого этикета и обращения с мокротой:

- Не кашлять в непосредственной близости от здоровых людей.

- Не кашлять в ладонь.
- Прикрывать рот тыльной стороной руки или платком при кашле.
- Не сплёвывать мокроту на пол, так как, высыхая, она может превратиться в частицы пыли и заразить других.
- Собирать мокроту в специальную плевательницу с плотной крышкой, на дно которой должно быть налито небольшое количество дезинфицирующего средства.

В некоторых странах плевки в общественных местах считают административным правонарушением и наказываются штрафом.

Плевательницы необходимо ежедневно опорожнять, предварительно отметив количество мокроты за день в температурном листе и дезинфицировать их дезинфицирующим раствором. Мокроту больных туберкулёзом сжигают либо сливают в канализацию после предварительного обеззараживания в течение 2 ч сухой хлорной известью из расчёта 20 г на 1 л мокроты.

Следует обязательно проводить визуальный осмотр мокроты. При появлении в ней прожилок крови, что может свидетельствовать о неотложном состоянии (легочное кровотечение, травма), необходимо немедленно информировать врача.

В работе с пульмонологическим пациентом, как и с любым другим, медицинская сестра должна проявлять свои лучшие профессиональные качества.

Список литературы:

7. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (вместе с "СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы...") (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500)

8. Калмыкова, А. С. Основы сестринского дела: учебник / А. С. Калмыкова, О. К. Кулешова, Н. В. Зарытовская. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 256 с. – ISBN: 978-5-9704-5188-5

9. Лаптева, Е. С. Основные концепции сестринского ухода / Е. С. Лаптева, М. Р. Цуцунава. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 228 с. – ISBN: 978-5-9704-6266-9

10. Петров, В. Н. Сестринское дело в терапии / В. Н. Петров, В. А. Лапотников, В. Л. Эмануэль, Н. Г. Петрова. – М: Юрайт, 2019. – 476 с. – ISBN 978-5-534-07561-8

11. Малыхин, Ф.Т. Морфологические изменения органов дыхания при хронической обструктивной болезни легких / Ф.Т. Малыхин, И.В. Косторная // Архив патологии. - 2016. - Т.78, №1. - С. 42-50

12. Чучалин, А.Г. Кашель / А.Г. Чучалин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 160 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПНЕВМОНИЕЙ

*Студентка Аблапова Дарья
научный руководитель преподаватель Тестянова Я.Е.
г. Нижний Новгород, ГБПОУ НО НМК*

Наблюдается высокая распространенность пневмонии, которая среди заболеваний занимает позиции с 4 по 5 в рейтинге причин летальных исходов на глобальном уровне, после патологиями сердца и сосудов, онкологией, нарушениями мозгового кровообращения, а также хроническими обструктивными легочными болезнями. Статистика показывает, что пневмония поражает от 3 до 15 лиц из 1000 ежегодно. Причем, наблюдается усиление этих цифр в периоды гриппозных эпидемий.

Смертность, вызванная данным заболеванием, составляет примерно четверть всех клинических случаев. Доминирующую часть пациентов с пневмонией составляют мужчины, их доля, согласно многочисленным исследованиям, варьируется между 52 и 56%. В возрастной группе старше 60 лет, возрастает до 20- 44 случаев на 1000 лиц, а летальность в этой же демографической категории колеблется от 10 до 33%. Таким образом, данный проблемный комплекс обосновывает продолжающуюся актуальность противодействия и изучения пневмонии как патологии, представляющей серьезную опасность для общественного здравоохранения в целом.

Пневмония – острое воспалительное заболевание легочной ткани с преимущественным поражением респираторных отделов и обязательной внутриальвеолярной воспалительной экссудацией [2, с. 56].

Существует различная классификация пневмонии, которая представлена на рисунке 1.



Рис.1. классификация пневмонии

Первоочередной задачей при подозрении на развитие пневмонии является всесторонний сбор информации. При этом необходимо уделить внимание детальной оценке симптоматических жалоб больного, проанализировать условия его бытовой среды и социальный контекст. Консолидация данных о предшествующем заболевании, наличие контактов, способных спровоцировать заражение, а также профессиональная деятельность пациента, имеет ключевое значение для выявления возможных путей инфильтрации инфекционных агентов. В ходе диагностического процесса необходимо уточнить наличие факторов, потенциально способствующих проникновению и размножению специфических

патогенов, а также применять методы дифференциального диагностирования. Это позволит значительно обогатить информационную базу для прогноза возможных исходов заболевания.

Основными синдромами пневмонии являются:

- ✓ гипертермия, повышенная потливость, миалгии и артралгии, а также слабость и анорексия характерны для интоксикационного и лихорадочного синдромов, при этом в апогее температурной реакции нередко диагностируется эфемерная микропротеинурия;
- ✓ патогномичный для бронхитического синдрома, кашель может быть, как сухим, так и с мокротой. Пневмококковая инфекция часто сопровождается выделением «ржавой» мокроты, в то время как обильная и зловонная мокрота указывает на деструкцию легочных тканей. Специфическими для клебсиеллезной пневмонии являются выделения с запахом «пригорелого мяса»;
- ✓ болевой синдром, проявляющийся плевралгией, зачастую возникает при глубоком дыхании или во время кашля, добавляя дискомфорт для пациента и усложняя диагностику заболевания;
- ✓ локальное бронхиальное дыхание, звучные влажные хрипы или инспираторная крепитация, усиленная бронхофония или голосовое дрожание, а также притупление перкуторного звука над зоной поражения и рентгеновские очагово-инфильтративные изменения ткани легкого являются проявлениями синдрома инфильтрации легочной ткани. Аускультация данных изменений подтверждает диагноз;
- ✓ признаки активности воспалительного процесса включают в себя лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9/\text{л}$, метаболический сдвиг в левую часть лейкоцитарной формулы к юным нейтрофилам и миелоцитам, лейкопению $25 \cdot 10^9/\text{л}$, токсическую гранулярность нейтрофилов, повышенное СОЭ и уровни С-реактивного белка, фибриногена, серомукоида и сиаловых кислот.

Среди других проявлений заболевания могут быть:

- ✓ нарушения сознания, различающиеся от легкой спутанности до сопора;
- ✓ кожные патологии, включающие петехиальную сыпь, гематомы, герпетические высыпания, желтуху;
- ✓ сосудистые аномалии могут проявляться либо в форме тахи- или брадикардии, либо как нестабильность гемодинамики [2, с. 189].

При острых проявлениях пневмонии, которые включают в себя высокую температуру тела, ощущение общей интоксикации и выраженные аномалии в легочной ткани, установленные во время клинического осмотра и при помощи рентгена, проблем с диагностированием обычно не возникает. Однако, когда симптомы заболевания выражены слабо или имеют нетипичное течение, выявление пневмонии может существенно затянуться. В контексте диагностической процедуры медицинские специалисты используют обширный спектр исследований. Сюда включены:

- ✓ измерение АД;
- ✓ определение частоты пульса и его характеристик;
- ✓ рентгенологическое исследование сердца и органов грудной клетки;
- ✓ электрокардиография (ЭКГ);
- ✓ общий анализ мочи (ОАМ);
- ✓ общий анализ крови (ОАК);
- ✓ биохимический анализ крови;
- ✓ анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко;
- ✓ рентгеноскопия;
- ✓ рентгенография;
- ✓ флюорография;
- ✓ бронхоскопия;
- ✓ ультразвуковая диагностика легких;

- ✓ плевральная пункция;
- ✓ легочная вентиляция;
- ✓ исследование мокроты [1, с. 179].

Уход за пациентами с пневмонией требует внимательного наблюдения и тщательной поддержки их потребностей. Задачей медицинской сестры является создание таких условий, которые обеспечивают улучшение общего самочувствия пациента.

Медсестра принимает на себя и задачу информирования больного о важности соблюдения лечебных рекомендаций и возможности проявления побочных эффектов, трактуя медицинские данные легкодоступным языком

Комфортные условия для пациента:

- ✓ Путем регулярного проветривания помещения и увлажнённой уборки достигается поддержание необходимой гидратации и температуры воздуха, создаются благоприятные условия для скорейшего выздоровления и улучшения физического состояния.
- ✓ Изменение положения тела больного помогает предотвратить развитие декубитусов, что имеет особенное значение у старших по возрасту пациентов, отличающихся изменённой физиологией.
- ✓ Обеспечение психоэмоционального комфорта и минимизация стрессовых нагрузок стоят в одном ряду с физиологической поддержкой.
- ✓ Ежедневно, согласно медицинскому стандарту, выполняется контроль основных жизненных показателей больного: измерение температуры тела в случае лихорадки производится каждые два часа, а также мониторинг частоты сердечных сокращений, дыхательных процессов, частоты кашля, характером мокроты, цветом кожи и слизистых.
- ✓ Приподнимание изголовья кровати способствует эффективной профилактике застойных процессов в легких при острых формах пневмонии, улучшая возможности органов дыхания.
- ✓ Поддержание чистоты тела пациента способствует улучшению его общего самочувствия. Находясь в состоянии покоя, особенно когда пневмония вынуждает прилеживать койки, важно поддержание личной гигиены. Так, ежедневное обмывание 23 открытых участков тела превращается в приоритетный аспект профессиональных мероприятий, предотвращающий ухудшение физического и эмоционального состояния пациента.

Также осуществляются регуляризация употребления жидкости и питательных веществ. Пониженное желание к приему пищи стимулирует коррекцию лечебного процесса и влечет за собой назначение диеты ст. №15. Основной принцип питания — балансировка белков, жиров, углеводов, а также обогащение рациона минералами, витаминами и клетчаткой через включение в него овощей и фруктов. Влияние на состояние здоровья оказывают и протеиновые компоненты рациона животного происхождения: постные сорта мяса, рыбные продукты, нежирный творог и сыр. Кроме того, интенсивность потребления жидкости увеличивают до 2 литров в день, что оказывает поддержание гидратации в лихорадочный период.

Медицинская сестра выполняет назначения врача, контролирует применение пациентом предписанных лекарственных средств, следит за динамикой клинических проявлений заболевания. Завершающим этапом в реабилитации становятся физиопроцедуры, лечебная физкультура и массаж — вмешательства, направленные на восстановление функций организма после исчезновения признаков интоксикации, стабилизации температуры и уменьшения инфильтративных изменений в легких, что документально подтверждается рентгенологическими данными. Зависимые сестринские вмешательства включают:

- ✓ гарантирование употребления лекарственных средств;
- ✓ осуществление инфузий, вне зависимости от того, какова проблема;

- ✓ контроль над состоянием пациента после того как будут осуществлены инъекций и употреблены все лекарственные средства [3, с. 116].

Основной целью первичной профилактики является - не допустить развитие респираторных вирусных заражений. Это подразумевает комплекс несложных, но важных действий:

- ✓ соблюдать гигиену рук;
- ✓ необходимо вести здоровый образ жизни;
- ✓ необходимо здоровое полноценное питание с достаточным содержанием белков, микроэлементов и витаминов;
- ✓ до наступления холодов и подъема заболеваемости респираторными инфекциями следует сделать прививку против гриппа, поскольку пневмония часто является осложнением гриппа. Несмотря на то, что привитые люди тоже могут болеть пневмонией, заболевание у них протекает легче, чем у не привитых;
- ✓ существует также вакцина, от пневмококковой инфекции- возбудителя которой в большинстве случаев вызывает пневмонию;
- ✓ в холодное время года нужно одеваться по погоде, избегать переохлаждений, а в летнее – сквозняков.

Вторичная профилактика. Каждый пациент, предрасположенный к пневмонии или недавно перенёсший данное заболевание, должен быть вовлечен в второстепенные профилактические действия. Такие меры направлены на исключение повторного возникновения воспалительных процессов в лёгких, включающих в себя не только регулярные медицинские осмотры, но и комплекс реабилитационных процедур. Ключевые аспекты профилактики охватывают адаптогены и фармацевтические препараты, полезные для повышения иммунитета, а также физиологические упражнения, включая дыхательную гимнастику и массаж. Пациенты, пережившие пневмонию, подлежат диспансерному наблюдению на протяжении 6 месяцев до года [4, с. 69].

Для лиц с серьёзными осложнениями после пневмонии или превратившегося в хроническое заболевание, предусмотрена третичная профилактика. Она включает реабилитационные усилия, направленные на восстановление их обыденной активности.

Список литературы

1. Карабиненко А. А Диагностика и лечение пневмоний: Основные принципы. Гриф УМО по медицинскому образованию / А. А Карабиненко. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2022. - 385 с.
2. Сильвестров В. П. Затянувшиеся пневмонии и их лечение / В. П. Сильвестров. - М.: Медицина, 2019. - 212 с.
3. Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Семенков Н. Н. Сестринское дело в терапии / В. И. Маколкин С. И., Овчаренко. Н. Н., Семенков. – М.: МИА, 2008. - 194 с.
4. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела / Т. П. Обуховец, Т. А. Складорова, О. В. Чернова. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. - 411 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Студент Байсингаров Аян Аманжолович
Научный руководитель преподаватель Муртазина Г.Р.
Республика Казахстан, г. Актобе, «Актюбинский высший медицинский
колледж имени героя Советского Союза Манишук Маметовой»*

Аннотация: Согласно статистическим данным, в 2023 году в Казахстане зарегистрировано 105 365 случаев бронхиальной астмы, из них впервые 17 766. На диспансерном учете состоит 79 668 человек, из них доля детей с бронхиальной астмой до 17 лет составляет 23,5%

Цель: оценить эффективность результатов проведенных занятий в школе здоровья для больных БА

Задачи: 1 Изучить причины развития и клиническую картину бронхиальной астмы, современные методы диагностики и лечение БА 2. Рассмотреть особенности функционирования школы БА 3. Изучить роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой

Методы исследования: анализ медицинской и научной литературы, анализ статистических данных, анкетирование.

Гипотеза исследования основывается на том, что рациональная организация деятельности медицинской сестры в ходе работы школы «Бронхиальная астма» улучшит осведомленность пациента и его близких о различных аспектах БА, что позволит снизить уровень заболеваемости и уменьшить количество осложнений, а значит повысить качество жизни пациентов.

Сестринский процесс при бронхиальной астме имеет достаточно четкую структуру и всегда содержит следующие этапы: Сбор информации. Этот этап отличается тем, что базируется на субъективных методах обследования. Внутри него составляется перечень жалоб пациента, формулируется анамнез жизни и заболевания. Среди объективных методов сбора информации можно выделить осмотр человека во время приступа, констатацию таких симптомов как шумное дыхание, раздувание крыльев носа, наличие тягучей мокроты, цианоз носогубного треугольника, сухие свистящие и влажные хрипы; Выявление проблем больного человека. Медицинская сестра отмечает такие тенденции, как нарушение потребностей в сне и общении, наличие экспираторной одышки, тахикардию и пр.; Планирование и реализация ухода за пациентами в стационаре. Для того, чтобы осуществить качественный уход за больным целесообразно продумать его до мелочей, сформулировать все этапы ухода и учесть все особенности течения заболевания. Главной целью сестринского ухода всегда является стимулирование наступления ремиссии и снижение риска возникновения осложнений.

Примерный план сестринского процесса при бронхиальной астме содержит следующие компоненты: обеспечение организации и контроля за соблюдением режима и непосредственная реализация ухода. Медицинская сестра проводит беседу с пациентом или его законными представителем о возможных причинах заболевания, особенностях лечения. В случае необходимости медицинская сестра также убеждает в необходимости прохождения лечения в стационаре; обеспечение организации и контроля питания. Медицинская сестра проводит с пациентом или его законными представителями беседу об особенностях гипоаллергенной диеты, целесообразности ее строгого соблюдения в стационаре и после выписки из него. Таким образом, предотвращаются обострения бронхиальной астмы; организация досуга. Медицинская сестра рекомендует родителям привести ребенку книги, настольные игры. Взрослые пациенты также должны помнить, что стабильное эмоциональное состояние является залогом полноценного процесса выздоровления человека; создание комфортных условий в палате. Медицинская сестра контролирует процесс проведения влажной уборки в палате, организует регулярное проветривание, смену постельного белья, соблюдение тишины в палате. Все указанные мероприятия позволяют улучшить качество дыхания; оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий и приеме пищи. Медицинская сестра рекомендует родителям принести в стационар чистое белье, зубную пасту и расческу. Что касается взрослых пациентов, то она помогает им совершать все гигиенические процедуры во время приступов или обострения заболевания; выполнение назначений врача. Медсестра вводит пациенту все лекарственные препараты, которые назначает врач. Также она обязана сообщать о всех

возможных побочных эффектах, которые могут быть вызваны приемом того или иного препарата, обеспечение динамического наблюдения за реакцией пациента на лечение. Медицинская сестра проводит опрос о самочувствии, принимает жалобы, контролирует процесс физических отправок, сообщает лечащему или дежурному врачу об ухудшениях состояния; оценка эффективности ухода. Позволяет медицинской сестре контролировать собственные действия, способствовать наступлению устойчивой ремиссии у пациентов. При правильном уходе пациента должны выписать под наблюдение педиатра, аллерголога, иммунолога амбулаторно.

Астма – школа организована для обучения больных бронхиальной астмой.

Основные цели обучения в «Астма-школе»: Расширить знания пациентов о причинах, симптомах, обострениях, приступах, тактике оказания помощи при бронхиальной астме; Изучить факторы, способствующие формированию заболевания и определяющие риск развития его осложнений; Обучить больных бронхиальной астмой проведению самооценки и самоконтроля в домашних условиях, ведению дневника пациента, а также применению средств доврачебной самопомощи при появлении симптомов; Привить пациентам основы здорового питания, употребления пищи при бронхиальной астме; Воспитать навыки по снижению уровня стресса, контроля стрессового поведения и формирование правильного отношения к нему для уменьшения негативного влияния на здоровье; Убедить в необходимости бросить курить; Обучить пользоваться пикфлоуметром для оценки симптомов болезни; Сформировать стойкое убеждение использовать всё возможное и зависящее от самого пациента, чтобы сознательно соблюдать рекомендации врача, лечиться и оздоравливать.

Заключение: Эффективность лечения бронхиальной астмы у пациентов тесно связана с тщательным выполнением ими квалифицированными врачами рекомендаций. Недостаточная осведомленность пациентов об основных факторах, лежащих в основе развития и обострений бронхиальной астмы, а также о существующих современных методах терапии приводит к тому, что многие из них игнорируют назначения врачей, самостоятельно прекращают лечение или пользуются услугами неспециалистов.

