***Содержание***

Введение

Глава 1. Заболевания бронхолегочной системы

1.1 Диагностика

1.2 Помощь при неотложных состояниях

1.3 Особенности лечения

1.4 Профилактика

Глава 2. Сестринский уход при бронхолегочных заболеваниях

2.1 Техника проведения оксигенотерапии

2.2 Техника дезинфекции плевательницы

2.3 Правила применения индивидуального ингалятора

Вывод

Список использованной литературы

***Введение***

***Актуальность***: В настоящее время около 600 миллионов человек в мире страдает от ХОБЛ (хроническая обстуктивная болезнь легких). Это второе по распространенности неинфекционное заболевание в мире. ХОБЛ в России занимает первое место (56 процентов) в структуре распространенности заболеваний органов дыхания. Хроническая обстуктивная болезнь легких - болезнь, поражающая все отделы дыхательной системы человека. Всего в России в 2006 году зарегистрировано 2,3 млн больных хронической обструктивной болезнью легких в стадии инвалидизации. По данным ВОЗ, от ХОБЛ умирает в 2,2 раза больше людей, чем от рака легких.

Комплексное и комбинированное воздействие вредных факторов производственной среды, приводит к возникновению и развитию бронхолегочной патологии различного генеза. Болезни органов дыхания от воздействия промышленных аэрозолей занимают ведущее место в структуре профессиональной заболеваемости трудоспособного населения в России. Они характеризуются высокой распространённостью и неуклонным ростом. [Измеров Н.Ф., 2009; Монаенкова А. М., 2002; Милишникова В.В., 2004 и др.] В настоящеевремя не теряют своей актуальности исследования по изучению механизмов повреждения легочной ткани, изысканию возможностей для ранней диагностики и представлению новых подходов к лечению данной патологии.

***Целью исследования:*** изучение сестринского ухода при заболеваниях бронхолегочной системы.

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

виды заболеваний бронхолегочной системы;

способы диагностики;

помощь при неотложных состояниях;

особенности лечения;

профилактика, реабилитация;

сестринский уход при заболеваниях бронхолегочной системы;

Методы исследования:

научно-теоретический анализ медицинской литературы по заболеваниям бронхолегочной системы;

использование интернет ресурсов;

организационный (сравнительный, комплексный метод);

Заболевания бронхолегочной системы занимают около 40-50 процентов всех болезней современного человека. Основной из них считается бронхиальная астма, на ее долю в общей цифре болезней бронхов и легких приходится четвертая часть. К остальным относят воспалительные заболевания: пневмонии, бронхиты, хроническая обструктивная болезнь легких и другие. Чаще всего болезнями бронхолегочной системы заболевают люди от 20 до 40 лет.

Очень важно следить за состоянием органов дыхания и вовремя лечить заболевания бронхолегочной системы, даже если это обыкновенное простудное заболевание. Об этом говорят высокая частота встречаемости этих болезней и количество летальных исходов. К наиболее значимым факторам, которые провоцируют возникновение заболеваний бронхолегочной системы, являются:

· Низкий уровень жизни.

· Профессия.

· Курение.

# ***Глава 1. Заболевания бронхолегочной системы***

***Виды заболеваний***:

) Наследственные:

· бронхиальная астма;

) Воспалительные:

· бронхиты;

· пневмония;

Бронхиальная астма обусловлена аллергическим фактором, и является наследственным заболеванием. Начинается в детском возрасте и сохраняет в течение всей жизни с периодическими обострениями и притуплением симптомов. Это заболевания лечится всю жизнь, применятся комплексный подход, очень часто используют в лечении гормональные препараты. Заболевание - бронхиальная астма, существенно ухудшает качество жизни больного, делает его зависимым от большого количества медикаментов и понижает трудоспособность.

К воспалительным заболеваниям относятся бронхит и пневмония.

Воспаление слизистой оболочки бронхов называют бронхит. При вирусной и бактериальной инфекции может протекать в острой форме, хронический бронхит чаще связан с мелкодисперсными частицами, к примеру - пылью. Статистика показывает, что у каждого третьего человека обратившегося с кашлем или приступами удушья обнаруживается бронхит. Около 10% населения страдают этим недугом - хронический бронхит. Одной из главных причин является курение. Людей зависимых от этой привычки в России почти 40 процентов, из них большинство - мужчины. Главная опасность заболевания - изменение строения бронха и его защитных функций. Это заболевание еще относят к профессиональным болезням, им подвержены, маляры, шахтеры, работники каменоломен. Болезнь бронхит нельзя пускать на самотек, требуется своевременное принятие мер, чтобы не допускать осложнений.

