**Введение**

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний в современном мире. По последним данным, число больных астмой в России составляет 7 миллионов человек. Среди взрослого населения болезнь регистрируется более чем в 5% случаев, а у детей встречается около 10%.Больные бронхиальной астмой сегодня могут жить комфортно, практически не замечая своей болезни. Научиться жить с этим диагнозом помогут в школе бронхиальной астмы.

Заболевание может развиться в любом возрасте. У половины больных бронхиальная астма развивается в возрасте до 10 лет, еще у трети – до 40 лет.

Учитывая социальную значимость в соответствии с Правительства Российской Федерации от 30.07.94 №890 пациент с бронхиальной астмой имеет право на бесплатное получение лекарственных средств.

Правительство регионов России приняло на ближайшие годы региональную целевую программу по лечению и профилактике бронхиальной астмы. Целями этой программы является – увеличение продолжительности, улучшение качества жизни больных, снижение инвалидизации и смертности населения от бронхиальной астмы и ее осложнений, организация системы профилактики бронхиальной астмы ее осложнений, обеспечение своевременного, эффективного лечения больных бронхиальной астмой.

Эффективность внедрения Программы можно оценить по уровню госпитализации больных с бронхиальной астмой. Появилась тенденция к снижению госпитализации больных с бронхиальной астмой, сокращение сроков лечения в стационаре больных с данным заболеванием.

**Предмет изучения:**

Сестринский процесс.

**Объект исследования:**

Сестринский процесс бронхиальной астме.

**Цель исследования:**

Изучение сестринского процесса при бронхиальной астме.

**Задачи:**

Для достижения данной цели исследования необходимо **изучить**:

1. этиологию и предрасполагающие факторы бронхиальной астмы;
2. клиническую картину и особенности диагностики бронхиальной астмы;
3. принципы оказания первичной медицинской помощи при бронхиальной астме;
4. методы обследований и подготовку к ним;
5. принципы лечения и профилактики данного заболевания (манипуляции, выполняемые медицинской сестрой).
6. Для достижения данной цели исследования необходимо **проанализировать**:
7. два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациентов с данной патологией;
8. основные результаты обследования и лечения описываемых больных в стационаре необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств.

**Методы исследования:**

1. научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
2. эмпирический – наблюдение, дополнительные методы исследования:
3. организационный (сравнительный, комплексный) метод;
4. субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
5. объективные методы обследования пациента (инструментальные, лабораторные);
6. биографические (изучение медицинской документации);
7. психодиагностический (беседа).

**Практическое значение курсовой работы:**

Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи.

**1. Бронхиальная астма**

**Бронхиальная астма** – это заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья. При бронхиальной астме бронхи воспалены, вследствие аллергического, инфекционного или нейрогенного воздействия.

Словосочетания «тяжелое дыхание» и «задыхаться» впервые встречаются в древнегреческой литературе в поэмах Гомера, работах Гиппократа. Более подробную и точную клиническую картину астмы описал Аретемий Каппадокийский. Ибн Сина (Авиценна) в своей работе «Канон врачебной науки» дал описание астмы, как хроническая болезнь, сопровождающуюся внезапными приступами удушья, сходными своим спастическим характером.

**1.1 Этиология**

В качестве этиологических факторов рассматриваются внутренние и внешние факторы. Семейный анамнез свидетельствует о том, что кровные родственники больных бронхиальной астмой больны различными аллергическими заболеваниями, в том числе и бронхиальной астмой.

Врожденная предрасположенность формирует внутренние причины болезни – **наследственный фактор.**

**Причины бронхиальной астмы связаны с развитием воспаления бронхов, которое может быть:**

1. аллергическим,
2. инфекционным,
3. нейрогенным

с последующим формированием обструкции бронхов, которая проявляются клиническими признаками бронхиальной астмы.

В формировании иммунного (аллергического) воспаления бронхов при бронхиальной астме участвуют иммунные реакции. Растворимые антигены взаимодействуют с антителами в жидкостных системах с образованием иммунных комплексов, что сопровождается активацией системы комплемента, агрегацией тромбоцитов с последующим повреждением тканей, на которых фиксировались иммунные комплексы.