Бронхиальная астма требует от больного длительного, иногда непрерывного и тщательного соблюдения медикаментозных программ, особого режима жизни, целого ряда ограничений. От соблюдения этих условий зависит успешность предлагаемых специалистом программ ведения больных

Список литературы:

1. https://spravochnick.ru/medicina/sestrinskiy_process_pri_bronhialnoy_astme/
2. Мартин, Галли, Хауэлл: Бронхиальная астма и инфекции. Медсестринское Руководство
3. «Болезни органов дыхания». Руководство под ред. Акад. РАМН, проф. Н.Р.Палеева. М., Медицина.
4. Айткужина, Б. Бронхиальная астма / Б. Айткужина. – М.: Казахстан.

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Слушатель Бекетова Е. М.

*Научный руководитель преподаватель Гладунова А.В.
г. Самара, «ГБПОУ СМК имени Н. Ляпиной», отдел ДПО*

Муковисцидоз — это генетическое заболевание, при котором мутирует ген, влияющий на проницаемость клеточных стенок. В итоге вся выделяемая разными органами слизь имеет повышенную вязкость и густоту и нарушает работу организма — в первую очередь дыхательной и пищеварительной систем. В легких скапливается вязкая мокрота,

начинаются воспалительные процессы, повторяются бронхиты и пневмонии, сопровождающиеся мучительным кашлем.

Симптомами легочной (респираторной, бронхолегочной) формы муковисцидоза являются вялость, бледность кожных покровов с землистым оттенком, общий цианоз, недостаточная прибавка массы тела у детей, одышка в покое, бочкообразная форма грудной клетки, деформации концевых фаланг пальцев по типу «барабанных полочек» и ногтевых лож по типу «часовых стекол», ограничение двигательной активности, отставание в физическом развитии.

Легочная форма муковисцидоза проявляется хроническим обструктивным бронхолегочным процессом. Из-за того, что мокрота у больных густая и вязкая, она не отхаркивается. Большое количество белка в мокроте делает ее хорошей средой для развития разных микробов, в том числе стафилококков и синегнойной палочки. Развивается хронический воспалительный процесс, приводящий к разрушению легочной ткани. Кровь больных плохо насыщается кислородом, из-за чего начинают страдать сердце, печень и другие органы.

Микробиологическое исследование мокроты у больных муковисцидозом позволяет выделить золотистый стафилококк, гемофильную и синегнойную палочки. Наличие синегнойной палочки в мокроте является неблагоприятным прогностическим признаком для течения болезни.

Одной из важнейших особенностей муковисцидоза является необходимость поддерживающей терапии и проведение профилактических мероприятий в течение всей жизни. Особенно важна сестринская помощь больным муковисцидозом, которая улучшает качество жизни, как самих больных, так и семьи в целом.

Сестринский уход за пациентами с муковисцидозом складывается из нескольких этапов.

На первом этапе медицинская сестра собирает информацию о пациенте. Характерными жалобами при легочной форме муковисцидоза являются постоянный мучительный приступообразный кашель с вязкой мокротой, одышка. В истории болезни у большинства пациентов первые симптомы муковисцидоза выявляются уже на первом году жизни: рецидивирующие инфекции дыхательных путей, стойкий кашель, рецидивирующая или хроническая одышка.

При осмотре наблюдается учащенное дыхание, увеличение переднезаднего размера грудной клетки, слабо выраженное, но стойкое втяжение нижних межреберных мышц, при аускультации над легкими прослушиваются сухие или влажные хрипы, отставание в физическом развитии.

На втором этапе медицинская сестра выявляет проблемы пациента. Как правило это потребности поддерживать общее состояние, дышать, кушать, спать, отдыхать, общаться. Существующие проблемы, обусловленные поражением легких, мучительный приступообразный кашель с вязкой мокротой, одышка. Возможные потенциальные проблемы: риск развития бронхоэктазов, пневмосклероза, эмфиземы, дыхательной недостаточности.

На третьем этапе осуществляется планирование и реализация ухода за пациентом. Основные направления сестринского ухода при муковисцидозе.

1. **Помощь родителям в создании специальных условий, необходимых для ребенка.** Лучше, если у ребенка с муковисцидозом будет своя отдельная, хорошо проветриваемая комната. Курение членов семьи исключается. Желательно, чтобы все члены семьи были вовлечены в процесс оказания посильной помощи родителям ребенка, которого нельзя оставлять одного.
2. **Разъяснение пациенту/родителям о необходимости соблюдения режима дня.**
3. **Обучение родителей наблюдению за ребенком.** Родителям желательно вести дневник наблюдения за состоянием ребенка, где будут отражены изменения в самочувствии ребенка. Эти сведения помогут лечащему врачу заметить малейшие отклонения от

- нормы. Ведя дневник, родители научатся чувствовать своего ребенка, распознавать первые признаки начинающегося обострения (вялость, снижение аппетита, повышение температуры тела, изменение цвета и количества мокроты, учащение дыхания).
4. **Детям с муковисцидозом необходимо принимать муколитики.** Ингаляционное применение предпочтительнее, так как муколитики могут раздражать слизистую пищеварительного тракта. Необходимо разъяснять родителям, что постоянный прием лекарственных веществ необходим для нормального развития ребенка.
 5. **Помощь в формировании навыка ежедневной кинезитерапии и специального массажа.** Лечение муковисцидоза неэффективно без применения современных методов кинезитерапии – специального комплекса дыхательной гимнастики. Занятия должны быть ежедневными, пожизненными, занимать от 20 минут до 2 часов в сутки (в зависимости от состояния ребенка), время суток не имеет значения, но лучше если они проходят в одно и то же время. Занятия должны быть эффективными и приносить удовольствие ребенку. Приемам кинезитерапии обучают специалисты во всех центрах муковисцидоза.
 6. **Обучение пользованию небулайзером.** В задачи медицинской сестры входит грамотное и доступное объяснение пациенту и его родителям правил небулайзерной терапии.
 - ✓ Желательно приобрести несколько небулайзерных камер, для разных лекарственных препаратов.
 - ✓ Перед ингаляцией можно закапать в нос сосудосуживающий препарат или ингалировать бронхолитик.
 - ✓ Необходимо предварительно очистить верхние дыхательные пути (ребенок должен высморкаться).
 - ✓ Экспозиция должна быть не более 10–15 мин на ингаляцию.
 - ✓ Положение должно быть следующим: сидя, расправив грудную клетку, плечи опущены, не разговаривать и держать небулайзер вертикально.
 - ✓ Правила дыхания: на счет «1–3» – спокойный, глубокий вдох, затем задержка дыхания на «2–4»; на счет «4–9» – выдох через нос.
 - ✓ Рекомендуется использовать объем наполнения небулайзера 2–4 мл.
 - ✓ Необходима правильная обработка небулайзера. После процедуры камеру в разобранном виде помещают в контейнер с дезинфицирующим средством на определенное время. По истечении этого времени вынимают его и тщательно промывают под проточной водой, высушивают и стерилизуют.
 - ✓ После ингаляции стероидных препаратов и антибиотиков необходимо тщательно полоскать рот кипяченой водой.
 7. **Формирование навыка проведения анализа мокроты.** Посев мокроты необходимо проводить 1 раз в 3 месяца даже вне обострений. Результаты посева и определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам позволяет при обострении заболевания выбрать оптимальный противомикробный препарат.
 8. **Формирование навыка усиленного питьевого режима.** Ребенок должен получать жидкость в сутки в объеме, превышающем возрастную норму.
 9. **Организация дополнительного приема соли при усиленном потоотделении.** Ребенок с муковисцидозом теряет много минеральных солей с потом. В тяжелых случаях это может привести к потере сознания. Поэтому в жаркое время года и при высокой температуре тела ребенка необходимо дополнительно подсаливать пищу (от 1 до 5 г в день).
 10. **Организация ежедневного приема витаминов.** В связи с плохим усвоением витаминов (особенно А, Е, К, D), а также с повышенной потребностью в них при хроническом воспалении, необходим их ежедневный прием во время еды.
 11. **Рекомендации по приобретению устройств и материалов для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий в домашних условиях.** Рекомендуется

приобрести: компрессионный ингалятор, пикфлоуметр, флаттер, спейсер, мячи и другие принадлежности для кинезиотерапии.

13. Организация мероприятий по социальной адаптации ребенка. Больному муковисцидозом ребенку должны быть предоставлены такие же возможности развития своих способностей, как и здоровым детям. Посещение детских дошкольных учреждений нежелательно из-за частых ОРВИ в детских коллективах. Посещение школы необходимо, если нет серьезных противопоказаний. Учителя, медицинский работник школы должны быть обязательно информированы о проблемах больного ребенка. Ребенок с муковисцидозом может заниматься спортом. Наиболее полезны плавание, верховая езда, езда на велосипеде.

Медицинская сестра принимает участие в определении состояния когнитивной сферы, детско-родительских отношений, тревожности пациентов и их родителей с помощью специальных опросников, которые помогают выявить повышенную тревожность ребенка и особенности взаимоотношений в семье, а также определить, необходимы ли занятия с психологом.

14. Организация контроля за своевременным проведением вакцинопрофилактики ребенка, больного муковисцидозом. Профилактические прививки ребенку с муковисцидозом следует делать по обычной схеме, согласно Национальному календарю прививок. При признаках обострения бронхолегочного процесса сроки проведения прививки согласовываются с участковым педиатром и консультантом Центра муковисцидоза. В осеннее время желателно проводить вакцинацию от гриппа.

На четвертом этапе необходимо оценить эффективность ухода. При правильной организации сестринского ухода общее состояние пациента улучшается, наступает ремиссия.

Таким образом, медицинская сестра является связующим звеном между врачом, пациентом и его родителями, что необходимо для выработки наиболее эффективного, индивидуального подхода к лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пациентам, страдающим муковисцидозом.

Список литературы:

1. Новые технологии медицинской реабилитации детей с муковисцидозом / М.А. Хан [и др.]. // Вестник восстановительной медицины . - 2017. - №3. - С.60-65.
2. Скворцов, В.В. Муковисцидоз / В.В. Скворцов. // ГлавВрач. - 2017. -Прил. к №3. - С.19-28.
3. Филиппова, Л.В. Организация медико-социальной помощи больным муковисцидозом / Л.В. Филиппова, Н.В. Туркина. // Медицинская сестра. - 2019. -№4. - С.35-39.
4. Клинические рекомендации «Кистозный фиброз (муковисцидоз)», 2021.
5. <https://www.zdrav.ru/articles/4293653559-qqess6-13-m12-15-12-2013-kompleksnaya-pomoshch-detyam-s-mukovistsidozom-v-usloviyah-dnevnogo-statsionara-sestrinskie>

УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОРОНОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Студентки Шатерникова Вероника, Твердохлебова Светлана

**Научный руководитель преподаватель Дементиевская Н.В.
Республика Казахстан, г. Актобе, «Актюбинский высший медицинский
колледж имени героя Советского Союза Манишук Маметовой»**

Актуальность исследования:

Последние несколько лет во всем мире присутствует новый вирус COVID-19 (сокращенно от Corona Virus Disease 2019, ранее nCov-19). На момент написания работы (14 января 2021) было зарегистрировано 94 402 058 случаев заражения вирусом (из них 2 019 906 человека умерли и 67 446 532 излечились), сейчас болеют 24 935 620. [<https://koronavirus-monitor.ru>]. По Казахстану: зарегистрировано 167 118 случаев заражения вирусом (из них 2 349 человека умерли и 152 437 излечились), заболеваемость пневмонией с признаками коронавирусной инфекции зарегистрировано в Республике Казахстан : заболевших – 46737, летальных случаев - 534, выздоровевших - 34422. [<https://www.coronavirus2020.kz>]

В конце 2019 года в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции, возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2 [1, 2].

Появление COVID-19 и распространение его по миру поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой инфекции, вызванной новым коронавирусом, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитации и вторичной профилактике. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях и лечении накапливаются и обсуждаются специалистами в режиме реального времени. Информация о первичной, вторичной профилактике и медицинской реабилитации этого заболевания ограничена [1, 3]. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двухсторонняя пневмония, у 3–4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) [1, 4, 5].

В настоящий момент в мире сложилась ситуация, при которой достоверной профессиональной информации об оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации пациентам с COVID-19 недостаточно, так как это заболевание является новым. Традиционный способ получения необходимой информации, путем привлечения данных ранее выполненных научных исследований оказался неэффективным, поскольку опыт лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией измеряется всего несколькими месяцами. Учитывая необычность самой ситуации пандемии и особенности патогенеза заболевания, вызванного SARS-CoV-2, шаблонное применение общепринятых методов реабилитации после перенесенных респираторных заболеваний может быть небезопасным или неэффективным.

Для полноценного участия медицинской сестры в реабилитации больных при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с «коронавирусной пневмонией» нужно понимать этиологию и патогенез коронавирусов, клинические особенности течения коронавирусной инфекции, знать наиболее распространенные клинические проявления, а так же в совершенстве владеть методами реабилитации больных в пределах своей компетенции. Для этого были изучены и обобщены материалы по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19 на различных этапах оказания специализированной медицинской помощи, опубликованных специалистами ВОЗ, анализе отчетов клиник, осуществляющие медицинскую реабилитацию пациентов с COVID-19 в данный момент, а также на результатах клинических исследований, проведенных ранее и посвященных реабилитации пациентов с ПИТ-синдромом (синдромом последствий

интенсивной терапии) и ОРДС взрослых некоронавирусной этиологии, нормативно-правовых документах Минздрава Республики Казахстан.

Цели исследования:

✓ Изучить этиологию и патогенез коронавирусов, рассмотреть клинические особенности коронавирусной инфекции.

✓ Изучить клинические варианты и проявления COVID-19, классификацию COVID-19.

✓ Оценка участия медицинской сестры в реабилитации, на 1 этапе, пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Задачи:

✓ Анализ клинической картины коронавирусной инфекции (COVID-19) и особенности реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

✓ Изучить целесообразность участия медицинской сестры в реабилитации, пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Объект исследования: пациенты с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19), медицинская сестра участвующая в реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры.

Место проведения:

Методы исследования:

✓ Изучение литературы

✓ Беседа

✓ Анкетирование

✓ Анализ

✓ Сравнение

Гипотеза: Реабилитация после пневмонии должна проводиться как можно раньше, комплексно и рационально, с учетом клинических особенностей заболевания, индивидуальных и психологических факторов. Чем раньше начнется реабилитация пациента, переболевшего пневмонией, тем короче срок выздоровления и меньше вероятность развития фиброза легких.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Анкетирование

С целью определения степени участия медицинской сестры в процессе реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) проведено анкетирование медицинских сестер работающих в ГУ «Управление здравоохранения Актюбинской области» ГКП «Актюбинская областная клиническая инфекционная больница» на ПХВ. А также анкетирование пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19). Цель анкетирования определить степень участия медицинской сестры в реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19). Так же выяснить, путем опроса, мнение пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) о участии медицинской сестры в их реабилитации.

В анкетировании и опросе участвовали 50 человек, из них медицинских сестер работающих в инфекционной больнице города Актобе 20 человек в возрасте от 21 года до 46 лет, пациенты с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) проходившие лечение в инфекционной больнице города Актобе, в возрасте от 36 до 78 лет, в количестве 30 человек. Медицинским сестрам была предоставлена анкета состоящая из 10 вопросов. Вопросы как открытого так и закрытого типа. Анкета валидированная взята нами из опросника МЗ РК .

Результаты анкетирования:

I. Знаете ли Вы клинические особенности течения COVID-19 ?

Вывод: 99% медицинских сестер знает клинические особенности течения COVID-19

II. Знаете ли Вы Клинические варианты и проявления COVID-19?

Вывод: в данной диаграмме мы видим, что основной процент анкетированных знают клинические варианты и проявления COVID-

III. Знаете ли Вы основные принципы реабилитации пациентов с пневмонией,

Вывод: 99% медицинских сестер знают основные принципы реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

IV. Известно ли Вам о том, что медицинская реабилитация обязательный компонент оказания медицинской помощи пациентам с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)?

Вывод: 100%- знают что медицинская реабилитация обязательный компонент оказания медицинской помощи пациентам с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)

V. Какими реабилитационными мероприятиями занимаетесь непосредственно Вы на своем рабочем месте с пациентами с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)?

1. Дыхательная гимнастика 95%
- 2.Нутритивная поддержка 80%
- 3.Активная мобилизация 75%
4. Психологическая реабилитация 60%
- 5.Физиотерапия 70%

Вывод: 100% опрошенных медицинских сестер указали, что в процессе своей работы занимаются реабилитацией пациента. Из графика видно что процент реабилитационных мероприятий достаточно высок. Самое часто используемое это дыхательная гимнастика -95%, а вот психологической реабилитации пациентов уделяют внимание только 60% опрошенных

VI. Проводите ли Вы консультирование пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19), о дальнейшей медицинской реабилитации после выписки из стационара ?

Вывод: большинство опрошенных респондентов (95%) проводят консультирование пациентов о дальнейшей реабилитации после выписки из стационара.

VII. Какой процент рабочего времени уходит у Вас на реабилитационные мероприятия пациентов?

Вывод: большинство опрошенных респондентов 50%- 80% рабочего времени используют для проведения реабилитационных мероприятий с пациентами

Опрос пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) находящихся на лечении в инфекционном стационаре.

I. Как Вы думаете Вам нужна медицинская реабилитация?

Вывод: 75% опрошенных пациентов считают, что ранняя реабилитация нужна. 10% считают, что в реабилитации нет необходимости, 15% затрудняются ответить.

II. Какие методы реабилитации проводимые в стационаре по Вашему мнению наиболее эффективные

Вывод: 75% пациентов считают, что дыхательная гимнастика самый эффективный метод реабилитации,

III. Кто из медицинских работников занимается с Вами реабилитационными мероприятиями?

Вывод: больше всего по мнению опрошенных реабилитацией пациентов занимается мед сестра 82%

IV. Кто из медицинских работников объяснил Вам о дальнейшей реабилитации после выписки из стационара?

Выводы: По мнению респондентов 85% о дальнейшей реабилитации после выписки из стационара проводили консультирование медицинские сестры.

V. Если у Вас возникнут вопросы о дальнейшей реабилитации, о возможных отдаленных последствиях, мерах профилактики, к кому из медицинских работников Вам легче обратиться и кто по Вашему мнению готов уделить Вам больше времени в вопросах консультирования?