Воспаление легких - это пневмония. Очень часто является основной причиной смерти детей младшего возраста. Достаточно распространенное и часто встречающееся заболевание, в среднем ею болеют около трех миллионов человек в год, при этом каждое четвертое заболевания приобретает тяжелые формы и последствия, вплоть до угрозы жизни человека. Сниженный иммунитет, попадание инфекции в легкие, факторы риска, патологии легких - эти причины дают развитие болезни - пневмония. Осложнениями могут быть плеврит, абсцесс или гангрена легкого, эндокардит и другие. Лечение пневмонии должно начинаться на самых ранних стадиях, под наблюдением врача в стационаре. Оно должно быть комплексным с последующей реабилитацией больного.

# ***1.1 Диагностика***

Диагностика многих заболеваний бронхолегочной системы основывается на рентгенографии, рентгеновской компьютерной томографии (РКТ), ультразвуковом исследовании (УЗИ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) грудной клетки. Методы медицинской визуализации (лучевой диагностики), несмотря на различные способы получения изображения, отражают макроструктуру и анатомо-топографические особенности органов дыхания.

*Визуальная диагностика респираторного дистресс-синдрома.*

Одним из немногих методов объективизации и количественной оценки уровня интоксикации является определение концентрации среднемолекулярных олигопептидов крови (уровень средних молекул). Наиболее простым и доступным, фактически экспресс-методом, является метод, предложенный Н. P. Габриэлян, дающий интегральную характеристику этого показателя. В норме уровень средних молекул удерживается в пределах 220-250 Ед. При умеренной интоксикации этот показатель возрастает до 350-400 Ед., при тяжелой - до 500-600 Ед. с максимальным увеличением до 900-1200 Ед., что отражает уже практически инкурабельное состояние. Более полно выявляет характер эндотоксикоза метод определения средних молекул, предложенный М.Я. Малаховой (1995). Одними из более точных критериев диагностики респираторного дистресс-синдрома являются различные методики определения объема внесосудистой жидкости легких (ВСЖП). Прижизненно, в том числе и в динамике, могут быть использованы различные красочные, изотопные методы и терморазведение. Заслуживающими внимания являются результаты таких исследований, говорящие, что даже после нетяжелых оперативных вмешательств вне грудной полости наблюдаются признаки увеличения объема ВСЖЛ. При этом отмечают, что даже двукратное нарастание объема ВСЖП еще может не сопровождаться ни клиническими, ни рентгенологическими, ни лабораторными (газы крови) проявлениями. Когда же наблюдаются первые признаки РДС, значит, налицо уже достаточно далеко зашедший патологический процесс. Учитывая приведенные данные, можно усомниться в истинной частоте этого осложнения. Можно полагать, что феномен респираторного дистресс-синдрома является практически постоянным спутником многих патологических состояний и заболеваний. Речь должна вестись не столько о частоте РДС, сколько о частоте той или иной степени тяжести РДС.

*Рентгенография грудной клетки.*

Рентгенография грудной клетки - метод исследования, позволяющий получить изображение органов грудной клетки на рентгеновской пленке. В рентгеновском аппарате вырабатываются (генерируются) рентгеновские лучи, которые направляются по направлению грудной клетки обследуемого к рентгеновской пленке, вызывая в ней фотохимическую реакцию. Радиоактивные, рентгеновские лучи, проходя через организм человека, некоторыми тканями задерживаются полностью, другими частично, третьими не задерживаются совсем. На рентгеновской пленке в результате этого формируется изображение.

*Цели исследования.*

Рентгеновский метод исследования грудной клетки используется для распознавания, прежде всего, заболеваний легких - воспаление легких, туберкулез, опухоли, профессиональные поражения, а также для диагностики пороков сердца, заболеваний сердечной мышцы, болезней перикарда. Метод помогает в распознавании изменений позвоночника, лимфатических узлов. Широко используется рентгеновский метод для профилактических осмотров, в особенности при выявлении ранних признаков туберкулеза, опухолей, профессиональных болезней, когда другие симптомы этих болезней еще отсутствуют.