В этиологии бронхиальной астмы участвуют эндокринные нарушения, нарушения функционирования нервной системы, нарушения мембрано-рецепторных комплексов клеток бронхов и легких.

**Факторы, предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы**

1. аллергены (аллергены животных, домашняя пыль и др.);
2. инфекция верхних дыхательных путей;
3. медикаменты (аспирин, β-адреноблокаторы);
4. факторы внешней среды (изменение погодных условий);
5. профессиональные факторы (эмоциональный стресс, физические нагрузки, гипервентиляция и др.);
6. генетический фактор.

**1.2 Патогенез**

В зависимости от вида аллергена, вызвавшего сенсибилизацию организма (инфекционный или неинфекционный), **различают три формы бронхиальной астмы:**

1. атоническая (неинфекционно – аллергическая);
2. инфекционно-аллергическая;
3. смешанная.

При выявлении сенсибилизации как к инфекционным, так и к неинфекционным аллергенам говорят о смешанной форме заболевания.

В зарубежной литературе топическую форму бронхиальной астмы принято называть экзогенной, инфекционно-аллергическую форму – эндогенной бронхиальной астмой.

**1.3 Клиническая картина**

В центре **клинической картины** бронхиальной астмы – **приступ удушья**.

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

**В развитии приступа бронхиальной астмы принято различать три периода***:*

1. период предвестников,
2. период разгара,
3. период обратного развития приступа.

**Период предвестников** (продромальный период) чаще встречается у больных с инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы и проявляется вазомоторными реакциями слизистой оболочки носа (чиханье, обильные водянистые выделения), кашлем, одышкой. В дальнейшем (иногда внезапно, без периода предвестников) у больных появляется ощущение заложенности в грудной клетке, мешающее им свободно дышать. Вдох становится коротким. А выдох, наоборот, продолжительным, шумным, сопровождающимся громкими свистящими хрипами, слышными на расстоянии. Появляется кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. С целью облегчения дыхания больной принимает вынужденное положение (чаще сидя) с наклоном туловища вперед, опираясь локтями на спинку стула или колени.

В **период разгара** (во время приступа) лицо становится одутловатым, в фазу выдоха может наблюдаться набухание вен шеи. Грудная клетка как бы застывает в положении максимального вдоха.

При перкуссии грудной клетки отмечают коробочный звук, смещение вниз нижних границ легких и резкое ограничение их подвижности. Над легкими выслушивают ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом и большое количество распространенных сухих (преимущественно свистящих) хрипов.

В **период обратного развития***.* Улучшается отхождение мокроты, в легких уменьшается количество сухих хрипов, удушье постепенно проходит

Течение бронхиальной астмы протекает обычно с чередованием периодов обострения и ремиссии. При этом тяжесть ее течения может быть различной.

При легком течении обострения заболевания возникают не чаще 2 – 3 раз в год и хорошо поддаются амбулаторному лечению.

При среднетяжелом течении обострения бронхиальной астмы возникают 3 – 4 раза в год и уже требуют стационарного лечения.

Тяжело течение бронхиальной астмы характеризуется частыми (более 5 раз в год) и длительными обострениями заболевания с кратковременными периодами ремиссии или их полным отсутствием. При тяжелом течении могут возникнуть гормонозависимые и гормоно – резистентные формы заболевания.

**1.4 Осложнения**

Бронхиальная астма часто осложняется возникновением эмфиземы легких с присоединением вторичной легочно-сердечной недостаточности.

Очень серьезным осложнением бронхиальной астмы является астматическое состояние, или астматический статус (status asthmaticus). К его развитию могут привести передозировка β-адреностимуляторов, слишком быстрое уменьшение дозы глюкокортикостероидов, контакт с массивной дозой аллергена и т.д. **В развитии астматического статуса выделяют три стадии:**