ВЫВОДЫ

Эффективность выздоровления и улучшение качества жизни пациентов зависит от оказания квалифицированной медицинской помощи, выполнения всех рекомендаций на всех ее этапах.

Проанализировав полученные статистические данные, можно утверждать, что большинство пациентов недостаточно информированы о осложнениях заболевания, а так же не знают причину развития инфаркта миокарда. Большинство пациентов перенесших заболевание нуждаются в постоянном приеме гипотензивных препаратов и аспирина. Проведенное исследование показало, что вредные привычки напрямую угрожают и способствуют развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Благодаря консультации пациентов, снижается риск осложнений после перенесенного заболевания, риск повторного заболевания и способствует возвращению к нормальному образу жизни.

Рекомендации:

- Вести здоровый образ жизни (закаливание, свежий воздух, рациональное и сбалансированное питание, режим дня, размеренные физические нагрузки).
- После перенесенного заболевания соблюдать все рекомендации данные пациенту, соблюдать диету, вовремя принимать назначенные врачом лекарственные препараты, пройти курс необходимой реабилитации.
- Своевременно проводить диагностические мероприятия и консультации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования и написания работы выявлено, что в течение нескольких недель после выздоровления могут сохраняться такие остаточные явления, как:

- одышка
- остаточный сухой кашель без температуры
- синдром астении
- развитие фиброза легких
- обострение хронических заболеваний

По данным авторов Се и др. (2020г.) у 45% пациентов появились признаки легочного фиброза в течение одного месяца после заражения. Шенхи и соавт., Хэйл и соав. (2020г.) обнаружили, что фиброз легких развивается через 3 и 6 месяцев у 36% и 30% пациентов. Предполагается, что фиброз станет одним из серьезных осложнений у пациентов с инфекцией nCoV-19 [3-5].

Кроме вышеперечисленных симптомов, пациенты с подтвержденным инфицированием COVID-19 нередко демонстрируют признаки депрессии, которые проявляются сожалением, негодованием, одиночеством, беспомощностью, тревожностью, раздражительностью и нарушением сна. У некоторых пациентов возможны панические атаки.

Оценка психологического состояния в изолированных боксах показывает, что примерно у 48% пациентов с подтвержденным случаем коронавируса наблюдался психологический стресс на ранней стадии госпитализации, в большей степени как эмоциональная реакция на стресс. Среди пациентов в критическом состоянии часты случаи бреда. Зафиксирован даже случай энцефалита, спровоцированный COVID-19, который привел к таким психологическим симптомам, как отсутствие сознания и раздражительность.

Вследствие того, что коронавирусная инфекция может привести к серьезному повреждению легких с развитием пневмонии, осложненной фиброзом с дыхательной недостаточностью, а также нарушениям в психологическом состоянии пациентов, существует необходимость разработки и осуществления ранних реабилитационных мероприятий, начиная с уровня стационара с последующим переходом на амбулаторный поликлинический этап, заканчивая проведением эффективной диспансеризации.

Медицинская реабилитация должна стать обязательным компонентом оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 с целью обеспечения мероприятий по профилактике развития осложнений, вторичной профилактике и улучшению качества их жизни. Мероприятия по организации помощи этой категории пациентов должны включать все компоненты реабилитационной помощи в соответствии с действующими нормативными документами Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Медицинские сестры участвующие непосредственно в медицинской реабилитации играют ключевую роль в оказании помощи людям в восстановлении после тяжелого заболевания, связанного с COVID-19, в оптимизации жизненно важных функций и содействии реинтеграции пациентов в общество.

Возможные условия, которые, так или иначе, могут повлиять на ход заболевания и прогноз для выздоровления:

1. Своевременность диагностики заболевания, грамотность выбора тактики ведения больного, квалифицированная медицинская помощь.
2. Степень распространенности патологического процесса. То есть, какой участок легких захватывает воспалительный процесс в данном клиническом случае пневмонии.
3. Какова причина заболевания, каким возбудителем вызвана пневмония.
4. Принадлежность больного к одной из групп риска
5. Наличие легочных и внелегочных осложнений.
6. Правильно проводимой реабилитации больного (лечебной физкультуры, прочих приемов физиотерапии, санаторно-курортного лечения и т.д.).

Список литературы

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 6 (28.04.2020)» (утв. Минздравом России). [Vremennye metodicheskie rekomendacii “Profi laktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Versija 6 28.04.2020” (utv.Minzdravom Rossii). (In Russ).]
2. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
3. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020;8(5):475–481. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.
3. Петрова МВ, Шестопалов АЕ, Яковлева АВ, и др. Нутритивная реабилитация пациентов после выхода из комы // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. — 2020. — № 2. — С. 28–37. [Petrova MV, Shestopalov AE, Yakovleva AV, et al. Nutritive rehabilitation of the patients after recovering from coma. *Fizicheskaja i reabilitacionnaja medicina, medicinskaja reabilitacija.* 2020;(2):28–37. (In Russ).] doi:10.36425/rehab21185.
4. Заболотских И.Б., Шифман Е.М. Анестезиология и реаниматология. Клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 833–858. [Zabolotских IB, Shifman EM. *Anesteziologija i reanimatologija. Klinicheskie rekomendacii.* Moscow: GEOTAR-Media; 2016.P. 833–858. (In Russ).]

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ

*Преподаватель Денисова Л.В.
г.Краснослободск, ГБПОУ Республики Мордовия
«Краснослободский медицинский колледж»*

Подготовка и реализация разнообразных проектов, в рамках санитарно-просветительной работы с населением, способствует формированию у будущих медицинских работников исследовательских и коммуникативных умений, обеспечивает им возможность использовать теоретические знания на практике, социальной и профессиональной адаптации обучающихся. [1. с.119].

Исследовательская и проектная деятельность студентов в работе терапевтического кружка направлена на изучение заболеваемости и профилактику заболеваний при проведении санитарно-просветительной работы как с пациентами, так и различными группами населения. Одним из таких проектов был проект по профилактике вирусной пневмонии. Прогрессирующая динамика заболеваемости и смертности населения в период пандемии новой коронавирусной инфекции побудила студентов к изучению данной темы. В связи с широким распространением, трудностями диагностики, отсутствием специфического лечения пневмонии, вызванной коронавирусом, быстрым развитием острой дыхательной недостаточности возросла актуальность ее профилактики. Была выдвинута гипотеза: если создать информационно-наглядный материал с помощью которого информировать население, то можно предупредить рост заболеваемости и положительно повлиять на динамику статистических данных. Студенты предложили провести профилактическую работу в медицинском колледже, среди школьников и в организациях города.

Были поставлены цели:

- систематизировать и расширить знания, касающиеся здорового образа жизни, бронхо-легочного иммунитета, коронавирусной инфекции и пневмонии;
- определить факторы риска и направления профилактики коронавирусной пневмонии в Краснослободском районе;
- провести санитарно-просветительную работу среди населения.

Определены задачи работы:

- изучить научно-медицинскую литературу, касающуюся темы, нормативно-правовую базу;
- изучить статистическую документацию по коронавирусной инфекции и коронавирусной пневмонии в ГБУЗ РМ «Краснослободская ЦРБ» за 2021г;
- выявить количество случаев коронавируса и коронавирусной пневмонии в медицинском колледже по возрастному признаку;
- проанализировать полученные данные и сформулировать выводы;
- подготовить электронные презентации, памятки, листовки.
- представить результаты работы на научно-практической конференции «Молодежная наука 21 веку» и провести санитарно-просветительную работу среди студентов, школьников, населения.

С помощью методических рекомендаций, данных преподавателем, разработаны алгоритм и план работы. Предложен список источников для изучения темы.

Для подготовки и реализации проекта были созданы рабочие группы: поисковая, социологическая, исследовательская, архитекторов, дизайнеров и сценаристов. Каждая из них работала по составленному плану.

Поисковая группа с помощью подготовленных рефератов и докладов ознакомила участников проекта с факторами риска, влияющих на здоровье человека, дыхательной системы, бронхолегочный иммунитет, причинами и факторами риска коронавирусной инфекции и пневмонии, с особенностями ее диагностики, течения, лечения и профилактики.

Группа дизайнеров представила основные положения в форме презентации.

Для реализации проекта совместно составлены общие рекомендации по профилактике вирусной пневмонии:

- ведение здорового образа жизни;
- укрепление дыхательной системы с детства;
- регулярное медицинское наблюдение и лечение хронических заболеваний;
- защита от коронавируса и других вирусных инфекций, вакцинация;
- своевременное обращение к врачу при недомогании.

Выработаны рекомендации для профилактики пневмонии инфицированным:

- своевременный вызов врача, находиться дома;
- выполнять все рекомендации врача по лечению и режиму;
- делать дыхательная гимнастику;
- больше пить (теплое щелочное питье), соблюдать диету, режим сна, увеличить двигательную активность;
- проветривать помещение;
- при ухудшении состояния немедленно вызвать врача;
- пользоваться средствами защиты;
- избегать мест скопления людей.

В ходе обсуждения пришли к общему мнению, что необходимы рекомендации по повышению выносливости легких. Для этого необходимо:

- вести здоровый образ жизни;
- с детства больше двигаться, заниматься спортом, плаванием, ездой на велосипеде, активными играми на свежем воздухе;
- отказаться от курения, в том числе от электронных сигарет и кальяна;
- снизить риск респираторных инфекций;
- своевременно вакцинироваться от гриппа и пневмококка, снижающего легочный иммунитет;
- делать дыхательную гимнастику;
- употреблять достаточное количество белковых продуктов и продуктов, содержащих витамины D, A, C, укрепляющих иммунитет дыхательной системы.

В качестве защиты от коронавируса и вируса гриппа рекомендовано:

- соблюдать правила гигиены рук. Часто мыть руки водой с мылом или обрабатывать их спиртосодержащим антисептиком для рук;
- избегать мест скопления людей;
- соблюдать дистанцию 1,5-2 метра;
- держаться на безопасном расстоянии от чихающих, кашляющих и людей без средств защиты;
- носить маску или респиратор при нахождении в общественном месте;
- не прикасаться руками к глазам, рту или носу;
- при кашле или чихании прикрывать рот и нос локтевым сгибом или платком;
- в случае повышения температуры, появления кашля и одышки обратиться за медицинской помощью;
- вакцинироваться.

После совместного утверждения данных рекомендаций и представления преподавателем методических материалов в группе конструкторов, дизайнеров и архитекторов распределены обязанности по подготовке продуктов проекта для проведения санитарно-просветительной работы.

Исследовательской группой изучены и представлены статистические данные по коронавирусной инфекции и коронавирусной пневмонии в ГБУЗ РМ Краснослободская ЦРБ за 2020 год. Полученные данные группой архитекторов были выражены в виде диаграмм. Всего коронавирусной пневмонией болело 19% инфицированных (1/5 часть), пациентов старше 60 лет больше, чем до 60 лет – 61,5%.

Учитывая, что люди старше 60 лет имеют хронические заболевания, было решено выявить степень риска подверженности пневмонии при различной патологии. Собранные данные были отражены в диаграмме: наиболее подвержены пневмонии пациенты с сахарным диабетом, имеющие ослабленный иммунитет (34,8%), 23,4% - люди с хроническими заболеваниями органов дыхания, 16,8% - с сердечно-сосудистой патологией, 13,3% - с хроническими заболеваниями почек, другие – 11,7%.

Выполняя следующую задачу, исследовательская группа представила данные о количестве зарегистрированных случаев коронавирусной пневмонии в медицинском колледже. В результате интерпритации полученных данных выявлено, что пневмония наблюдалась не только у перенесших инфекцию сотрудников (57%), но и у подростков (5%). Полученные данные были проанализированы аналитической группой и совместно сформулированы общие выводы:

3. наиболее подвержены новой коронавирусной пневмонии в Краснослободском районе люди старшего возраста, особенно после 60 лет с ослабленным иммунитетом, имеющими такие заболевания как сахарный диабет (34,8%), хронические заболевания органов дыхания (23,4%), сердечно-сосудистые (16,8%) и заболевания почек (13,3%);

4. основными направлениями профилактики коронавирусной пневмонии среди населения являются:

- формирование общего иммунитета и местного иммунитета дыхательной системы с детства;

- ведение здорового образа жизни;

- вакцинация против коронавируса и гриппа, особенно в группе риска;

- соблюдение санитарно-эпидемиологических требований (гигиена рук, соблюдение дистанции, применение индивидуальных средств защиты, проведение дезинфекционных мероприятий);

- исключение контакта с инфицированными;

- обучение мерам оказания самопомощи заболевшим: своевременный вызов врача при ухудшении состояния, строгое выполнение рекомендаций по режиму и лечению в пределах дома, рекомендаций по питанию с увеличением белковых продуктов, содержанием витамина D, А, С и обильному тёплому щелочному питью, проведению дыхательной гимнастики.

Для проведения санитарно-просветительной работы группой дизайнеров были созданы информационно-наглядные материалы в форме электронных презентаций, памяток, листовок по темам: «Как быть здоровым», «Профилактика респираторных вирусных инфекций», «Коронавирусная пневмония и ее профилактика», «Как поднять иммунитет», «О вреде активного и пассивного курения», «О вреде спайсов», «Как защитить себя от коронавируса», «Как делать дыхательную гимнастику», «Что нужно знать о вакцинации». Группой сценаристов был подготовлен сценарий профилактической работы с различными группами населения и составлен план ее проведения. Для представления доклада к конференции кружковых работ выбраны докладчики, обучающие комплексу дыхательной гимнастике, обработке рук антисептиком, подготовлены ответы на вопросы. В ходе репетиций было продумано как раздать наглядные материалы и провести обучение.

Мотивационная готовность членов терапевтического кружка и тщательная подготовка проекта позволили провести санитарно-просветительную работу по профилактике коронавирусной пневмонии как среди студентов и коллектива сотрудников медицинского колледжа, так и среди населения на улицах и в организациях города.

Проведены онлайн-уроки здоровья со школьниками Гуменской СОШ, на которых ребята ознакомлены с основами ведения здорового образа жизни, методами укрепления общего иммунитета и иммунитета дыхательной системы, правилами защиты от инфекции.

Созданные членами кружка материалы ежегодно используются студентами в профилактической работе с пациентами и различными группами населения при выполнении курсовых и дипломных проектов. Это работа способствует формированию коммуникативных компетенций и готовит их к будущей профессиональной деятельности.

Литература

1. Приложение к ежемесячному теоретическому и научно-методическому журналу «Среднее профессиональное образование» №7 2017-с.119.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Преподаватель Костецкая И.М.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся персистирующим ограничением воздушного потока, которое обычно прогрессирует и является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие ингалируемых повреждающих частиц или газов.

Развитие обострений является характерной чертой течения ХОБЛ и одной из самых частых причин обращения пациентов за неотложной медицинской помощью, приводит к длительному ухудшению (до несколько недель) показателей функции дыхания и газообмена, более быстрому прогрессированию заболевания, изменению режима используемой терапии, к значимому снижению качества жизни пациентов и сопряжено с существенными экономическими расходами на лечение.

В Российской Федерации распространенность ХОБЛ составляет 1,7 % (2,4 млн. больных), в то время как фактическое число этих больных может превышать 11 млн. человек.

Сегодня ХОБЛ является 3-й лидирующей причиной смерти в мире. Около 50-80% больных ХОБЛ умирают от респираторных причин: во время обострений ХОБЛ; от опухолей легких (от 0,5 до 27%); от других респираторных проблем.

Курение остается основной причиной ХОБЛ. В индустриальных странах курение вносит вклад в смертность около 80% мужчин и 60% женщин, а в развивающихся — 45% мужчин и 20% женщин. Этиологическую роль также могут играть профессиональные вредности, пассивное курение и загрязнение воздуха вне помещений. Индекс курящего человека (ИКЧ) – достоверный фактор риска развития ХОБЛ. Показатель вычисляется по формуле: в числителе – количество выкуриваемых сигарет умноженное на стаж курения в годах, в знаменателе цифра 20. Если ИКЧ больше 10 – риск ХОБЛ велик. 80-90% всех пациентов, которым поставлен диагноз ХОБЛ либо курят, либо являются бывшими курильщиками.

Эндогенные факторы риска включают: генетические (наиболее важный из них — дефицит альфа-1-антитрипсина); эпигенетические (низкий уровень микро Рибонуклеиновой кислоты (РНК), необходимой для нормального развития легких на протяжении всей жизни), другие характеристики пациента (бронхиальная гиперреактивность и бронхиальная астма (БА) в анамнезе, перенесенные тяжелые респираторные инфекции в детском возрасте). Бронхиальная гиперреактивность является фактором риска развития ХОБЛ даже в отсутствии бронхиальной астмы. Симптомы хронического бронхита могут увеличивать риск развития ХОБЛ.

ХОБЛ диагностируется на основании спирометрии, проведенной после введения бронходилататора. При выявлении у пациентов старше 40 лет любого из следующих симптомов следует подозревать ХОБЛ и проводить диагностическую спирометрию: стойкая одышка, хронический кашель, наличие мокроты при кашле, рецидивирующие легочные инфекции, наличие факторов риска в окружающей среде (курение табака, профессиональные факторы), наличие генетической предрасположенности.

У всех пациентов с ХОБЛ рекомендуется использование пульсоксиметрии для оценки насыщения гемоглобина кислородом (SaO₂). Проведение анализа газов артериальной крови рекомендуется пациентам с ХОБЛ при значении сатурации (SaO₂) ≤92% по данным пульсоксиметрии. Для определения переносимости физической нагрузки пациентам с ХОБЛ рекомендуется проведение нагрузочного тестирования: теста с 6-минутной ходьбой или велоэргометрии. Рентгенография органов грудной клетки не обладает достаточной чувствительностью и необходима для исключения других заболеваний органов дыхания. Пациентам с ХОБЛ моложе 45 лет, пациентам с быстрым прогрессированием заболевания рекомендуется определение уровня α1-антитрипсина в крови.

Приоритетные направления лечения: устранение симптомов и улучшение качества жизни, уменьшение будущих рисков, т.е. профилактика обострений, замедление прогрессирования заболевания, снижение летальности. Терапия ХОБЛ включает фармакологические и нефармакологические подходы, хирургические методы.

Для достижения целей лечения пациент должен следовать трем жизненным принципам: полностью отказаться от курения, изменить образ жизни, ответственно относиться к лечению. ХОБЛ относится к числу неизлечимых заболеваний. Информирование пациента о секретах успеха в управлении ХОБЛ на всех этапах взаимодействия — задача специалиста сестринского дела! Доступная и убедительная подача информации — условие формирования должного уровня приверженности к лечению!