1. **Стадия I** (начальная, или стадия относительной компенсации) представляет собой затянувшийся свыше 12 ч и некупирующийся приступ удушья. У больных развивается резистентность к бронхолитическим препаратам, перестает отходить мокрота. В следствие гипервентиляции возникают гипокапния и компенсированный алкалоз.
2. **Стадия II** (стадия декомпенсации) характеризуется резким нарушением дренажной функции бронхов. Просвет их забивается вязкой слизью, в связи с чем исчезают прежде хорошо выслушиваемые сухие хрипы (стадия, или синдром, «немого легкого»). Нарушается газовый состав крови, возникают гипоксемия (Рао2 снижается до 50 – 60 мм рт. ст.), гиперкапния (РаСО2 возрастает до 60 – 80 мм рт. ст.).
3. При отсутствии эффективных лечебных мероприятий развивается **III стадия** астматического статуса – стадия гиперкапнической комы. В результате прогрессирования гипоксемии, гиперкапнии и ацидоза (РаО2 падает ниже 40 мм рт. ст., РаСО2 становится выше 90 мм рт. ст.) возникают тяжелые неврологические, в том числе церебральные, расстройства, гемодинамические нарушения и может наступить смерть больного.

**1.5 Принципы оказания первичной медицинской помощи**

1. При первичном осмотре больного оценивается тяжесть приступа.
2. Удаление причинно-значимых аллергенов; уточнение ранее проводимого лечения: количество доз бронхоспазмолитического препарата, путь введения; время, прошедшее с момента последнего приема бронхолитика.
3. Оказание неотложной помощи в зависимости от тяжести приступа.
4. Наблюдение в динамике за клиническими симптомами.
5. Обучение больного или родственников пользованию аэрозольным ингалятором.

**Неотложная помощь при легком приступе бронхиальной астмы:**

1. 1–2 дозы одного из бронхоспазмолитических препаратов с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора через спейсер.
2. Комбинированный бронхоспазмолитик (агонист и М-холинолитик – беродуал).
3. Оценить эффект терапии через 20 минут.
4. Лечение после ликвидации приступа. Продолжить бронхоспазмолитическую терапию бронхолитика каждые 4–6 часов в течение 24 – 48 часов в ингаляциях. Метилксантины короткого (эуфиллин) или длительного (теопэк, теотард и др.) действия внутрь.
5. Прием базисных противовоспалительных препаратов по назначению врача.

**Неотложная помощь при среднетяжелом приступе бронхиальной астмы:**

1. Ингаляция 1–2 дозы одного из бронхоспазмолитических препаратов. Предпочтителен комбинированный бронхоспазмолитик (агонист и М-холинолитик) – беродуал.
2. При отсутствии дозирующего аэрозольного ингалятора – введение 2,4% раствора эуфиллина 4–5 мг/кг (0,15–0,2 мл/кг) в/в струйно медленно в течение 10–15 минут.
3. Оценить эффект терапии через 20 минут.
4. Лечение после ликвидации приступа: продолжить бронхоспазмолитическую терапию стартовым бронхолитиком каждые 4 часа бодрствования 1–2 дня в форме дозирующего аэрозоля.
5. Продолжить противовоспалительную терапию (недокромил натрия, кромогликат натрия, ингакорт, будесонид) с увеличением дозы препарата в 1,5–2 раза на 7–10 дней или использовать комбинированные препараты с противовоспалительным и бронхоспазмолитическим действием.

**Неотложная помощь при тяжелом приступе бронхиальной астмы:**

1. Срочная госпитализация;
2. Оксигенотерапия;
3. Проведение ингаляционной терапии: бронхоспазмолитики, используются агонисты (беротек, сальбутамол) периодически с интервалом 20 минут в течение часа, затем каждые 1–4 часа по необходимости;
4. При отсутствии дозирующего ингалятора или при недостаточном эффекте от ингаляционных методов, введение 2,4% раствора эуфиллина в/в струйно медленно в течение 20–30 мин 4–5 мг/кг
5. Одновременно с бронхоспазмолитиками ввести глюкокортикостероиды
6. Проведение инфузионной терапии;
7. Лечение после купирования тяжелого приступа: продолжить бронхоспазмолитическую терапию стартовым препаратом каждые 4 часа бодрствования в течение 3–5 дней, затем перевод на пролонгированные бронхолитики (агонисты, метилксантины); глюкокортикостероиды до купирования бронхообструкции; продолжить базисную противовоспалительную терапию (беклометазон, ингакорт, будесонид) с увеличением дозы выше среднетерапевтической, или использовать комбинированные препараты с противовоспалительным и бронхоспазмолитическим действием.

**1.6 Лечение**

Проводят мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм больного аллергенов (например, исключение контакта больного с определенными растениями в период их цветения, применение диет при пищевой аллергии, рациональное трудоустройство при профессиональной аллергии и др.). При выявлении реакции больного на определенные аллергены проводят специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген.

Для купирования приступов удушья в настоящее время широко применяют аэрозоли селективных β-адреномиметиков. Они оказывают быстрое бронхорасширяющее действие: орципреналинасульфат (астмопент), тербуталин, сальбутамол, фенотерол (беротек) и др. Доза препарата подбирается индивидуально и составляет чаще всего 2 вдоха дозированного аэрозоля. Для лечения используют также аэрозоли м-холинолитиков (ипратропиум бромид, или атровент, беродуал). Большой популярностью среди больных пользуются ксантиновые производные. Для купирования приступа бронхоспазма часто применяют медленное внутривенное введение 10–15 мл 2,4% раствора эуфиллина. Для предупреждения приступов удушья назначают пероральный прием пролонгированных препаратов этой группы (например, таблетки «Теопэк» по 0,3 г 2 раза в день).

В качестве симптоматического лечения для улучшения отхождения мокроты назначают отхаркивающие и муколитические препараты (отвар термопсиса, корня алтея, мукалтин, бромгексин и др.).

Если ухудшение течения бронхиальной астмы сопровождается обострением сопутствующих заболеваний (хронического бронхита, хронической пневмонии), назначают антибактериальныесредства – эритромицин по 0,25 г. 4 раза в день, гентамицин по 40 мг 2 раза в день внутримышечно и др.

При прогрессирующем течении бронхиальной астмы с тяжелыми приступами удушья, когда использование препаратов оказывается безуспешным, назначают глюкокортикостероиды. В них нуждается примерно 20% больных бронхиальной астмой. Обычно применяют 15 – 20 мг преднизолона в сутки (в утренние часы).

Хороший эффект оказывает также ингаляционный способ применения гормональных препаратов (например, бекотида). Он дает меньше побочных эффектов.

При лечении астматического состояния применяют оксигенотерапию, внутривенное введение эуфиллина, высоких доз глюкокортикостероидов (60 – 90 мг преднизолона каждые 3–4 ч).

При возникновении синдрома «немого легкого» больных переводят на искусственную вентиляцию легких.

Проводят мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм больного аллергенов (например, исключение контакта больного с определенными растениями в период их цветения, применение диет при пищевой аллергии, рациональное трудоустройство при профессиональной аллергии и др.). При выявлении реакции больного на определенные аллергены проводят специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген.

**Для лечения бронхиальной астмы используют следующие лекарственные препараты:**

1. аэрозоли селективных β-адреномиметиков. Они оказывают быстрое бронхорасширяющее действие: орципреналина сульфат (астмопент), тербуталин, сальбутамол, фенотерол (беротек) и др. Доза препарата подбирается индивидуально и составляет чаще всего 2 вдоха дозированного аэрозоля.
2. аэрозоли м-холинолитиков (ипратропиум бромид, или атровент, беродуал). Большой популярностью среди больных пользуются ксантиновые производные.
3. медленное внутривенное введение 10–15 мл 2,4% раствора эуфиллина применяют для купирования приступа бронхоспазма
4. пероральный прием пролонгированных препаратов (например, таблетки «Теопэк» по 0,3 г 2 раза в день).
5. отхаркивающие и муколитические препараты (отвар термопсиса, корня алтея, мукалтин, бромгексин и др.) применяют для улучшения отхождения мокроты.
6. антибактериальные средства – эритромицин по 0,25 г. 4 раза в день, гентамицин по 40 мг 2 раза в день внутримышечно и др. Назначают, если ухудшение течения бронхиальной астмы сопровождается обострением сопутствующих заболеваний (хронического бронхита, хронической пневмонии).
7. глюкокортикостероиды назначают при прогрессирующем течении бронхиальной астмы с тяжелыми приступами удушья, когда использование препаратов оказывается безуспешным. В них нуждается примерно 20% больных бронхиальной астмой. Обычно применяют 15 – 20 мг преднизолона в сутки (в утренние часы). Хороший эффект оказывает также ингаляционный способ применения гормональных препаратов (например, бекотида). Он дает меньше побочных эффектов.