Фармакологические методы лечения включают: бронходилататоры, комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), длительно действующие бронходилататоры (ДДБД), ингибиторы фосфодиэстеразы-4, теofilлин, антибактериальные препараты, мукоактивные препараты. Успех ингаляционной терапии у пациентов с ХОБЛ зависит как от применяемого лекарственного средства, так и от полноты его доставки в дыхательные пути. Факторы, связанные с неправильной техникой ингаляции у пациентов с ХОБЛ, включают: пожилой возраст, прием лекарств из разных ингаляторов, отсутствие надлежащих знаний об использовании ингалятора. В случае недостаточного эффекта от назначенного лечения, в первую очередь необходимо оценить правильность техники ингаляции и соблюдение пациентом врачебных рекомендаций!

Пациентов с ХОБЛ необходимо обучать правильному применению ингалятора в начале лечения и затем контролировать технику во время каждого последующего визита! Значительная часть пациентов допускают ошибки при использовании ингаляторов! Обучение пациентов правильному маневру вдоха, необходимому для создания достаточного инспираторного усилия, соответствующего назначенному устройству доставки лекарственного препарата — обязательное условие успешного лечения!

Нефармакологические методы включают: прекращение курения, физические тренировки, принципы лечебного питания, респираторную реабилитацию, хроническую кислородотерапию, респираторную поддержку, обучение пациентов.

Отказ от курения является самым эффективным вмешательством, оказывающим большое влияние на прогрессирование ХОБЛ. Обычный совет врача приводит к отказу от курения у 7,4% пациентов, а в результате 3-10-минутной консультации частота отказа от курения достигает около 12%. Комбинация совета врача, группы поддержки, в том числе и специалиста сестринского дела, приводит через 1 год к отказу от курения в 35% случаев, при этом через 5 лет остаются некурящими 22%. При отказе от курения дальнейшее развитие болезни приостанавливается!

Шкала SCORE — доступный инструмент формирования мотивации отказа от курения.

ХОБЛ — тяжелое инвалидизирующее заболевание, требующее длительной и регулярной физической реабилитации. Физическая реабилитация способствует повышению толерантности к физической нагрузке, улучшает эмоциональный фон, уменьшает симптомы заболевания. В общетерапевтической практике при дефиците ресурсов для полноценной реабилитации следует рекомендовать ежедневные прогулки (например 30 минут в комфортной интенсивности или 4 км — в зависимости от физического статуса). Акцент на аэробный компонент важен! Как вариант — скандинавская ходьба. Пациент должен осознавать, что упражнения безопасны и полезны! Физические упражнения для пациентов с ХОБЛ — активность без рекордов! Эффект от физической тренировки имеет продленное значение!

Главные задачи рационального питания: 1-ая задача — предупреждение расстройств питания (имеет профилактический характер): содержание белка в рационе должно быть на верхней границе или чуть выше норм питания здорового человека, а именно 1-1,1 г на 1 кг нормальной массы тела; не менее 55% от общего количества белка должны составлять белки животного происхождения. При исходной пониженной массе тела желательна ее повышение до нормальной массы за счет сбалансированного увеличения содержания в рационе всех источников дополнительной энергии, витаминов С, Е и А, а также бета-каротина, включая жиры, в том числе содержащие незаменимые жирные кислоты омега-3. При выраженной дыхательной недостаточности характер питания не оказывает существенного влияния на силу дыхательных мышц и функции легких. 2-ая задача — сглаживание возникающих проявлений энергетической, белковой, витаминной и минеральной недостаточности: повышение энергоценности питания не менее чем на 5 ккал на 1 кг нормальной массы тела. При очень легкой физической активности требуется 40 ккал. Суточная энергоценность рациона должна составлять в среднем 2800 ккал. Увеличение употребления белка до 1,4-1,6 г на 1 кг нормальной массы тела, что составляет около 100-110 г в день, из них не менее 60% за счет молока и молочных продуктов, яиц, рыбы и рыбных продуктов, мяса и мясных продуктов. Избыточное введение в организм белка увеличивает нагрузку на систему дыхания. Увеличение содержания жиров в рационе (в среднем 100-120 г/сут). Отсутствие углеводной направленности. Дробный режим питания (5-6 раз в день небольшими порциями).

Респираторная реабилитация — важный компонент ведения пациентов с ХОБЛ! Наилучшие результаты достигаются с программами продолжительностью 6–8 недель, не зависят от места проведения и способствуют: уменьшению одышки, улучшению самочувствия и переносимости физических нагрузок, снижению выраженности тревоги и депрессии. Программы упражнений могут включать: тренировки на выносливость, интервальные тренировки, упражнения для увеличения мышечной силы (для верхних и нижних конечностей), тренировки дыхательных мышц, а также нервно-мышечную электростимуляцию. У пациентов с недавним обострением (<4 недель от госпитализации) ранняя респираторная реабилитация снижает риск повторной госпитализации, улучшает физические возможности.

Длительная кислородотерапия (ДКТ) является одним из немногих методов терапии, способных снизить летальность больных ХОБЛ. Для проведения ДКТ в домашних условиях сегодня в основном используют концентраторы кислорода. Показания для хронической оксигенотерапии: парциальное давление кислорода в артериальной крови (PaO_2) <55 мм рт. ст. или насыщение гемоглобина кислородом (SpO_2) <88 %, обнаруженные 2 раза с интервалом в 3 недели; PaO_2 55–60 мм рт. ст. или SpO_2 88 % и легочная гипертензия; периферические отеки или гематокрит >55 %. У пациентов, отобранных к этому методу лечения, использование кислорода в течение ≥ 15 часов в день продлевает выживаемость. Цель — достижение $SpO_2 \geq 90$ %. ДКТ не рекомендуется пациентам с ХОБЛ,

продолжающим курить, не получающих адекватную медикаментозную терапию, направленную на контроль течения ХОБЛ.

У пациентов с ХОБЛ со стабильным течением, не нуждающихся в интенсивной терапии, возможно проведение длительной респираторной поддержки на постоянной основе — длительной домашней вентиляции легких (ДДВЛ). Параметры вентиляции обычно подбирают в условиях стационара, а затем проводится регулярное наблюдение за пациентами и обслуживание аппаратуры специалистами на дому. При проведении ДДВЛ рекомендуется использовать респираторы в ночное время и, возможно, несколько часов в дневное время.

Само по себе обучение пациентов самоконтролю и самопомощи — без других вмешательств — не улучшает результаты лечения, но вмешательства, основанные на участии пациентов в лечении (под наблюдением специалиста сестринского дела), улучшают их здоровье и сокращают частоту обращений в отделения неотложной помощи и количество госпитализаций. Школы для пациентов с ХОБЛ — обязательный этап в программе всего ухода за пациентом! Активное партнерство врач — медицинская сестра — пациент — требование дня!

Операции по уменьшению объема легких, трансплантация легких, бронхоскопические процедуры у пациентов с очень тяжелой ХОБЛ улучшает качество жизни, физическую выносливость и способность выполнять физическую нагрузку.

Коморбидные (полиморбидные) состояния — это ситуация, когда у пациента протекают одновременно несколько заболеваний, одно усиливает другое и их отрицательное влияние на организм не арифметически складывается, а геометрически умножается. Чаще всего ХОБЛ сочетается с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, остеопорозом, психическими нарушениями.... Прогноз наиболее неблагоприятен при сочетании ХОБЛ с группой сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальная гипертензия (АГ) и ХОБЛ — одно из самых распространенных сочетаний.

У больных ХОБЛ, имеющих 5 и более обострений в течение года, риск инфаркта миокарда увеличивается в 5 раз!

После первичной оценки пациента с ХОБЛ медицинская сестра должна уметь: объяснить пациенту природу заболевания и влияние факторов риска на его прогрессирование (понимание пациентом болезни имеет важное значение); дать пациенту советы относительно здорового образа жизни, внедрить меры по снижению воздействия факторов риска, в первую очередь курения табака, включая правильную диету и физические упражнения; сформировать навыки самоконтроля и самопомощи: обучить правильной ингаляционной технике, грамотному применению средств самоконтроля — пикфлоуметра, пульсоксиметра; средств респираторной поддержки и хронической оксигенотерапии; контролировать приобретенные навыки впоследствии; осуществлять мониторинг сопутствующих коморбидных заболеваний с целью снижения рисков их неблагоприятного течения; мотивировать на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2, гриппа и пневмококков; контролировать качество жизни пациентов с использованием стандартизированных респираторных тестов и опросников; настроить пациента на положительный результат лечения. Демонстрация пациентом высокой степени приверженности к лечению — гарантия продления его истории!

Список литературы:

1. Федеральные клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких. 2021г.. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Москва.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*г. Самара, врач-педиатр, врач ультразвуковой диагностики клиники интегративной медицины Эденгард Кузнецова М.В.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной» Гарибян Л.Р.*

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) дыхательных путей в настоящее время остаются одной из самых актуальных проблем педиатрии. По данным эпидемиологических исследований ОРЗ ежегодно переносят 64% детей, не достигших пятилетнего возраста. Оказание медицинской помощи детям с данной патологией обычно осуществляется амбулаторно, терапия назначается врачом педиатром, но основной уход за ребенком, контроль состояния, прием препаратов проводит медицинская сестра. За 44 недели 2023г. в Самарской области зарегистрировано 12608 случаев ОРВИ, показатель на 10 т.н. – 40,3, что ниже эпидемического порога на 7,9%. Превышение эпидемического порога зарегистрировано в возрастной группе 15 лет и старше на 53%. Заболеваемость ниже эпидемического порога в возрастных группах: 0-2 года на 60,3%, 3-6 лет на 62,9%, 7-14 лет на 49,8%.

По результатам лабораторного мониторинга отмечается циркуляция парагриппа, аденовирусов, риновирусов, РС-вирусов, сезонных коронавирусов, COVID-19.

Анатомо-физиологические особенности строения дыхательных путей у детей:

- все дыхательные пути имеют значительно меньшие размеры и более узкий просвет, чем у взрослых;
- слизистая более тонкая, нежная, легко повреждаемая;
- обильно васкуляризован более рыхлый, чем у взрослых, подслизистый слой;
- гиперплазия слизистых желез;
- склонность к бронхоконстрикции (дети младшего возраста, особенно – младенцы!);
- снижена эластичность легочной ткани, меньший объем и меньшая сила гладкомышечной мускулатуры;
- продукция сурфактанта и секреторного иммуноглобулина значительно ниже, чем у взрослых;
- хрящевой каркас мягкий и податливый, что создает условия для снижения барьерной функции слизистой оболочки.

Среди острых заболеваний органов дыхания у детей наиболее часто встречаются: острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, острый трахеобронхит, острый обструктивный бронхит.

В Российской Федерации в структуре заболеваемости болезнями органов дыхания у детей в возрасте 0-14 лет первое место занимают хронические заболевания аденоидов и миндалин.

Тенденции последних лет:

- увеличение частоты и тяжести респираторных заболеваний у детей;
- учащение числа аллергических заболеваний респираторной системы;
- активация герпесвирусов;
- манифестные формы паразитозов;
- увеличение коллабораций возбудителей и патогенов;
- тенденция к более раннему дебюту аллергических и хронических респираторных заболеваний;
- хронизация процессов.

Причины увеличения частоты бронхолегочных заболеваний у детей:

значительно выросшее воздействие ксенобиотиков (выхлопные газы, пластик, химические соединения, удобрения и т.д.), SARS-CoV-2 (COVID-19), изменение образа

жизни (нагрузки в образовательных учреждениях, малоподвижный образ жизни), изменение питания, ухудшение здоровья будущих родителей, стресс, возмутительно частое, необоснованное назначение антибактериальных препаратов – нарушение микробиоты.

Задачи терапии бронхолегочных заболеваний у детей:

- борьба с гипоксией!
- работа с воспалением;
- поддержка работы дренажных систем организма;
- освобождение дыхательных путей от секрета;
- помощь иммунной системе;
- работа с аллергическим воспалением.

Алгоритм лечения включает: немедикаментозные методы и медикаментозные лечения. Немедикаментозные методы лечения:

1. Обеспечение притока свежего воздуха, кислорода: прогулки - при отсутствии высокой температуры, проветривание, влажная уборка.
2. Улучшение функции дыхательной мускулатуры: дыхательная гимнастика , ЛФК, занятия физкультурой, спортом – вне болезни.
3. Лечебное питание: ограничение углеводов, дрожжесодержащих продуктов, белой муки, высокофруктозных фруктов.
4. Исключение аллергенов (казеин, сывороточные белки, глютен, пшеница, яичный белок и т.д.).
5. Увеличить в рационе ошелачивающие продукты (овощи, зелень, козий творог, рыба, растительный белок и т.д.).
6. Борьба с ацидозом: минеральная вода, вода с лимоном, овощные смузи. Исключить соки, особенно магазинные, сладкие газированные напитки, коровье молоко.
7. Регидратация, дезинтоксикация: вода, морсы, солевые растворы и т.д.
8. Дренажные мероприятия: постуральный вибрационный массаж, лечение положением.
9. Санаторно-курортное лечение.

Фармакотерапия заболеваний верхних дыхательных путей: солевые растворы (изотонические, гипертонические), антигистаминные препараты, деконгестанты (сосудосуживающие), топические кортикостероиды (мометазона фураат и т.п.), антисептики (хлоргексидин, гексэтидин, производные нитрофуранов, препараты йода, растительные компоненты и т.д.), противовоспалительные препараты (НПВП местного действия), ингаляционная терапия (физраствор, ацетилцистеин, амброксол и т.д.), местная противомикробная терапия (в том числе комплексные препараты), муколитики (средства, стимулирующие отхаркивание, препараты термопсиса, алтей, терпингидрат, эфирные масла, калия йодид и др), противовоспалительные препараты (парацетамол, ибупрофен), бронхолитики, блокаторы гистаминовых рецепторов, стабилизаторы мембран тучных клеток.

При лечении заболеваний верхних дыхательных путей большая роль выделяется Муколитикам (Бромгексин – уменьшает вязкость мокроты, имеет слабое противокашлевое действие). Амброксол – более выраженный откашливающий эффект, а также увеличение содержания сурфактанта. Не провоцирует обструкцию! Потенцирует действие антибиотиков. Карбоцистеин - отхаркивающее, противовоспалительное действие. Имеются данные о повышении уровня секреторного IgA. Ацетилцистеин - разжижение слизи, мокроты, гноя. Способствует синтезу глутатиона – сильного антиоксиданта, важнейшего компонента антиокислительной системы организма (повышает защиту клеток от повреждающего воздействия свободно-радикального окисления, свойственного интенсивной воспалительной реакции).

Препараты глицирризиновой кислоты (Реглисам) обладает противовоспалительным действием, подавляет репродукцию вирусов в печени и других органах за счет стимуляции

продукции интерферонов, повышения фагоцитоза, увеличения активности естественных клеток-киллеров. Оказывают гепатопротекторное действие благодаря антиоксидантной и мембраностабилизирующей активности.

Бронхолитики- представитель беродуал – комплексный препарат, содержит два компонента, обладающих бронхолитической активностью

Наиболее частым назначаемым противовоспалительным препаратом при обструкции - топические кортикостероиды (Пульмикорт), блокаторы лейкотриеновых рецепторов (Сингуляр).

Витаминная поддержка в виде витамина Д, Омега-3, витамин С, магний (цитрат, малат и др.), пробиотики.

Препараты, регулирующие дренажные функции (желчегонные, увеличивающие диурез и т.д.)

Принципы терапии заболеваний верхних дыхательных путей

Максимально использовать при кашле и мокроте – обильнейшее, щелочное питье и гипоаллергенная диета. Медицинская сестра следит за диурезом, отстукивает, помогает ребенку откашливать.

Основное лечение – симптоматическое, при бронхообструкции – адекватные дозы препаратов - роль медицинской сестры, помнить об анатомо-физиологических особенностях младенцев и маленьких детей, оказывать неотложную помощь, контролировать:

состояние пациента,

частоту дыхания,

прием лекарственных средств, назначенных врачом.

Медсестра - это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребенку, источник знаний и уверенность для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя, чтобы говорить (Вирджиния Хендерсон)

Список литературы:

1. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-terapii-ostryh-bronhitov-u-detey?ysclid=lq2omc5p5e525837140>
2. https://kazangmu.ru/files/prop_det_bol/Broncholegochnaya_patologiya.pdf?ysclid=lq2on6j82d762968429

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ С ТРАХЕОСТОМОЙ

***Преподаватель Полянская И.Н.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»***

По данным ВОЗ число стомированных людей в России около 100 000 человек. Значительная их часть – больные с трахеостомой.

Стомированные пациенты, начиная с раннего послеоперационного периода, сталкиваются с рядом серьезных физических, психологических и социальных проблем, в решении которых важная роль принадлежит медицинскому персоналу.

Его задача состоит в грамотном подходе, который включает в себя уход с применением современных средств, помощь в социальной адаптации посредством просвещения пациента и обучения правилам ухода за стомой.

Стома — искусственное отверстие, создающее сообщение между полостью любого органа и окружающей средой.

Трахеостома – стома трахеи.

Трахеостомия — хирургическая операция образования временного или стойкого соустья полости трахеи с окружающей средой, осуществляемая путём введения в трахею

канюли или подшивания стенки трахеи к коже. Может быть проведена в экстренном и плановом порядке с целью восстановления дыхания. Трахеостомия выполняется только врачом и только в асептических условиях.

Показания к стомированию: новообразования (90 % случаев), травмы, термические и химические ожоги, некоторые воспалительные заболевания, врождённые аномалии.

Задача медицинской сестры – уход за больным с трахеостомой. Кроме того, медицинская сестра должна знать виды стом, общие принципы ухода за стомированным больным, виды трахеостомических трубок, возможные осложнения.

По сроку наложения трахеостома может быть:

- временная, которая накладывается на определённый период времени для восстановления дыхания; и

- постоянная, которая накладывается в случае необратимого повреждения органа. (Такая стома принимает на себя функцию удалённой части органа и не может быть ликвидирована в процессе дальнейшего оперативного лечения).

Существует несколько видов трахеостомических трубок.

По материалу изготовления:

- из нержавеющей стали, из ПВХ, из силикона.