При лечении астматического состояния применяют оксигенотерапию, внутривенное введение эуфиллина, высоких доз глюкокортикостероидов (60 – 90 мг преднизолона каждые 3–4 ч).

При возникновении синдрома «немого легкого» больных переводят на искусственную вентиляцию легких.

Как вспомогательные устройства применяют спейсер и пикфлоуметр.

**Спейсер**

Спейсер – это вспомогательное устройство для ингаляций, камера, которая служит промежуточным резервуаром для аэрозоли лекарства. Лекарство из баллончика ингалятора поступает в спейсер, а затем вдыхается пациентом. Единственное предназначение спейсера – обеспечение максимальной эффективности и безопасности при применении дозированных аэрозольных ингаляторов.

**Правила пользования спейсером:**

1. перед тем, как вставить ингалятор в спейсер, следует снять защитный колпачок с ингалятора и со спейсера; присоединить маску, если необходимо);
2. баллончик ингалятора должен быть обращен дном кверху, а мундштуком вниз (не наоборот!);
3. встряхивание аэрозольного баллончика в большинстве случаев рекомендуется производить уже после его соединения со спейсером (вместе со спейсером);
4. перед ингаляцией следует сделать глубокий выдох;
5. губы должны плотно охватывать мундштук ингалятора, зубы не должны быть стиснуты, чтобы не препятствовать попаданию аэрозоли;
6. вдох из спейсера должен проводиться как можно быстрее после распыления аэрозоли (через 1–2, до 5 секунд). Вдох должен быть полным, глубоким и не слишком быстрым. В ряде спейсеров рекомендуется сделать несколько вдохов на одну дозу препарата;
7. после ингаляции следует задержать дыхание на 5–10 секунд, потом сделать спокойный выдох;
8. если назначена ингаляция нескольких доз, их следует ингалировать последовательно с промежутком около 30 секунд, а не одновременно;
9. после ингаляции гормональных препаратов следует прополоскать рот (а при применении маски – еще и умыть лицо);
10. спейсер следует вовремя мыть и менять на новый при повреждении или через указанные в инструкции сроки;
11. обращайте внимание на инструкции по очистке: большинство спейсеров не допускают кипячения и применения агрессивных сред, часто их не рекомендуется вытирать тканью. Особую осторожность следует соблюдать в отношении клапанов.

**Пикфлоуметр**

**Пикфлоуметр может использоваться как в больнице, так и дома, чтобы узнать, насколько легко человек дышит.**

1. Он помогает врачу установить, болен ли человек астмой.
2. Он помогает оценить, насколько тяжел приступ астмы.
3. Он помогает оценить, насколько эффективно лечение.

Если больной пользуется пикфлоуметром дома каждый день, он может обнаружить начинающиеся проблемы с дыханием еще до того, как у него появятся кашель и хрипы. В этом случае он может заблаговременно принять меры, увеличив дозы лекарств.

**Правила использования пиклоуметра:**

1. Опустите указатель пикфлоуметра вниз до упора на отметку «ноль».

2. Встаньте прямо, сделайте глубокий вдох открытым ртом.
Держите прибор одной рукой, не дотрагиваясь пальцами до шкалы.

3. Быстро плотно обхватите губами мундштук пикфлоуметра губами, не прикасаясь языком к его отверстию.

Выдохните так быстро и мощно, как вы только можете.

4. Указатель на шкале сместился. Не трогайте указатель руками. Найдите число, на котором остановился указатель.

5. Запишите это число на листе бумаги или в таблице.

6. Повторите измерения и запишите показатели еще два раза.