По наличию манжеты и количеству манжет:

- с одной манжетой (применяется сразу после операции, как временная, позволяющая подключить пациента к аппарату искусственной вентиляции легких). При использовании трахеостомической трубки с манжетой мешочек необходимо сдувать время от времени. В противном случае от постоянного давления и нарушении кровоснабжения в слизистой оболочке образуется пролежень с возможным образованием рубцов или свищей на трахее.

- с двумя манжетами (применяется для того, чтобы не образовывались пролежни и в тоже время защищали трахею от попадания слизи, пищи, слюны). Одну манжету надувают, вторую манжету сдувают поочередно, тем самым давая возможность восстановиться кровотоку в слизистой оболочке и препятствовать образованию пролежней. Нельзя, чтобы обе манжеты были надуты.

- без манжеты (применяется у пациентов, сохранивших дыхательную способность, но имеющих повреждения дыхательных путей выше трахеи).



По количеству канюль:

- Одинарные, состоящие из одной канюли.

- Двойные, состоящие из двух канюль (Считаются наиболее функциональными. Они имеют внешнюю и входящую в нее внутреннюю части. При необходимости, в целях замены или очистки, внутренняя трубка с легкостью извлекается).

По наличию фонационного окна:

- фенестрированные (с фонационным окном) Предназначаются для пациентов с сохраненными голосовыми связками. Если воздух может беспрепятственно поступать из легких в полость рта, то с помощью этого прибора больные приобретают возможность говорить. Фонационное окно, являющееся простым отверстием, направляет воздух от легких в голосовые связки. Вдохнув, пациент прикрывает наружное отверстие, расположенное на конце трубки, и на выдохе произносит слова.

- нефенестрированные (без фонационного окна)



Чаще всего используется двойная трахеостомическая трубка, состоящая из трёх частей: внешняя трубка (канюля), проводник с глухим концом (направляет трубку и применяется только при её введении), внутренняя трубка (канюля) с защёлкой- фиксатором (может извлекаться для промывания). Защёлка- фиксатор позволяет надёжно удерживать внутреннюю канюлю и должна быть всегда закрыта.



Уход за трахеостомической трубкой состоит из: правильной фиксации, своевременной замены канюли и санации дыхательных путей.

Фиксация трахеостомической трубки. (Используют специальные фиксирующие ленты, проводят своевременную их замену, проверяют правильность наложения фиксирующей ленты (1. Если между лентой и шеей остается свободное пространство и помещается 1-2 пальца, значит лента наложена правильно; 2. Если пальцы не помещаются, значит, лента наложена слишком туго, что может привести к осложнениям: сдавлению вен и развитию пролежней)).

Замена трахеостомической трубки проводится врачом при строгом соблюдении правил асептики и антисептики! Замену внутренней канюли необходимо повторять не менее двух раз в сутки. Несоблюдение этого правила может привести к грозному осложнению – асфиксии. Засохшая мокрота при сильном кашле может оторваться от стенок канюли и проскочить в трахею и бронхи, вызвав закупорку дыхательных путей.

Санация дыхательных путей может проводиться медицинской сестрой с помощью катетеров. Частота санации ротовой полости - по необходимости, трахеостомической трубки - не менее 2 раз в день.

Алгоритм.

1. Перед проведением санации закапать внутрь наружной трубки теплый стерильный содовый раствор, дать пациенту откашляться.

2. Смочить катетер в растворе хлорида натрия 0,9%.

3. Ввести катетер в трахеостомическую трубку на глубину 10 – 15 см, включить электроотсос и удалить содержимое трахеи, медленно извлекая катетер в течение 15 – 25 секунд.

4. Повторить процедуру 2 – 3 раза с интервалом для отдыха пациента.

Симптомы, свидетельствующие о скоплении слизи в полости рта, носа и трахеи (шумное клокотание внутри трубки, вытекание мокроты из отверстия трахеостомической трубки, затрудненный вдох и выдох, беспокойное поведение больного, попытки откашляться) являются показанием к санации!

Уход за кожей вокруг трахеостомы проводится медицинской сестрой.

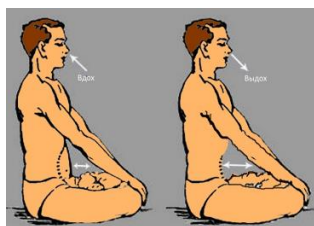
Алгоритм.

1. Снять фиксирующие ленты.
2. Очистить кожу вокруг трахеостомы с помощью салфеток, смоченных в тёплой кипячёной воде или растворе фурацилина.
3. Подсушить кожу с помощью салфеток.
4. Нанести на чистую кожу подсушивающий крем (цинковую пасту, пасту Лассара, мазь «Стомагезив»).
5. Удалить избыток мази или пасты с помощью салфетки.
6. Под ушки трахеостомической канюли завести стерильные салфетки с V-образным разрезом. После чего закрепить фиксирующие ленты на шее.



Проведение дыхательной гимнастики.

С целью профилактики дыхательных осложнений при уходе за больным с трахеостомой важно увлажнение воздуха и проведение дыхательной гимнастики.



Роль медицинской сестры при проведении дыхательной гимнастики заключается в санитарно- просветительской работе и обучении.

Задачи медицинской сестры:

- разъяснить возможность личной активной роли пациента в общей тактике процесса выздоровления;

- ознакомить с изменениями в биомеханике дыхания с учетом наличия трубки;

- обучить программе специальной дыхательной гимнастики.

Комплекс дыхательной гимнастики включает:

- упражнения по обучению диафрагмальному и ритмичному дыханию,

- упражнения для тренировки нервно-мышечного аппарата гортани и трахеи,

- упражнения, направленные на укрепления мышц шеи и воротниковой зоны (проявляя повышенную осторожность с учетом трахеостомы).

Дыхательная гимнастика оказывает положительное влияние:

- на сложную координационную деятельность гортанных мышц-антагонистов, на голосовые складки (способствует тренировке голосовых складок, что является важным условием при выполнении акта дыхания, а также обеспечения совместного осуществления дыхательной и защитной функции гортани),

- на показатели функции внешнего дыхания,

- на дыхательную и сердечно-сосудистую системы,

- на общее психоэмоциональное состояние стомированного пациента.

Реабилитация стомированных пациентов.

Реабилитационный процесс - это поэтапное восстановление нарушенных функций организма и трудоспособности пациента.

Медицинская сестра активно участвует в медицинском и психологическом аспектах реабилитации. Это уход за стомированным больным: подбор и обеспечение средствами для ухода; обучение пациента, которое является важной составной частью реабилитации; рационализация образа жизни (исключение тяжёлого физического труда); психологическая поддержка (важно помочь понять, что стома не является болезнью).

Ведущая роль в послеоперационной реабилитации стомированных пациентов принадлежит медицинскому персоналу хирургических отделений и кабинетов для стомированных больных. По инициативе членов международной ассоциации стомированных пациентов со 2 октября 1993 года ежегодно отмечается Всемирный День стомированных пациентов.

При уходе за стомированными пациентами медицинская сестра должна стараться предоставить ему максимальную независимость и комфорт, что способствует сохранению его достоинства.

Список литературы:

1. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (вместе с "СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы...") (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500)

2. Обуховец, Т. П. Сестринское дело и сестринский уход: учебное пособие / Т. П. Обуховец. – М: КноРус, 2017. – 680 с. – ISBN 978-5-406-05333-1

3. Пряхин, В. Ф., Грошилин В. С. Сестринский уход при хирургических заболеваниях: учебник / под ред. И. Н. Самуйлова. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN: 978-5-9704-5042-0

4. Основы паллиативной помощи / под ред. Р. Твайкросса, Э. Уилкока / пер. с англ.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» — В. В. Ерохина, Г. Ш. Юнусова. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. — 456 с.

5. Горбачев В.И., Итыгилов М.Ю. Некоторые нормативные аспекты трахеостомии. Анестезиология и реаниматология. 2019;(5):22-29.

6. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Трахеостомия>

7. http://www.meduhod.ru/components/medical_treatment/trakheostoma.shtml

8. <http://tracheostoma.ucoz.ru/index/0-2>

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Преподаватели Каюмова А.Н.

Хасьянова Е.В.

г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной», ОДПО

Учитывая локализацию патологического процесса в настоящее время при лечении большинства острых и хронических заболеваний респираторного тракта у детей используется преимущественно ингаляционная терапия.

Ингаляционная терапия - метод лечения, основанный на проникновении лекарственных веществ в виде аэрозоля в дыхательные пути человека с помощью специальных приборов – ингаляторов. Основная цель ингаляционной терапии – это достижение максимального местного терапевтического эффекта при незначительных проявлениях системного побочного действия или вообще его отсутствии.

Существенным преимуществом ингаляционной терапии (ИТ) является высокая концентрация медикаментов в дыхательных путях при незначительном общем количестве препарата и низкой его концентрации во всем организме. В отличие от приема внутрь, исключается эффект «first pass» (первого прохода) и снижение активности препарата в печени. Клинический эффект наступает значительно быстрее при минимальных побочных эффектах терапии. Так же данный способ ведения ЛС является простым и безболезненным.

К недостаткам ингаляционной терапии можно отнести следующие моменты: не все группы лекарственных средств могут доставляться ингаляционно, возможность местного раздражающего действия препарата из-за его оседания в ротоглотке (до 80%), зависимость эффективности лечения от полноты доставки лекарственного препарата к органу-мишени и ошибок, допускаемых пациентами в технике выполнения ингаляции, а, следовательно, возникает необходимость в обучении пациента технике выполнения ингаляции и периодическом контроле.

В аэрозольной форме вводят различные группы препаратов (антибактериальные, противогрибковые, гормональные, бронхолитики, муколитики, ферменты, минеральные воды, биостимуляторы, биологически активные вещества, растительного происхождения), которые позволяют нам бороться с инфекцией, снять воспаление, отек со слизистой оболочки бронхов, устранить спазм, улучшить дренажную функцию, поддерживать мукоцилиарный клиренс, регулировать степень увлажнения.

Несмотря на то что термин «аэрозоль» появился лишь в 20-х годах XX в., ингаляционная терапия, предназначенная для терапии некоторых заболеваний, применяется уже около 4 тысячелетий, известно, что ингаляции паров ментола и эвкалипта использовались в древнем Египте, Индии, Китае, упоминания об ингаляциях ароматных дымов различных растений встречаются в трудах Гиппократ и Галена.

Для вдыхания паров лекарственных веществ были созданы различные типы устройств.

В 1948 г. впервые было представлено устройство Aerohalor, предназначенное для ингаляции порошка пенициллина G.

В 1955 г. доктор G. Maison инициировал идею создания ДАИ, который он планировал применять у своей дочери-подростка, страдающей бронхиальной астмой.

В 1858 г. J. Sales-Guyons сконструировал первый портативный небулайзер.

В течение последних 60 лет произошли существенные изменения в технологии ингаляционных устройств, на сегодняшний день различают следующие типы:

- дозирующие аэрозольные ингаляторы (ДАИ), которые могут применяться самостоятельно, со спейсером или аэрокамерой,
- ДАИ, активируемые вдохом,
- «Мягкие» аэрозоли типа Респимат,
- порошковые ингаляторы (ПИ),
- небулайзеры.

Степень депонирования лекарственного средства в дыхательных путях является одним из главных параметров эффективности ингаляционного устройства и колеблется от 4 до 60% отмеренной дозы. Поэтому выбор средства доставки при различных заболеваниях часто имеет принципиальное значение.

На эффективность воздействия лекарственных аэрозолей влияют дисперсность составляющих его частиц, температура аэрозоля, режим дыхания.

В зависимости от дисперсности частиц аэрозоля меняется глубина их проникновения в дыхательные пути. Крупнокапельные и мелкокапельные оседают на слизистой оболочке полости рта, носоглотки и глотки. Низкодисперсные достигают уровня трахеи и крупных бронхов. Среднедисперсные проникают до уровня долевых и сегментарных бронхов. Высокодисперсные проникают наиболее глубоко, до альвеол.

Исследованиями доказано, что температура вдыхаемых аэрозолей серьезно влияет на мерцательный эпителий и состояние самого лекарственного вещества. При температуре

вдыхаемого лекарственного препарата выше +39-40°C подавляется функция мерцательного эпителия (выше 41 градуса происходит его гибель). Растворы температурой ниже +25-28°C являются холодным раздражающим фактором. Оптимальной температурой аэрозоля считается +36-38°C. Следует так же отметить, что многие препараты резко снижают, или даже теряют свою биологическую активность при нагревании их до высоких температур. В связи с этим, применение тепловлажных и паровых ингаляций для лечения воспалительной патологии не целесообразно.

Вдыхаемый человеком аэрозоль проникает в легкие тем интенсивнее, чем глубже и спокойней дыхание, при частом поверхностном дыхании лишь незначительная часть воздуха достигает альвеол.

Выбор средств доставки у детей зависит от возраста и способности ребенка выполнять инструкции, связанные с техникой ингаляции. Небулайзер может применяться в любом возрасте. ДАИ со спейсером также применяется у детей любого возраста, меняется лишь объем используемой камеры. ПИ можно начинать применять у детей старше 4-х лет, а ДАИ без спейсера – у детей старше 7 лет.

ДАИ обеспечивают ингаляцию определенной дозы суспензии лекарственного вещества, находящейся в баллончике под определенным давлением. К преимуществам ДАИ можно отнести оптимальный размер выделяемых частиц лекарственного препарата, его компактность, отсутствие риска контаминации, невысокую стоимость. К недостаткам относятся: слишком высокая скорость аэрозольного облака после активации ингалятора, невозможность назначения больших доз препарата и, самое главное, технические сложности при выполнении ингаляции, приводящие к значительным потерям лекарственного средства.

Использование спейсера совместно с ДАИ позволяет во многом избежать проблемы координации вдоха и ингаляции (что важно для детей), снижается также риск побочных эффектов за счет уменьшения депозиции ингалируемого препарата на слизистой оболочке ротоглотки и уменьшения системной биодоступности. По данным ряда исследований, эффективность ДАИ в комбинации со спейсером сопоставима с таковой при использовании небулайзеров, однако количество вещества, поступающего при этом в легкие, может сильно различаться. Так, у 38 % детей первых лет жизни ингаляции сопровождаются плачем, при этом в случае использования ДАИ со спейсером легочная депозиция препаратов снижается примерно в 6 раз, в то же время при ингаляции через небулайзер влияние плача выражено существенно меньше и депозиция снижается лишь в 2,4 раза. Спейсеры нельзя использовать вместе с ДАИ активируемыми вдохом.

При использовании ПИ распределение препаратов в легких лучше или сходно с таковым у ДАИ, при этом обеспечивается возможность визуального контроля качества доставки препарата, отсутствие проблемы синхронизации, отсутствие пропеллентов, компактные размеры, наличие счетчика доз. К недостаткам ПИ можно отнести: нестабильное дозирование при разной скорости вдоха, вероятность значительного осаждения препарата в ротоглотке, потерю эффекта, если пациент произведет выдох через устройство. При использовании ПИ требуется достаточно высокая скорость вдоха пациента (60–90 л / мин). Это обстоятельство ограничивает их использование в педиатрической практике

Наиболее оптимальной системой доставки лекарственных препаратов в дыхательные пути у детей любого возраста является небулайзер.

Небулайзерная терапия – метод ингаляционной терапии, использующий эффект преобразования жидких форм лекарственных препаратов в мелкодисперсный аэрозоль. Различают 3 типа небулайзеров:

компрессорные (струйные), ультразвуковые и мембранные (mesh). С помощью компрессорного и меш-небулайзеров можно ингалировать любые растворы, предназначенные для проведения ингаляционной терапии, ультразвуковые небулайзеры имеют ограничения, н-р нельзя вводить антибиотики, муколитики, глюкокортикостероиды.

Основные достоинства небулайзеров:

- независимость качества ингаляций от дыхательного маневра больного и скорости воздушного потока,
- обеспечение проникновения лекарственного средства в плохо вентилируемые участки бронхов,
- возможность введения больших доз лекарственных средств,
- возможность применения различных препаратов через одно ингаляционное устройство.

Так как при использовании небулайзера не требуется специальной техники вдоха, он может применяться даже у новорожденных, а также у пациентов в период обострения заболевания, когда наличие симптомов (например, одышки) не позволяет совершить адекватный ингаляционный маневр.

При проведении ингаляции используются различные насадки. Для доставки лекарственного аэрозоля в полость носа, носоглотки и околоносовых пазух используется назальная канюля. Маска служит для доставки лекарственного аэрозоля преимущественно в полость носа, околоносовых пазух, носоглотки, гортань, трахею. Мундштук - оптимален для подачи лекарств в средние и нижние отделы дыхательных путей.

Для доставки лекарств в средние и нижние отделы дыхательных путей у детей раннего возраста используется маска соответствующего размера, с 3–4 лет – рекомендуется использовать мундштук, т.к. при применении маски снижается доза ингалируемого вещества за счет его оседания в носоглотке.

Таким образом, в настоящее время ингаляционная терапия является наиболее эффективным методом лечения заболеваний органов дыхания. Это связано с оптимальной возможностью доставки необходимых препаратов непосредственно в дыхательные пути, что способствует скорейшему купированию симптомов и уменьшению тяжести течения заболеваний.

Современное ингаляционное оборудование позволяет улучшить результаты комплексного лечения респираторных заболеваний, способствует уменьшению осложнений, особенно у детей раннего возраста, но важным условием эффективности ингаляционной терапии является правильное выполнение пациентом техники ингаляции.

Список литературы:

1. Бродская О.Н. Небулайзерная терапия при обструктивных заболеваниях легких: вчера, сегодня, завтра//Астма и аллергия. 2019. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nebulayzernaya-terapiya-pri-obstruktivnyh-zabolevaniyah-legkih-vchera-segodnya-zavtra>
2. Колосова Н.Г., Геппе Н.А. Ингаляционная терапия в педиатрии: от фундаментальной науки к практическому использованию. Педиатрия. 2018; 3: 66–68.
3. Локшина Э.Э., Зайцева О.В. Ингаляционная терапия у детей: новые возможности. Пульмонология. 2019;29(4):499-507. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-4-499-507>
4. Лещенко, И. В. Место небулайзерной терапии в клинической практике / И. В. Лещенко, В. Е. Евдокимов // Фарматека. - 2020. - № 27(5). - С24- 32
5. Малахов А.Б., Колосова Н.Г. Небулайзерная терапия в педиатрической практике. Пульмонология. 2017;27 (1): 122–126.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

*Заведующий детским психиатрическим отделением ГБУЗ СОКПБ,
ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии САМГМУ,
ГВС по детской психиатрии МЗ СО Карпухина С.Б.*

На современном этапе развития медицинской науки актуальными представляются новые тенденции в изучении психических расстройств в общей медицине и, в частности, в пульмонологии, реализующиеся с учетом особенностей их клинической структуры и механизмов возникновения.

Психические нарушения, реализующиеся в пределах системы органов дыхания это:

- ✓ соматизированные расстройства (аффективные, тревожно-мнительные, истерические, шизоидные, параноидные);
- ✓ расстройства невротического уровня (функциональные респираторные синдромы): гипервентиляционный синдром, дисфункция голосовых связок, психогенный кашель.

Выявляются следующие психические расстройства, обусловленные легочной патологией: нозогенные реакции, соматогении, ятрогении, манифестирующие на фоне фармакотерапии ряда легочных заболеваний

Спектр психических нарушений при бронхолегочной патологии достаточно широк и включает: преимущественно депрессивные – в пределах от 13,0 до 42%, тревожные – 20,3–55%, соматоформные (ипохондрические) – до 7%, личностные расстройства. Выявлен феномен «избирательности накопления психических нарушений», проявляющийся в следующем:

1. Астенические нарушения преобладают при саркоидозе;
2. Нозогенные (тревожно-фобические, депрессивные, гипонозогнозические) психические нарушения преобладают при бронхиальной астме (БА), при хронической обструктивной болезни легких, при идиопатическом легочном фиброзе;
3. Соматогенные/ятрогенные («туберкулезная эйфория») расстройства;
4. При некоторых нозологиях (в частности, туберкулез) отмечена высокая коморбидность с психическими заболеваниями.

Психические расстройства, спровоцированные легочной патологией следующие: это нозогенные реакции – реакции, возникшие в связи с тяжелым легочным заболеванием. В ряду основных предрасполагающих факторов для формирования нозогений центральное место занимает феномен «семантики» диагноза, субъективно тяжелых клинических проявления телесного страдания, а также конституциональная предрасположенность и наличие в анамнезе пациента психических расстройств. Выявляют следующие нозогении: это нозогении, возникающие в связи с психотравмирующим воздействием семантики диагноза, тяжело переносимых симптомов соматического страдания; это соматогении/ятрогении, протекающим с преобладанием ипохондрических расстройств: тревожно-фобических (в том числе социофобическим), ипохондрической депрессии и гипомании (эйфорическая ипохондрия), сверхценной и аберрантной ипохондрии.

Ипохондрические тревожно-фобические реакции формируются чаще всего у детей, больных БА, у пациентов с ХОБЛ и туберкулезом. Встречаемость тревожно-фобических расстройств при БА достигает 57%, при туберкулезе – 47%, а у больных ХОБЛ равна 19,6%. Ипохондрические нозогении с преобладанием ТФР определяются в первую очередь ипохондрическими фобиями (танатофобия, ангинофобия), а также тревожными опасениями инвалидизации, прогрессирования легочного заболевания и пр. К такого рода нозогениям также относятся реакции по типу невроза ожидания (накануне лечебных или

диагностических процедур).

Для детей - пациентов с тревожно-фобическими реакциями, коморбидными патологиями дыхательной системы, характерны страхи, связанные прежде всего с приступами БА или одышкой.

Содержание тревоги о здоровье отражает возможность летального исхода из-за нарастания дыхательной недостаточности, представления о собственной беспомощности перед проявлениями хронического телесного недуга.

На первом плане – страх потерять контроль над ритмом дыхания, утратить способность «правильно» дышать, перенапрячь и без того пораженные болезнью внутренние органы (легкие, сердце и т.д.), что может повлечь за собой развитие таких тяжелых осложнений, как астматический статус.

Ипохондрические страхи у пациентов с тревожно-фобическими нозогениями сопряжены с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установлением щадящего, «предохраняющего» режима. При этом пациенты не довольствуются соблюдением полученных от специалистов рекомендаций относительно медикаментозного лечения, диеты и т.д. Характерно стремление самостоятельно дозировать медикаменты, включая глюкокортикостероиды, ориентируясь не на результаты пикфлоуметрии, а на аномальные телесные ощущения, зачастую не связанные с проявлениями БА. Некоторые больные обнаруживают черты избирательной ипохондрической фиксации на определенных противоастматических препаратах, настаивая на «эффективности» лишь этих лекарственных средств в максимальных или минимальных количествах.

Социофобические (сенситивные) реакции формируются по механизму «ключевого переживания», связанного с ущербом для облика пациента и тягостной социальной стигматизацией в случае носителя инфекции – при туберкулезе. Формирование нозогенных реакций неблагоприятным образом не только сказывается на приверженности пациентов соматотропной терапии, но и приводит к формированию резистентных форм болезни – при туберкулезе (отказ от посещения медицинских учреждений – и, соответственно, от необходимых лечебных процедур), соотносится (при сочетании сенситивных идей с депрессивным аффектом) с высоким суицидальным риском у этой категории больных. На первый план выступают идеи отношения, тесно переплетенные с ощущением собственной недостаточности (увечности), физической неполноценности, непоправимости вреда, который нанесла болезнь в целом, и «отталкивающие» проявления БА, туберкулеза (выделение большого количества мокроты, кровохарканье). Больные замечают «осуждающие», «брезгливые» взгляды окружающих, их «шиканье» и т.д. Сенситивные идеи отношения и связанные с ними явления социофобии сопровождаются избегающим поведением. Больные отказываются от общения с незнакомыми людьми из-за страха, что их будут рассматривать в качестве источника инфекции, ограничивают круг общения ближайшими родственниками, которые знают о происхождении их болезненных симптомов и «привыкли» к ним. Ипохондрические депрессии встречаются при основных легочных заболеваниях: БА, туберкулез, ХОБЛ, саркоидоз, идиопатический легочный фиброз.

Распространенность нозогенных депрессий среди пациентов пульмонологических отделений варьирует в пределах 26–66%. Однако в соответствии с собственными наблюдениями, совпадающими с данными ряда публикаций, наибольший аффинитет к аффективным расстройствам обнаруживают такие легочные заболевания, как БА и туберкулез.

Аффективные реакции – гипотимия (снижение настроения) с чувством безнадежности, пессимистическим восприятием ситуации, связанной с болезнью легких, тревожными опасениями и фобиями, ассоциирующимися с актуальным соматическим страданием. Представления об опасности нарушений деятельности легких, которые «не дышат», необратимая измененность болезнью, вообще не поддающимся лечению,

однообразные мысли об «утраченном здоровье», «бесперспективности» будущего, опасениях неконтролируемости и прогрессирования заболевания. Пессимистическое восприятие ситуации, связанной с болезнью респираторной системы, распространяется в том числе и на ее социальные последствия.

Выраженные проявления вегетативной нервной системы (потливость ладоней, тремор пальцев рук, похудение, нарушения сна, вялость). Эйфорическая ипохондрия – «улыбающаяся депрессия», чаще всего наблюдается у больных туберкулезом. Гипоманиакальные состояния наблюдаются также как следствие лечения системными глюкокортикостероидами, проявляется прежде всего расторможенностью влечений, подъемом настроения и кажущейся беспечностью, сосуществующей в рамках смешанного состояния с явлениями гипотимии с осознанием трагичности ситуации и собственного положения. Соматогении возникают вследствие воздействия на психику инфекции, интоксикации, хронической гипоксии.

Ятрогении являются осложнением лечения системными глюкокортикостероидами, противотуберкулезными препаратами.

Соматогенная астения наблюдается при тяжелых формах легочной патологии туберкулезный менингит, саркоидоз, ХОБЛ с развитием хронической дыхательной недостаточности. Может манифестировать как в продроме, так и на других этапах болезни органов дыхательной системы.

Соматогенные депрессии формируются на фоне дыхательной недостаточности у пациентов с ХОБЛ. Встречаются в 1,6% случаев.

Проявления соматогенной депрессии – тревожно-дисфорический аффект, апатия, плаксивость, выраженная астения и когнитивные нарушения, психосоматический параллелизм. Проявления гипоманиакальных состояний – сочетание повышенного настроения с ускоренным темпом речи, расторможенностью влечений, быстрой истощаемостью, вспыльчивостью, дисфорическими проявлениями. Среди контингента детей с психической патологией (с установленным диагнозом шизофрении, умственной отсталости) и вместе с тем больных туберкулезом частота встречаемости соматогенных психотических расстройств значительно выше – до 5,4%. Делирий соответствует традиционным критериям экзогенных психозов: нарушения сознания (полная или частичная дезориентировка в окружающем), страх с наплывами парейдолий (иллюзорные образы, в качестве основы которых выступают детали реального объекта), зрительными и вербальными галлюцинациями, чувственный бред, двигательное возбуждение, бессонница.

Проявления Делирия уменьшаются при улучшении состояния с формированием ретроградной амнезии на период психоза. На протяжении 5–7 дней после завершения делирия сохраняются неустойчивость настроения, подавленность, астения.

Роль медицинской сестры в выявлении, профилактике психических расстройств у детей, выявление риска суицидальных действий велика. Именно внимательное наблюдение медицинской сестры за состоянием ребенка, создание ею здорового микроклимата и доброжелательного отношения к пациенту способствует выздоровлению пациента. Своевременное информирование врача медсестрой об изменении состояния (снижение настроения, суицидальные мысли, отсутствие аппетита, снижение веса ребенка) является залогом профилактики развития психических расстройств у ребенка с бронхолегочной патологией.

Список литературы:

1. <https://www.mediasphera.ru/journal/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova>
2. <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-agressivnosti-v-strukture-bronholegочноy-patologii-u-detey?ysclid=lq2o2q8dti352855249>

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Преподаватели
Андреева Е.В., Инюшкина Ю.Е.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной»*

После перенесённого заболевания COVID-19 пациенты часто страдают от осложнений, которые сильно ограничивают их работоспособность и качество жизни. Тяжёлое течение заболевания COVID-19 (например, при искусственной вентиляции лёгких или лёгочной недостаточности) может привести к тяжёлым осложнениям, более лёгкое течение заболевания часто также вызывает длительные расстройства состояния здоровья.

Период восстановления после перенесенного коронавируса зависит от того, насколько сильным был иммунитет у человека до болезни, в какой форме протекал инфекционный процесс, в среднем реабилитация длится от 2 недель до 1,5 месяцев.

Легкая форма коронавируса сопровождается дискомфортом в горле, потерей аппетита. Температура повышается незначительно (до 37,5) или понижается (до 35,7—35,8 градусов). Уже спустя неделю после выздоровления человек чувствует себя нормально.

Коронавирус средней тяжести вызывает повышение температуры до 38,5—38,7 градусов. Гипертермия сохраняется 1-2 суток, постепенно температура снижается. Возможна заложенность носа, утрата нюха и вкусовых ощущений, боль в горле. Иногда возникает одышка. Состояние улучшается на 5-8 день после начала болезни. Полностью исчезают симптомы и слабость спустя 7-10 дней, реже через 3 недели после коронавируса.

Коронавирусная инфекция в тяжелой форме провоцирует нарушение дыхательной функции, работы нервной системы, пищеварительных органов. Лечение проводится в стационарных условиях. После выписки из больницы сохраняется слабость 2-4 недели. Для восстановления нормальной функции пострадавших органов требуется от 3 до 6 месяцев.

Самой уязвимой перед коронавирусом является дыхательная система. Инфекция провоцирует двустороннюю пневмонию, в результате которой стенки альвеол теряют эластичность, заменяются фиброзной тканью. Отражается перенесённый коронавирус и на других системах, органах.

В зависимости от того, насколько и какая именно система пострадала, врачи рекомендуют уделить особое внимание реабилитационным мероприятиям. Большая роль в организации и проведении реабилитационных мероприятий после коронавирусной инфекции отводится медицинской сестре.

Реабилитация нужна всем пациентам, вне зависимости от наличия и выраженности у них вышеперечисленных нарушений функций. Особенно в ней будут нуждаться пациенты, перенесшие инфекцию в среднетяжелой и тяжелой формах.

Реабилитационные мероприятия должны длиться непрерывно с момента заболевания до 2 – 3 месяцев, в зависимости от изменения состояния пациента. Этот процесс строго индивидуальный. Рекомендуется начинать мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с коронавирусной инфекцией в условиях отделений интенсивной терапии при достижении стабилизации состояния пациента и продолжать их после завершения лечения в стационаре в домашних условиях. Мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с коронавирусной пневмонией или респираторную реабилитацию рекомендовано проводить силами специалистов мультидисциплинарной бригады (лечащий врач, врач ЛФК, врач-физиотерапевт, инструктор-методист по ЛФК, палатная медицинская сестра и другие специалисты), прошедших специальную подготовку в рамках специальных программ дополнительного профессионального образования.

Реабилитация больных, перенесших тяжелую форму течения коронавирусной инфекции проводится в три этапа: в стационаре во время госпитализации (в отделении интенсивной терапии и в терапевтическом отделении), в круглосуточном отделении медицинской реабилитации, в отделении медицинской реабилитации дневного стационара или поликлиники (а также на дому).

1 этап реабилитации.

Медицинская сестра по назначению врача обеспечивает пациента нутритивной (питательной) поддержкой - особое питание, витамины. Проводит респираторную реабилитацию – обучает специальным дыхательным упражнениям и при необходимости осуществляет кислородную поддержку.

Медицинская сестра по возможности проводит раннюю пассивную мобилизацию, которая включает в себя физиотерапевтические процедуры, циклические тренировки на прикроватном велотренажере. На этом этапе медицинская сестра показывает дыхательные и физические упражнения, объясняет важность реабилитации. Обучение можно проводить с использованием видео- и телемедицинских технологий.

На 1 этапе реабилитации медицинской сестрой уделяется большое внимание диетическому питанию. Необходимо питаться малыми количествами, часто, 5-6 раз в день, так как организму нужны и белки, и жиры и углеводы, но сладкое стоит заменить большим количеством клетчатки (овощи, зелень)

Сестринский персонал контролирует соблюдение питьевого режима: не менее 2500 мл жидкости в сутки.

Медицинская сестра уделяет особое внимание мероприятиям по улучшению дренажной функции лёгких. Для пациентов с нарушением дренажной функции лёгких она использует метод постурального дренажа. Продолжительность процедуры должна составлять от 10 до 20 минут в зависимости от состояния пациента. Для дренирования нижних отделов лёгких она придает положение пациенту «лежа» на животе и чередует с положением Симпса с опущенным изголовьем или «на спине» на наклонной плоскости (на кровати, специальной кушетке или койке), установленной под углом 30–45° к полу, при этом головной конец кровати должен быть ниже ног.

Медицинская сестра контролирует отхождение мокроты и рекомендует упражнения на восстановление дыхания. Дыхательные нагрузки выполняются в положении сидя или полулежа,

к таким упражнениям относят упражнение “Велосипед”. Важно, что упражнения должны быть регулярными и с достаточно высокой частотой от 4 до 6 дней в неделю.

Пациентам, которые перенесли коронавирусную инфекцию с легочной патологией, назначается лечебная физкультура во время 1 этапа реабилитации, которую проводит инструктор ЛФК и медицинская сестра. ЛФК укрепляет ослабленные болезнью мышцы, стимулирует кровообращение, приводит в норму нервную систему.

Кроме того, медицинская сестра, по назначению врача следит за выполнением ингаляций пациентами. Проводятся ингаляции через прибор небулайзер. Для ингаляций используют готовые увлажняющие препараты на основе физиологического раствора и отхаркивающие препараты. При необходимости назначаются бронхорасширяющие и противовоспалительные средства.

Для улучшения вентиляции и отхождения мокроты рекомендуется применение ингаляций муколитика с использованием индивидуального компрессорного ингалятора, дренажных положений и дыхательных упражнений с удлиненным форсированным выдохом в зависимости от тяжести состояния пациента и локализации процесса.

Особое внимание медицинской сестрой уделяется режиму сна во время 1 этапа реабилитации. Спать после болезни необходимо не меньше 7 часов, полезен дневной сон.

Рекомендуется проветривание спальни перед сном, исключать физическую активность за 2 – 3 часа до времени сна. Если есть возможность, то перед сном можно совершить небольшую прогулку на свежем воздухе, ужин завершить за 1,5 – 2 часа до сна.

Все мероприятия по медицинской реабилитации должны включать ежедневный мониторинг температуры, SaO₂, SpO₂/FiO₂, кашля, одышки, частоты сердечных сокращений, пульса, частоты дыхания, подвижности грудной клетки и передней брюшной стенки.

2 этап реабилитации включает в себя ингаляцию с применением препаратов, облегчающих восстановление функции легких, дыхательные упражнения с удлиненным форсированным выдохом, мобилизацию грудной клетки и ребер, массаж, физиотерапию, а также специальные упражнения, развивающие силу и выносливость ведущих мышечных групп.

Целесообразно избегать стрессовых ситуаций. Рекомендуется психологическая коррекция и психотерапия, при которой специалист помогает избежать постстрессовых расстройств. Все эти мероприятия проводятся на дому под контролем медицинской сестры. Большую работу амбулаторно медицинская сестра осуществляет по факторам риска, включающие рекомендации по отказу от вредных привычек, курения и алкоголя, которые способствуют повышенному тромбообразованию, что является одной из причин осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт. Медсестрой проводится работа по коррекции веса, с учетом индекса массы тела, по профилактике гиподинамии, мероприятия по предотвращению заражением сезонных заболеваний (вакцинация, повышение иммунитета, ЗОЖ).

Таким образом, роль медицинской сестры в уходе и реабилитации пациентов с перенесенной коронавирусной инфекцией с легочными осложнениями достаточно обширна, включает в себя весь комплекс восстановительных процедур на всех этапах реабилитации.

Современная медицинская сестра должна владеть всеми навыками реабилитации и ухода за пациентами в целях улучшения качества и продолжительности жизни пациента.

Список литературы:

1. Белкин А.А., Авдюнина И.А., Варако Н.А., и др. Реабилитация в интенсивной терапии. Клинические рекомендации // Вестник восстановительной медицины. 2021. № 2. С . 139-143.

2. Бусева Г.Р., Антипенко П.В., Арьков В.В. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство. Межрегиональное научное общество физической и реабилитационной медицины. Москва. "ГЭОТАР-Медиа". 2020. 688 с.

3.Гречко А.В., Евдокимов Е.А., Котенко О.Н., Крылов К.Ю., Крюков Е.В., Луфт В. М. и др. Нутритивная поддержка пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 // Клиническое питание и метаболизм. 2020. Т. 1, № 2. С. 56-91.