Не забывайте ставить указатель на «ноль» перед каждым измерением

**Диета при бронхиальной астме**

При бронхиальной астме назначают гипоаллергенную диету. Из нее удалены все продукты, которые являются раздражителями и вызывают приступы удушья. Чаще всего это цитрусовые, яйца, рыба, крабы, раки, острые соленые и консервированные продукты, орехи. В промежутках между приступами питание должно быть полноценным, но не слишком обильным. Необходимо ограничить содержание углеводов, особенно сахара, соли и жидкости. Полностью исключаются крепкие мясные бульоны и алкоголь.

Употребляемые продукты должны содержать достаточно витаминов А, В, С, Р. Питаться нужно небольшими порциями 5–6 раз в сутки. Последний прием пищи должен быть не позже, чем за 2 часа до сна. Если самочувствие больного позволяет, то можно назначить голодание на 1–2 дня. Во время голодания можно только пить по 6–8 стаканов слабого сладкого чая в день. После голодания, в течение следующего дня проводят гипоаллергенную диету с продуктами, которые не вызывают у больного аллергических реакций. Если не удалось точно выявить продукты, которые вызывают у больного аллергические реакции, то исключают наиболее распространенные аллергены.

**Рекомендованные продукты и блюда:**

1. не жирное мясо, птица, рыба;
2. молоко и кисломолочные продукты;
3. крупы и макаронные изделия;
4. овощи (капуста, картофель, морковь, свекла, лук, зелень);
5. любые фрукты и сухофрукты кроме цитрусовых;
6. хлеб белый, ржаной зерновой;
7. фруктовые чай (кроме цитрусовых), овощные соки, отвар шиповника.

**1.7 Профилактика**

Профилактика бронхиальной астмы включает в себя устранение из окружающей среды больного возможных аллергенов, борьбу с профессиональными вредностями, курением, тщательную санацию очагов хронической инфекции (особенно в носоглотке). Выделяют два метода профилактики – предупреждение развития аллергии и профилактика хронических инфекций дыхательных путей. Профилактика астмы проводится в несколько этапов. В связи с этим различаем первичную, вторичную и третичную профилактику бронхиальной астмы.

**Первичная профилактика**

Основное направление первичной профилактики бронхиальной астмы заключается в предупреждении развития аллергии и хронических болезней дыхательных путей (например, хронический бронхит). Наиболее распространенной причиной бронхиальной астмы являются хронические заболевания дыхательных путей (такие как хронический бронхит) и длительный контакт с раздражающими веществами (табачный дым, химические вещества на месте работы). Ввиду этого методы профилактики бронхиальной астмы у взрослых сводятся к устранению раздражающих факторов и лечению хронических болезней дыхательных органов.

**Вторичная профилактика**

Вторичная профилактика бронхиальной астмы включает меры по профилактике болезни у сенсибилизированных лиц или у пациентов на начальной стадии, но еще не болеющих астмой. Категория пациентов для проведения вторичной профилактики астмы подбирается по следующим критериям:

1. лица, родственники которых уже болеют бронхиальной астмой;
2. наличие различных аллергических болезней (пищевая аллергия, атопический дерматит, аллергический ринит, экзема и пр.);
3. сенсибилизация, доказанная при помощи иммунологических методов исследования.

В целях вторичной профилактики бронхиальной астмы у этой группы лиц проводится профилактическое лечение противоаллергическими препаратами. Также могут быть использованы методы по десенсибилизации.

**Третичная профилактика**

Третичная профилактика астмы применяется для уменьшения тяжести течения и предупреждения обострений болезни у пациентов, которые уже болеют бронхиальной астмой. Основной метод профилактики астмы на этом этапе заключается в исключении контакта пациента с аллергеном, вызывающим приступ астмы.

Правильно спланированные и выполненные меры по профилактике бронхиальной астмы являются эффективным средством предотвращения и лечения этой болезни. Современная медицинская практика показывают, что правильное проведение мер профилактики астмы зачастую достаточно для излечения болезни либо для значительного уменьшения потребности больного в противоастматических лекарствах.

**1.8 Реабилитация**

Проблема реабилитации больных бронхиальной астмой, остается одной из самых значительных в пульмонологии. Это заболевание может стать причиной инвалидности, а иногда и драматичных исходов.

Благодаря санаторно-курортному лечению осуществляются специальные мероприятия, направленные на ликвидацию или уменьшение выраженности аллергических проявлений, восстановление или улучшение нарушенной функции дыхания, тренировку адаптационных механизмов организма, повышение его общей резистентности.

**Основой реабилитационных комплексов на курорте являются климатические процедуры:**

1. бальнео- и гидротерапия;
2. лечебная гимнастика;
3. дыхательная гимнастика;
4. массаж;
5. мануальная терапия;
6. ингаляции лекарственных средств: бронходилататоров, минеральных вод, трав;
7. аппаратные методы тренировки дыхания;
8. аэрофитотерапия;
9. лекарственная терапия.

Санаторно-курортное лечение, воздействуя на различные звенья патогенеза бронхиальной астмы, запускает механизмы саногенеза и позволяет достичь устойчивой ремиссии бронхиальной астмы без угрозы прогрессирования заболевания и перехода его в более тяжелые формы.

**1.9 Прогноз**

Характер прогноз заболевания определяются возрастом, когда возникло заболевание. У подавляющего большинства детей с аллергической астмой болезнь протекает относительно легко. Возможно возникновение тяжёлых форм бронхиальной астмы, выраженных астматических статусов и даже летальные исходы, особенно при недостаточной дозе базисной терапии. Отдалённый прогноз бронхиальной астмы, начавшейся в детском возрасте, благоприятен. Обычно к пубертатному периоду дети «вырастают» из астмы. Но у них сохраняется ряд нарушений легочной функции, бронхиальная гиперреактивность, отклонения в иммунном статусе.

Если заболевание началось в зрелом и пожилом возрасте, то характер развития и прогноз его более предсказуем. Тяжесть течения заболевания определяется его формой. Аллергическая астма протекает легче и прогностически более благоприятна. «Пыльцевая» астма протекает легче, чем «пылевая». У заболевших в пожилом возрасте отмечается первично тяжелое течение, особенно у больных с аспириновой бронхиальной астмой.

В целом заболевание является хроническим и медленно прогрессирующим. Адекватное лечение может полностью устранять симптомы, но не влияет на причину их возникновения. Прогноз для жизни и трудоспособности при адекватной терапии условно благоприятный. Периоды ремиссии могут продолжаться в течение нескольких лет.

**2. Сестринский процесс при бронхиальной астме**

**2.1 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой**

**Выполнение внутримышечных инъекций**

**Оснащение:** одноразовый шприц с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70° спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), пинцет (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством.

**Подготовка к процедуре**

1. Подтвердить наличие информированного согласия пациента.

2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.

3. Уточнить наличие аллергической реакции на лекарственное средство.

4. Вымыть и осушить руки.

5. Приготовить оснащение.

6. Проверить название, срок годности лекарственного средства.

7. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.

8. Собрать одноразовый шприц.

9. Приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке.

10. Надпилить ампулу с лекарственным средством, специальной пилочкой.

11. Одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её.

12. Сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов.

13. Набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу.

14. Положить шприц в лоток и транспортировать в палату.

15. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку).

**Выполнение процедуры**

1. Определить место инъекции.
2. Надеть перчатки.
3. Обработать ватным шариком (салфеткой), смоченным кожным антисептиком, кожу в месте инъекции дважды (вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции).
4. Вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок, снять колпачок с иглы.
5. Ввести иглу в мышцу под углом 90°, оставив 2 – 3 мм иглы над кожей.
6. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство.
7. Извлечь иглу, прижав ватный шарик (салфетку).
8. Положить использованный шприц в лоток для использованных материалов.

**Окончание процедуры.**

1. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты (салфетки) от кожи.
2. Поместить ватный шарик (салфетку) в лоток для использованных материалов.
3. Помочь пациенту занять удобное для него положение.
4. Уточнить состояние пациента.
5. Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции.
6. Снять перчатки, замочить их в растворе дезсредства на время экспозиции.
7. Вымыть и осушить руки.

**Алгоритм применение карманного ингалятора**

**Подготовка к процедуре**

1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, ходе процедуры и согласие.

2. Прочитать название лекарственного средства.

3. Вымыть руки.

4. Дать пациенту баллончик с лекарственным препаратом.