4.Иванова М.И., Иванов В.М., Щеглова Ю.М., Коваленко А.Л., Таликова Е.В. Медицинская реабилитация больных пожилого и старческого возраста с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией COVID-19. Антибиотики и Химиотерапия. 2022. С.36-41.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПНЕВМОНИЕЙ

***Преподаватели Габбасова Л.И., Газизуллина Г.Х.,
г. Сибай, ГАПОУ РБ «Сибайский медицинский колледж»***

Пневмония - острое инфекционное заболевание, различное по этиологии (преимущественно бактериальное), характеризующееся очаговыми поражениями легких с внутриальвеолярной экссудацией, что проявляется выраженными в различной степени интоксикацией, респираторными нарушениями, локальными физикальными изменениями со стороны легких и наличием инфильтративной тени на рентгенограмме органов грудной клетки [2].

Актуальность темы обусловлена тем что, на сегодняшний день пневмония является распространенным видом заболевания. И не смотря на развитие современной медицины и создания новых видов антибактериальных препаратов, очень высок риск развития летальных исходов среди населения заболевающих пневмонией. В зависимости от эпидемиологической обстановки заболеваемость пневмонией в России колеблется в пределах 410 на 1000 населения. В структуре смертности от болезней органов дыхания в РФ в 2019 г. на долю пневмоний приходилось 41,9%; смертность в 2018 г. составила 17,0 на 100 тыс. населения. За последние годы в нашей стране наблюдается тенденция дальнейшего роста заболеваемости пневмонией [8].

Цель работы: исследование роли медицинской сестры в уходе за пациентами с пневмонией.

В соответствии с целью работы были поставлены следующие задачи:

- 1) изучить в медицинской литературе проблемы пневмонии, причины и клинику заболевания;
- 3) изучить особенности сестринского ухода за пациентами с пневмонией.

Пневмонию классифицируют по этиологии: 1) бактериальные - пневмококк, стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, палочка фридлендера, легионелла и др.; 2) вирусные - вирусы ОРВИ, гриппа; 3) атипичные - микоплазма, хламидии; 4) грибковые - кандиды, актиномицеты; 5) смешанные.

Выделяет классификацию по ситуации: 1) внегоспитальные (возникает внебольничной обстановке); 2) госпитальные (внутрибольничные, нозокомиальные - развивается через 48 часов госпитализации); 3) аспирационные; 4) пневмонии при иммунодефиците - пневмоцистная.

По характеру поражения лёгочной ткани: 1) очаговая пневмония (бронхопневмония); 2) долевая пневмония (крупозная, плевропневмония); 3) интерстициальная пневмония - вовлекается в процесс соединительная ткань стенок альвеол, мелких бронхов и кровеносных сосудов [14].

Основные проблемы пациента: кашель, выделение мокроты, боли в грудной клетке и одышка. К дополнительным жалобам, которые обычно обусловлены интоксикацией, относятся общая слабость и потливость различной степени, повышение температуры тела (нередко до 39-40 °С), снижение аппетита, тошнота, иногда рвота [10].

Сестринский уход при пневмонии должен заключаться ни только в уходе, но и в профилактике затяжного течения болезни и повторного заболевания пневмонией:

А. Независимые сестринские вмешательства:

- Обеспечить постельным режимом.
- Соблюдать температурный режим палаты или комнаты не менее +22⁰ градусов Цельсия [8]. Проветривать палаты не менее 4-х раз в день и проводить влажную уборку с применением моющего средства с дезинфицирующим эффектом или дезинфицирующего средства.

- Проводить кислородотерапию по показаниям. Рекомендуется поддерживать целевые значения SpO₂ 92-96% и PaO₂ 65-80 мм рт. ст. (для пациентов с ХОБЛ и другими хроническими респираторными заболеваниями - SpO₂ 88-92% и PaO₂ 55-80 мм рт. ст.) для уменьшения летальности [8].

- Контроль соблюдения диеты: Пища должна быть с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов [3]. Очень важно снизить количество употребляемых жиров и углеводов, соли, повысить уровень потребления продуктов с кальцием, витаминами группы С, В, Е и А. Пищу следует принимать небольшими порциями, не менее шести раз в сутки, но не заставлять есть, если больной отказывается от ее приема. Блюда следует готовить на пару, в духовке или отваривать. Обеспечить больному до 3 литров

жидкости в сутки: соки, теплый чай с лимоном, черной смородиной, настоем шиповника [6].

- Обеспечить пациента теплым щелочным питье, это будет способствовать лучшему отхождению мокроты и предотвращению интоксикации.
- Обеспечить пациента индивидуальной плевательницей. Обучить пациента правилам пользования индивидуальной плевательницей в домашних условиях [3].
- Следить за характером и количеством мокроты, при появлении мокроты розового цвета срочно сообщить об этом врачу [15].
- Измерять АД и пульс, ЧДД, температуру тела, сатурацию, суточный диурез.
- Измерять температуру тела каждые 2-3 часа в период лихорадки. Оказывать помощь при лихорадке: При I периоде лихорадки необходимо обеспечить пациента теплым помещением и постелью, напоить горячим чаем, если у пациента наблюдается озноб, то его необходимо укрыть одеялом и приложить грелки к конечностям, к пояснице. При II периоде лихорадки необходимо проветривание палаты, обеспечить пациента обильным питьем, применять физические методы снижения температуры тела, а именно применение пузыря со льдом, который необходимо уложить над головой пациента на 20 минут. Обеспечить наблюдение за пульсом, АД, физиологическими отправлениями. Если же у пациента наблюдается III период лихорадки, то необходимо проводить обтирание тела. При опасности коллапса обеспечить пациента обильным питьем, после чего укрыть одеялом, приложить грелки [13].
- Проводить орошение слизистой рта и губ водой, смазывать трещины на губах вазелиновым маслом, 20 % раствором буры в глицерине.
- Обеспечить смену нательного и постельного белья в период потоотделения, туалет кожи.
- Обучить постуральному (позиционному) дренажу - метод заключается в смене положений тела, направленного на отток экссудата по дыхательным путям по принципу «желоба», зона поражения легких находится также выше места бифуркации трахеи, мокрота при этом продвигается под воздействием силы тяжести к месту разветвления трахеи, где наиболее высокая чувствительность кашлевого рефлекса, и в результате возникновения непроизвольного рефлексорного кашля выводится из дыхательных путей, повышается продуктивность кашля. В начале лечения дренажное положение принимается на 5-10 мин, время пребывания в этом положении нужно увеличивать постепенно. Если отделяемого много и больной привык к дренажному положению, дренирование можно продолжать до 30-40 мин. Постуральный дренаж должен быть прерван, если во время процедуры возникает значительная одышка или удушье! [10].
- Небулайзерная терапия по показаниям, аэрозольные ингаляции с применением щелочных минеральных растворов, отваров отхаркивающих лекарственных трав [12].
- Провести беседу о необходимости избегания переохлаждений. Одним из наиболее частых провоцирующих факторов пневмонии, а также его затяжного течения и осложнений является переохлаждение.
- Борьба с курением. Следует отметить, что на стадии острой пневмонии, если человек не бросает курить, то воспалительный процесс в легких усиливается. Бронхи деформируются, легочная ткань видоизменяется (уплотняется из-за накопления никотина). Легкие теряют способность растягиваться, плохо снабжают организм кислородом, что приводит к дыхательной и сердечной недостаточности. Кроме того, курение при пневмонии вызывает хроническую обструктивную болезнь легких [9].

- Провести беседу о вреде алкоголя, так как пары алкоголя повреждают слизистую оболочку бронхов и угнетают защитные факторы бронхопульмональной системы, создавая благоприятную среду для внедрения и размножения инфекции. На фоне хронической алкогольной интоксикации пневмонии нередко приобретают затяжной характер, до 60% случаев составляют пневмонии с распадом легочной ткани [11].

- Так как острые респираторные заболевания (далее ОРЗ) являются наиболее частыми способствующими факторами пневмонии, а также затяжного течения и осложнений пневмонии, провести беседу о профилактике ОРЗ и гриппа.

- Рекомендовать после полного выздоровления ежегодную вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции. Вакцинация против гриппа включена в Национальный календарь профилактических прививок России [1].

- Научить методам повышения защитных сил организма. Главный способ укрепить иммунитет - это обогатить свой ежедневный рацион полезными продуктами. Для повышения иммунитета нужны в первую очередь: 1. Витамин С - аскорбиновая кислота. Она участвует в выведении из организма токсичных веществ и помогает бороться бактериями и вирусами. 2. Витамин А - ретинол, который важен для иммунной системы в целом. 3. Витамин Е. Он участвует в выработке антител, чтобы организм мог сопротивляться инфекции. 4. Витамин В. Этот витамин в больших количествах расходуется при стрессе, поэтому его запасы нужно восполнять в периоды перенапряжения. Кроме того, витамин В повышает сопротивляемость организма к атакам извне. 5. Витамин D - важен не только для костной ткани, но и для иммунитета. Для стойкого иммунитета организму необходим минерал цинк [4]. Так же для сохранения иммунитета надо постараться сократить эмоциональные нагрузки и переработки.

- Обучить лечебной физкультуре. Физические упражнения направлены: 1) на восстановление дыхательного акта с целью поддержания более равномерной вентиляции и увеличения насыщения артериальной крови кислородом путем: снижения напряжения дыхательной мускулатуры; установления нормального соотношения дыхательных фаз; развития ритмичного дыхания с более глубоким выдохом, увеличения дыхательной экскурсии диафрагмы; 2) развитие компенсаторных механизмов, обеспечивающих увеличение вентиляции легких и повышение газообмена путем: укрепления дыхательной мускулатуры; увеличения подвижности грудной клетки, диафрагмы; улучшения осанки; улучшения функции системы кровообращения; развитие функциональной адаптации больных к умеренным бытовым и трудовым нагрузкам. Занятия лечебной гимнастикой проводят индивидуально. С ослабленными больными, находящимися на строгом постельном режиме, процедуру начинают с выполнения статических дыхательных упражнений и упражнений с удлиненным выдохом, способствующие увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы. В начальной стадии воспаления не рекомендуется дышать глубоко и включать в занятия дыхательные упражнения, так как затронутая воспалением ткань инфильтрирована и неэластична. Глубокое, выполняемое через силу дыхание в период выраженной инфильтрации может механически повредить легочную ткань и нарушить целостность альвеол. Боль при откашливании можно уменьшить путем прикладывания ладоней к грудной клетке в зоне болевых ощущений, при выдохе следует умеренно сдавливать грудную клетку [10].

- Провести беседу об исключении вредных производственных факторов после выписки из больницы: аэрозоли угля, кокса, сажи, алмазов, пыли животного и растительного происхождения, силикат и кремнийсодержащие пыли, аэрозоли металлов, попадая в органы дыхания, вызывают повреждение слизистой оболочки верхних

дыхательных путей и, задерживаясь в легких, вызывают воспаление легочной ткани. При наличии данных факторов риска, работать с респираторами или сменить место работы [5].

- Объяснить о важности санации хронических очагов инфекции, так как бактерии данных очагов способны стать причиной повторной пневмонии и других заболеваний.

Б. Зависимые сестринские вмешательства:

Тщательно и точно выполнять врачебные назначения: вести контроль приема медикаментов, переносимости лекарственных средств, своевременно выявлять симптомы побочных эффектов. Провести беседу о правилах приема лекарственных препаратов.

- У госпитализированных пациентов с пневмонией возможно применение широкого круга антибиотиков системного действия - ампициллина, комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, цефалоспоринов с высокой антипневмококковой активностью (цефотаксим, цефтриаксон, цефтаролина фосамил), карбапенемов (эртапенема, меропенема). Могут назначаться фторхинолоны (моксифлоксацин, левофлоксацин), макролиды (азитромицин, кларитромицин). Применяются отхаркивающие средства: ацетилцистеин, амбробене, амброксол.

- Пациенты с пневмонией могут получать парацетамол и нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты, такие как ибупрофен в качестве жаропонижающих лекарственных средств (при лихорадке $>38,5^{\circ}\text{C}$) или анальгетиков (при наличии выраженного болевого синдрома, обусловленного плевритом), а также лекарственных средства, улучшающие реологию бронхиального секрета (например, амброксол, ацетилцистеин) [8].

В. Взаимозависимые сестринские вмешательства - подготовка и направление на:

- Дополнительные и лабораторные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мокроты на бактериологическое исследование и на чувствительность к антибиотикам, рентгенография грудной клетки, компьютерная томография, УЗИ легких.

- ЛФК (упражнения общеукрепляющего характера чередуются со специальными дыхательными упражнениями для нормализации механики дыхания).

- Массаж грудной клетки, преимущественно перкуссионный,.

- Физиотерапия: ингаляции с бронхолитиками, щелочами, электрофорез с хлоридом калия, аскорбиновой кислоты, кислородные коктейли [10].

Список литературы:

1. Приказ Минздрава России от 06.12.2021 N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2021 N 66435).

2. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия / под ред. Т.Г. Авдеевой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 744 с. - ISBN 978-5-9704-7647-5, DOI: 10.33029/9704-7647-5-APP-2023-1-744. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента": [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476475.html> (дата обращения: 10.12.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

3. Бабушкин И.Е. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе. Практическое руководство: учебное пособие / И.Е. Бабушкин, В.К. Карманов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6837-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468371.html> (дата обращения: 10.12.2023). - Режим доступа: по подписке.

4. Витамины для поднятия иммунитета у взрослых и детей [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://megapteka.ru/specials/chto-propit-dlya-347>

5. Воздействие химических факторов окружающей среды на организм человека [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://studfile.net/preview/9128718/page:46/>

6. Заболевания легких [Электронный ресурс]: Пневмония/ Электронный журнал, Грицев А.А., 2021 г. Режим доступа на электронный журнал: <http://pneumonija.ru/dyxatel'naya-gimnastika.html>

7. Клиническая картина при пневмонии [Электронный ресурс]: онлайн справочник, Доктор Дома, 2021. Режим доступа к справочнику: <http://domadoktor.ru/126-profilaktika-pnevmonii.html>

8. Клиническая рекомендация Внебольничная пневмония у взрослых 2021 [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/30_3

9. Можно ли курить при пневмонии [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://detdom-vidnoe.ru/for_parents/24338.php

10. Основы реабилитации: учебник для медицинских училищ и колледжей / под ред. В.А. Елифанова А.В. Елифанова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-7185-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471852.html> (дата обращения: 10.12.2023). - Режим доступа: по подписке

11. Пневмония [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_pulmonology/pneumonia

12. Реабилитация после пневмонии [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://nzabota.ru/reabilitaciya-posle-pnevmonii>

13. Сестринская помощь пациенту в каждом периоде лихорадки [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://studfile.net/preview/7414944/page:8/>

14. Снегирева Т.Г. Медицинская сестра врача общей практики: учебное пособие / Т. Г. Снегирева, А. М. Ходорович. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-7402-0, DOI: 10.33029/9704-7402-0-VOP-2023-1-720. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента": [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474020.html> (дата обращения: 10.12.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

15. Способствующие факторы пневмонии [Электронный ресурс]. Медицинская энциклопедия 2021. Режим доступа: travelexpress.lt/organov-dyhanija/pnevmoniji.html

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ КОКЛЮША

***Преподаватели Трипак И.В., Гарибян Л.Р.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»***

За 3 предпандемийных года заболеваемость коклюшем росла. Зарегистрирована вспышка в 2019 году. Снижение показателей заболеваемости коклюшем с 2020 г свидетельствовали не только об эффективности противоэпидемических мероприятий, применявшихся для предотвращения распространения SARS-Cov-2, но и отражали снижение обращаемости к врачам при навязчивом кашле и отсутствии лихорадки из-за боязни заражения Covid-19. В этом году зарегистрирован подъем заболеваемости, за 5 мес. более 4 тыс., специалисты сходятся во мнении, что эпидемия не грозит, коклюш заболевание коллективов, а у нас в коллективах в большинстве привитые дети.

Восприимчивость к коклюшу высока: индекс контагиозности составляет до 70%–100% у непривитых детей первого года жизни, особенно новорожденных и недоношенных. В возрастной структуре большинство заболевших составляют школьники 7 - 14 лет - до 35-40%, дети 3 - 6 лет – до 18-20%, доля детей в возрасте 1 - 2 лет – 37-38%, причем дети до 1 года составляют 20-22%. Показатели заболеваемости коклюшем существенно зависят от возраста: у детей в возрасте до 1 года они максимальные – 34,5 на 100 тысяч населения, 1-2 лет – 17,7 на 100 тысяч, 3-6 лет – 13,9 на 100 тысяч, 7-14 лет – 6,7 на 100 тысяч, 15-17 лет – 2,4 на 100 тысяч, 18 лет и старше – 0,08 на 100 тысяч населения соответствующего возраста. Несмотря на низкие показатели заболеваемости, нередки заболевания среди взрослых. В возрастной структуре доля подростков и взрослых в России составляет 5-6%, что обусловлено низкой настороженностью терапевтов и врачей общей практики. По наблюдениям, проведенным в очагах, частота заболеваний взрослых составляет до 24%.

Коклюш является типичной управляемой инфекцией. Поствакцинальный иммунитет не предохраняет от заболевания. Коклюш в этих случаях протекает в виде легких и стертых форм инфекции, которые диагностируются, в основном, ретроспективно (серологически).

После перенесенного заболевания остается более длительный иммунитет. Истинная заболеваемость коклюшем значительно выше за счет недиагностированной коклюшной инфекции (легких и стертых клинических форм). Коклюш (Pertussis) – острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Bordetella*, преимущественно *Bordetella pertussis*, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся длительным приступообразным судорожным (спазматическим) кашлем, поражением дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем. Возбудитель коклюша (*Bordetella pertussis*) – грамотрицательная гемолитическая палочка, неподвижная, не образующая капсул и спор, неустойчивая во внешней среде. Коклюшная палочка образует экзотоксин, имеющий основное значение в патогенезе и обладающий системным воздействием (гематологическое и иммуносупрессивное). Коклюшный токсин оказывает влияние на внутриклеточный обмен ионизированного кальция, обуславливает развитие судорожного компонента кашля, судорог при тяжелой форме коклюша, а также гематологических и иммунологических изменений.