**Запомните!** Не распыляйте лекарственный препарат в воздух! Это опасно для вашего здоровья.

5. Предложить пациенту сесть (если его состояние позволяет, лучше выполнять процедуру стоя*,* так как дыхательная экскурсия легких при этом эффективнее, но можно проводить ингаляцию сидя):

а) снять с ингалятора защитный колпачок;

б) перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его;

в) сделать глубокий выдох;

г) взять в рот мундштук ингалятора, плотно обхватив его губами; голову при этом слегка запрокинуть назад;

д) сделать глубокий вдох через рот и одновременно нажать на дно баллончика;

е) извлечь мундштук ингалятора изо рта, задержать дыхание на 5–10 с (акцентировать на этом внимание пациента!);

ж) сделать спокойный выдох.

6. Информировать пациента: после каждой ингаляции мундштук промыть водой с мылом и вытереть насухо

**Запомните!** Количество ингаляций и временной промежуток между ними определяет врач.

**Завершение процедуры**

1. Закрыть защитным колпачком ингалятор после промывания и убрать его.
2. Вымыть руки
3. Сделать запись о результатах обучения, выполненной процедуре и реакции на нее пациента в «Медицинской карте».

**2.2 Особенности сестринского процесса при бронхиальной астме**

Перед сестринскими вмешательствами необходимо провести опрос пациента или его родственников, провести объективное исследование – это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, а так же своевременно выявить его настоящие и потенциальные проблемы, удовлетворять нарушенные жизненно важные потребности пациента, оказывать психологическую помощь ему и родителям. Сформировать план ухода.

**Возможные проблемы пациента:**

1. нарушение дыхания из – за отека слизистой, бронхоспазма, гиперсекреции слизи, гипоксии;
2. дефицит жидкости из – за гипервентиляции легких и недостаточного ее потребления;
3. нарушение аппетита;
4. нарушение сна;
5. дискомфорт, связанный с необходимостью длительного лечения, нежелание принимать препараты;
6. беспокойство, чувство тревоги, страх перед приступом;
7. снижение переносимости нагрузок вследствие несоответствия поступления кислорода в организм его потребностям;
8. дефицит самоухода;
9. социальная изоляция, вызванная вынужденным длительным пребыванием дома или госпитализацией;
10. ограничение в выборе профессии;
11. присоединение тяжелых осложнений.

Целью сестринского процесса является подготовка больного к дополнительным методам исследования, забора биологического материала (кровь, мокрота) для лабораторного исследования, выполнение врачебных назначений лечения больного, оказания доврачебной неотложной помощи, подготовки больного для консультации других специалистов.

**Заключение**

Труд медика имеет свои особенности. Прежде всего, он предполагает процесс взаимодействия людей. Здесь лечебно-диагностические методы переплетаются с личностными отношениями. Выполняя любую инвазивную процедуру, следует помнить заповедь Гиппократа «Не навреди» и сделать все, чтобы ее выполнить. В условиях технического прогресса в медицине и все большего оснащения больниц и поликлиник новыми изделиями медицинской техники. Роль инвазивных методов диагностики и лечения будет возрастать. Это обязывает медицинских сестер скрупулезно изучать имеющиеся и вновь поступающие технические средства, осваивать инновационные методики их применения, а так же соблюдать деонтологические принципы работы с пациентами на разных этапах лечебно-диагностического процесса.

Работа над этой курсовой помогла мне глубже понять материал и стала очередным этапом совершенствования моих навыков и знаний. Несмотря на трудности в работе и недостаточный опыт, я стараюсь применять свои знания и умения на практике, а также использовать сестринский процесс, при работе с пациентами.

**Литература**

1. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: – ГЭОТАР – Медиа 2009. – 512 с.
2. Сестринское дело в терапии – ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. – 544 с.
3. Шапкин В.Е., Заздравнов А.А., Бобро Л.Н. Пасиешвили – Справочник по терапии с основами реабилитации – М.: – Феникс – 2007. – 275 с.
4. Медицинская сестра – Научно – практический и публицистический журнал – Издательский дом «Русский врач» – №1–2010, №5–2010.
5. Медсестра – Научно-практический журнал – Медиздат – №2–2011.