Источниками инфекции являются больные (дети и взрослые) типичными и атипичными формами коклюша, а также здоровые бактерионосители. Передача возбудителя инфекции осуществляется воздушно-капельным путем посредством капелек слизи, выделяемых больным во время усиленного выдоха. Наиболее интенсивная передача возбудителя происходит при кашле. Риск инфицирования окружающих особенно велик в начале спазматического периода, далее постепенно снижается и преимущественно к 25-му дню больной коклюшем становится незаразным. У привитых и взрослых коклюш может протекать атипично без приступообразного кашля. Заболевание протекает циклично со сменой ряда периодов.

Бактериологическое обследование следует проводить на ранних сроках заболевания (не позднее третьей недели), до начала терапии антибактериальными препаратами. В более поздние сроки и на фоне антибиотикотерапии высеваемость резко снижается. Обследование методом ПЦР нередко оказывается эффективнее бактериологического метода в более поздние сроки заболевания и на фоне лечения антибиотиками, однако максимальная эффективность метода приходится на ранние сроки (1—3 недели от начала заболевания) прием антибиотиков может привести к ложноотрицательному результату анализа. Серологическое обследование. При первичной инфекции антитела классов IgM и IgA образуются не раньше второй недели от появления клинических симптомов, спустя еще 1 неделю начинают обнаруживаться и антитела класса IgG, достигая своего максимума к 6—8 неделе, после чего их уровень снижается.

Цели лечения:

- эрадикация возбудителя (*B. pertussis*);

- купирование приступов судорожного кашля;
- предупреждение развития осложнений или их лечение, в том числе угрожающих жизни (апноэ, коклюшная энцефалопатия, включающая гипоксический отек мозга и внутричерепные кровоизлияния).

Лечение больных с диагнозом «Коклюш» легкой и средней степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях, тяжелой степени тяжести – в условиях стационара. Больных госпитализируют в боксы или маломестные палаты при условии одновременного заполнения таковых с целью профилактики суперинфицирования респираторными вирусными инфекциями, особенно детей первого года жизни.

После вакцинации образуются антитела класса IgG. Активная иммунизация в очаге не проводится. В очагах рекомендовано проведение неспецифической постконтактной профилактики и наблюдение за контактными. Пациенты с коклюшем подлежат обязательной изоляции на 25 суток от начала заболевания. На контактных детей в возрасте до 7 лет накладывается карантин сроком на 14 суток от момента изоляции больного (контактными считаются как непривитые, так и привитые против коклюша дети). В это время запрещается прием новых детей, не болевших коклюшем, и перевод из одной группы в другую. Назначают ограничительные мероприятия для данных групп (смещение расписания занятий и прогулок, запрещение посещений общих мероприятий). С целью раннего выявления кашляющих (больных) в очаге коклюша проводят ежедневное медицинское наблюдение за контактными детьми и взрослыми. Дети старше 7 лет разобщению не подлежат.

Дезинфекцию (текущую и заключительную) не проводят, достаточно проветривания и влажной уборки помещения.

Порядок снятия ограничений: выписка в детский коллектив реконвалесцентов коклюша осуществляется при клиническом выздоровлении на основании осмотра врачом. При отсутствии осложнений в реабилитации и диетических ограничениях не нуждаются. Освобождаются от занятий физической культурой после выздоровления сроком на 2 недели.

Медицинский отвод от прививок на 1 месяц.

В соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2021 №1122-н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», все вакцины используются на основании инструкций по их применению. Вакцины против коклюша могут вводиться в один день с другими вакцинами национального календаря и календаря по эпидемическим показаниям (кроме вакцин для профилактики туберкулёза) в один день разными шприцами в разные участки тела.

В России курс вакцинации состоит из 3 доз (3, 4,5 и 6 мес) + ревакцинация через год после 3-й дозы.

АКДС (цельноклеточная) – вакцинация и ревакцинация против коклюша, дифтерии и столбняка от 3 месяцев до 3 лет 11 месяцев 29 дней.

Пентаксим (ацеллюлярная) – вакцинация и ревакцинация от коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29 дней.

Адасель – ревакцинация против столбняка, дифтерии и коклюша от 4 до 64 лет.

Оптимальной стратегией по снижению заболеваемости и смертности, предотвращению экономических потерь от коклюшной инфекции является:

- о максимальный своевременный охват профилактическими прививками детей первых двух лет жизни, в сроки, декретированные национальным календарём профилактических прививок (в 3-4,5-6-18 мес.) догоняющая иммунизация для детей, не привитых своевременно;
- о поэтапное внедрение в практическое здравоохранение возрастных ревакцинации

против коклюша детей в 6-7 лет, 14 лет, подростков и взрослых с 18 лет – каждые 10 лет с момента последней ревакцинации.

Трудности клинической диагностики коклюша на ранних стадиях заболевания, отсутствие обследования всех длительно (свыше 7 дней) кашляющих или его проведение на поздних сроках заболевания, а также после продолжительного лечения антибактериальными препаратами приводит к низкому проценту выявляемости возбудителя инфекции. Уровень бактериологического подтверждения диагноза составляет 10—20 %. Современные методы исследования позволяют проводить раннюю диагностику заболевания (ПЦР) и существенно облегчают постановку диагноза (ПЦР, ИФА).

Таким образом, коклюш в нашей стране требует пристального внимания со стороны специалистов различных специальностей. Своевременная и качественная лабораторная диагностика коклюшной инфекции позволит избежать ошибок в постановке диагноза и будет способствовать эффективной терапии.

Список литературы:

1. Шерхова, Д. З. Коклюш: клиника, диагностика, лечение (обзор литературы) / Д. З. Шерхова. — Текст непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 1 (343). — С. 51-53. — URL:
2. Клинические рекомендации. Коклюш у детей. 2021
3. Методические рекомендации МР ЗЛ.2.0072—13. Диагностика коклюша и паракоклюша.

РОЛЬ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

*Преподаватель Проходцева М.Б.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»*

Курение табака – серьезная медико-социальная проблема и одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. Россия занимает одно из первых мест по потреблению табака в мире. По данным Федеральной службы государственной статистики в России ежедневно курят 22,5% граждан, большинство из них - представители возрастной группы от 40 до 50 лет. По данным ВОЗ ежегодно табак приводит почти к 8 миллионам случаев смерти, из которых около 7 миллионов случаев происходит среди потребителей и бывших потребителей табака, и более 1 миллиона - среди некурящих людей, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма.

В России ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от 300 тысяч до 400 тысяч граждан. По данным НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России, доля заболеваний, вызванных курением табака, в общей заболеваемости составляет 30% для мужчин и 4% для женщин. С потреблением табака связано развитие тяжелых хронических заболеваний, в том числе, рака и других онкологических заболеваний, болезней органов дыхания (хронической обструктивной болезни легких, эмфиземы, бронхитов), сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов миокарда, инсультов, атеросклероза, гипертонии), потери слуха, слепоты, катаракты. Его потребление также приводит к бесплодию, выкидышам и импотенции, другим тяжелым последствиям, инвалидности и смерти.

Большой рост заболеваемости и развитие хронических заболеваний в следствие употребления табака показывает, что данная проблема актуальна в наши дни и отказ от курения может привести существенную и немедленно проявляющуюся пользу для здоровья курящих всех возрастов. По данным исследований ВОЗ, отказ от курения является эффективным методом оздоровления населения, именно поэтому профилактика табакокурения так важна. Ключевым звеном в борьбе с пагубной привычкой должны стать медицинские работники. В России профилактика осуществляется на двух уровнях: индивидуальном и популяционном. Работа медицинских работников заключается в непрерывном общении с населением, что упрощает выявление вредных привычек человека. В рекомендациях ВОЗ

акцентируется внимание на обязанностях среднего медицинского персонала по профилактике табакокурения. Медицинские работники первичного звена здравоохранения, в полной мере осознавая степень своей значимости в борьбе с курением, должны направить усилия на устранение трех основных препятствий в отказе от курения:

1. недостаточная информированность курильщиков и их окружения о последствиях табакокурения;

2. отсутствие мотивации необходимой для отказа от курения;

3. наличие уже сформировавшейся никотиновой зависимости.

Благодаря работе центров здоровья пациенты смогут получить информацию, которая поможет в формировании осознанного отказа от курения. Школы здоровья идеально подходят для осуществления профилактических мер, во время занятий можно выявить курильщиков, помочь им психологически, предоставить необходимую медицинскую помощь.

В настоящее время в мировой медицинской практике признано, что одним из прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с лечением хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и с отказом от вредных привычек и лечением табачной зависимости, является организация системы обучения больных. Одним из наиболее перспективных направлений в лечении пациентов с никотиновой зависимостью является обучение в Школе здоровья. Это форма группового профилактического консультирования, позволяющая повысить информированность граждан в вопросах негативных последствий курения для здоровья, приверженность к отказу от табака, а также получить практические рекомендации по изменению образа жизни и получению медикаментозной помощи для снижения симптомов отмены.

Школа здоровья для пациентов, решивших отказаться от курения, создается в медицинской организации на базе амбулаторно-поликлинического отделения, в том числе кабинета (отделения) медицинской профилактики, центра здоровья; дневного стационара или специализированных (терапевтического, кардиологического, эндокринологического, пульмонологического и др.) отделений стационара; санатория - профилактория; санатория; курорта.

Занятия в Школе имеют право проводить медицинские работники, в т.ч. врач, фельдшер, инструктор по гигиеническому воспитанию, медсестра кабинета (отделения) медицинской профилактики, центра здоровья, имеющие документ о прохождении цикла тематического усовершенствования по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни.

Цель: оказание помощи пациентам, решившим отказаться от курения.

Основные задачи Школы отказа от курения:

1) повышение информированности слушателей о негативном влиянии компонентов табачного дыма на здоровье и сущности никотиновой зависимости;

2) повышение информированности слушателей о способах лечения никотиновой зависимости;

3) повышение мотивации слушателей к отказу от курения и здоровому образу жизни – в целом;

4) оценка курительного поведения у слушателей Школы;

5) разработка индивидуального плана по отказу от курения;

6) обучение слушателей Школы принципам здорового питания и регулярной физической активности, правилам психологической подготовки;

7) обучение слушателей поиску альтернативы курению в привычных ситуациях;

8) оказание поддержки выпускникам Школы.

Направление пациентов в Школу отказа от курения осуществляется врачами Центров здоровья, участковыми и цеховыми терапевтами, узкими специалистами. Пациенты могут быть отобраны на скринингах или из диспансерной базы и приглашены

другими доступными средствами: активное адресное приглашение по телефону, письмом, при активном посещении, через средства наглядной агитации др.

Целевой группой Школы отказа от курения являются курящие пациенты как состоящие на диспансерном учёте, так и не имеющие хронических заболеваний. Первым шагом для определения целевой группы является выявление курящих лиц, оценка табакокурения, как фактора риска и степени табачной зависимости, а также степени мотивации к отказу от курения, т. е. оценка статуса курения.

Результатом этого шага является отнесение пациента к одной из 4 групп:

1. Постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить.
2. Постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такую возможность в будущем.

4. Пациенты, которые курят нерегулярно.

3. Постоянно курящие пациенты, отвергающие возможность бросить курить.

В Школу отказа от курения направляются пациенты первых 3-х групп. Формирование групп осуществляет специалист медицинской профилактики. На каждого пациента заполняется талон амбулаторного приёма.

Цели и задачи обучения:

1. Формирование у пациентов мотивации к оздоровлению и отказу от курения через осознанное, индивидуальное ориентирование.

2. Информирование пациентов:

- о влиянии курения табака на здоровье человека;
- о влиянии отдельных компонентов табачного дыма на различные органы и систем;
- об особенностях «активного» и «пассивного» курения;
- о мифах о курении.

3. Обучение пациентов:

- самоанализу причин и факторов курения («почему человек курит?»);
- самооценке типа курительного поведения;
- самооценке степени табачной зависимости;
- самооценке стадии курения;
- готовности отказу от курения, выбору способа и метода отказа от курения.

Занятия Школы отказа от курения рекомендуется проводить в специально оборудованном помещении с возможностью для участников делать записи. Для лучшего восприятия материала желательна оборудовать учебный класс наглядными пособиями.

Рекомендуемое оборудование для проведения занятий:

- столы, которые легко передвигать для освобождения пространства;
- стулья (или кресла) в количестве 15 – 16 штук, которые можно расставить по кругу;
- учетная (индивидуальная карта) обучающегося.
- флип-чарт с маркерами;
- газоанализатор окиси углерода в выдыхаемом воздухе с определением карбоксигемоглобина или смокелайзер, загубники картонные одноразовые;
- информационные материалы (памятки, буклеты и т. д.);
- компьютер, проектор, принтер;
- программное обеспечение (для формирования базы данных);
- рекомендуется наличие кулера с питьевой водой.

Для проведения занятий рекомендуется распечатать приложения с бланками опросников, с информацией для домашнего задания, с рекомендациями для участников, с бланком индивидуальной карточки участника в необходимом количестве экземпляров.

Программа проведения Школы отказа от курения:

- Рекомендуемое количество занятий в Школе – 2.
- Продолжительность одного занятия – 3 академических часа (120 минут) или около 2-2,5 часов.
- Периодичность – 1-2 занятия в неделю.

- Количество пациентов на цикл обучения составляет до 10 человек (оптимально 5-7 человек).

- Лучше, если занятия будут проводиться в «закрытых» группах, т. е. группах неизменного состава, поскольку в них быстрее возникает атмосфера взаимной эмоциональной поддержки и раскрываются все преимущества групповой психотерапии. На этапе формирования групп должно приветствоваться участие в них родственников и друзей курильщика.

- Обязательно проводить занятия по единому плану для того, чтобы не было взаимоисключающих советов и рекомендаций при проведении занятий разными специалистами.

- Каждое занятие включает в себя вводную часть, информационный блок, интерактивную часть, в т.ч. практические задания, и заключение.

- Рекомендуется чередование информационной части с активными формами обучения, продолжительность информационного блока не должна превышать 10-15 минут.

- В вводной части каждого занятия рекомендуется дать краткий обзор рассматриваемых тем.

- Теоретический блок содержит информацию, которая способствует принятию осознанного решения по отказу от курения.

- Активная часть проводится в виде тестирования, дискуссий, мозгового штурма, формулирования установки на отказ от курения, выбора альтернативных курению занятий в различных жизненных ситуациях и др.

- В заключительной части даются ответы на вопросы слушателей, подводятся итоги.

Для успешного обучения взрослых людей необходимо соблюдать следующие правила:

1. Не использовать директивный стиль в проведении занятий.

2. При построении занятия учитывать особенности концентрации внимания: чередовать теоретическую и практическую формы обучения, не затягивать проведение информационного блока.

3. Ориентироваться на образовательные потребности слушателей.

4. Свести к минимуму использование медицинских терминов. В случае их применения уметь объяснить их значение.

5. Способствовать положительной мотивации у слушателей, т.е. делать акцент на преимуществах отказа для здоровья, экономических выгодах, личной свободе и др.

6. Всегда оставлять время для ответов на вопросы.

Особенности эффективного изложения информации – правило четырех «Д»:

1) доброжелательность – принимать, поддерживать, не навешивать ярлыков, не критиковать, не оценивать;

2) доступность – объем и состав материала подобрать в зависимости от уровня подготовленности группы;

3) достоверность – передаваемая информация должна иметь подтверждение в проверенных источниках, отражать истинные факты и события;

4) дозированность – важно чередовать теоретические и практические блоки, избегать перегруженности материалом.

Учет слушателей рекомендуется проводить в Журнале посещений, также возможно использование индивидуальной карты слушателя, которую удобно использовать для дальнейшего диалога с участником Школы. Самому слушателю рекомендуется приобрести дневник для занятий, который пригодится для выполнения домашнего задания и содержит рекомендации по изменению образа жизни. В конце второго занятия в карте и дневнике регистрируется дата отказа от курения. Также рекомендуется заполнить бланк информированного согласия на использование и обработку персональных данных перед началом обучения. После завершения обучения в Школе в карту вносятся результаты телефонных опросов, регистрируются даты последующих индивидуальных консультаций.

Поддержка выпускников Школы осуществляется посредством телефонного и индивидуального консультирования. Рекомендуется позвонить через несколько дней после планируемой даты отказа от курения, т.к. именно в этот период особенно важна поддержка. Следующие телефонные звонки можно сделать через месяц, три месяца, шесть месяцев, год после отказа от курения. Результаты фиксируются в индивидуальной карте слушателя. Для оценки эффективности Школы обязательными являются результаты опроса через месяц и год после отказа от курения.

Выпускников Школы рекомендуется обеспечить возможностью индивидуального консультирования:

- после завершения обучения с целью подбора и коррекции медикаментозного лечения табачной зависимости, назначения симптоматической терапии у пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания для профилактики возможных обострений;
- в более отдаленный период для оценки медикаментозного лечения, его коррекции, оценки эффективности симптоматической терапии, коррекции индивидуального плана;
- в случае срыва для анализа его причин, оказания поддержки, коррекции медикаментозного лечения.

После окончания обучения предложите слушателям заполнить анкету, чтобы узнать их отношение к полученной информации и самому процессу обучения. Эффективность работы Школы оценивается с помощью определения доли лиц, успешно отказавшихся от курения после посещения двух занятий – через месяц и через год после обучения.

После занятия слушатели должны знать:

- О вредном влиянии табачного дыма на организм.
- О влиянии курения на здоровье.
- Что такое никотиновая зависимость?
- О типах курительного поведения.
- Как определить степень никотиновой зависимости.
- Как оценить степень мотивации отказа от курения.

Заполняется учётная карта обучающегося в Школе отказа от курения, к ней прилагаются анкеты, определяющие оценку статуса курения.

Стратегическая задача медицинских работников при проведении профилактической работы с курильщиками - это помощь в формировании негативного отношения к курению и повышение их информированности в вопросе сохранения здоровья.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 23.02.2013 N 15-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции" (в ред. Федерального закона от 31.07.2020 N 303-ФЗ).

2. Помощь в отказе от курения. Пособие для медицинских работников. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых: клинические рекомендации МЗ РФ, 2018. – 39 с.

Организация и проведение занятий по профилактическому консультированию отказа от курения (школа пациента) - Иркутск, 2020 - 18 с.

3. Методические рекомендации организации школы по отказу от курения. - Отделение организации медицинской профилактики ГБУЗ РТ «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики».

4. Кузьминых М.И., Целищева Ю.Г. Школа по отказу от курения/ Школа здоровья для пациентов, решивших отказаться от курения Центра медицинской профилактики/, Учебно-методическое пособие. - Киров, 2020 г.- 52с.