*Как выполняется исследование.*

Рентгеновское исследование грудной клетки производится в рентгеновском кабинете. Больной раздевается до пояса, становится перед специальным щитком, в котором заложена кассета с рентгеновской пленкой. Рентгеновский аппарат с трубкой, генерирующей рентгеновские лучи, располагается примерно в 2 м от больного. Снимки делаются обычно в двух стандартных положениях больного - прямом (фасный снимок) и боковом. Время исследования - несколько секунд. Никаких неприятных ощущений во время исследования больной не испытывает.

Основные признаки болезней, выявляемые при рентгенографии легких. При описании рентгеновских снимков признаков заболеваний не так уж много (см. рисунок 1).



Рис. 1. Признаки заболеваний бронхолегочной системы при использовании рентгенографии.

*Компьютерная томография.*

Компьютерная томография (КТ) является одним из методов рентгеновского исследования. Получение любого рентгеновского изображения основано на различной плотности органов и тканей, через которые проходят рентгеновские лучи. При обычной рентгенографии снимок является отражением исследуемого органа или его части. При этом мелкие патологические образования могут быть плохо видны или вовсе не визуализироваться вследствие суперпозиции тканей (наложения одного слоя на другой).

Для устранения этих помех в практику была введена методика линейной томографии. Она дала возможность получить послойное продольное изображение. Выделение слоя достигается за счет одновременного движения в противоположных направлениях стола, на котором лежит пациент, и кассеты с пленкой.

Следующим этапом была компьютерная томография, за которую ее создатели Кормак и Хаунсфилд удостоены Нобелевской премии.

Метод дает возможность получения изолированного изображения поперечного слоя тканей. Это достигается с помощью вращения рентгеновской трубки с узким пучком рентгеновских лучей вокруг пациента, а затем реконструкции изображения с помощью специальных компьютерных программ. Изображение в поперечной плоскости, недоступное в обычной рентгенодиагностике, часто является оптимальной для диагностики, так как дает четкое представление о соотношении органов.

Для успешного и эффективного применения КТ необходимо учитывать показания и противопоказания, результативность метода в каждом конкретном случае, соблюдать алгоритм, основывающийся на принципе "от простого к сложному". Компьютерная томография должна назначаться врачом с учетом клинических данных и всех предыдущих исследований пациента (в ряде случаев необходима предварительная рентгенография или УЗИ). Такой подход позволяет определить область интереса, сделать исследование целенаправленным, избежать проведений исследований без показаний, снизить дозу лучевых нагрузок.

Грамотное использование современных диагностических возможностей дает возможность выявить различные патологии на разных стадиях.

# ***1.2 Помощь при неотложных состояниях***

Тяжесть пневмонии определяется выраженностью одышки, тахикардии и гипотонии. Одышка (число дыханий более 30 в минуту), особенно с участием вспомогательной мускулатуры, тахикардия (число сердечных сокращений более 130 в минуту), особенно с признаками перегрузки предсердия на ЭКГ, артериальное давление ниже 100/70 мм рт. ст.

Все эти признаки свидетельствуют о тяжелой пневмонии и являются показанием для неотложной терапии. Для постановки диагноза необходимы рентгенография легких в двух проекциях, клинические и биохимические анализы крови, бактериоскопическое и бактериологическое исследование мокроты.

При сильной боли в груди - обезболивание 2-4 мл 50% -ного раствора анальгина или 5 мл баралгина с 1 мл 1 % -ного раствора димедрола.

Сердечно-сосудистые средства нужно вводить независимо от того, есть или нет сердечная недостаточность и гипотония, так как эти осложнения могут развиться в ближайшее время; если они выражены, то введение тем более обязательно.

Вводят кардиотонические средства (внутривенно - 1 мл 0,06% -ного раствора коргликона или 0,5 мл 0,05% -ного раствора строфантина на 20 мл 40% -ного раствора глюкозы) и аналептики (подкожно или внутривенно - 2 мл кордиамина или 2 мл 10% -ного раствора сульфокамфокаина).

заболевание бронхолегочная система сестринский уход

При снижении артериального давления вводят внутривенно капельно 200-400 мл полиглюкина и 100-200 мг гидрокортизона, или 60-120 мг преднизолона, или 4-8 мг дексаметазона.

При выраженной дыхательной недостаточности с учетом возможных микроцикуляторных расстройств внутривенно капельно вводят 400 мл реополиглюкина. Показана оксигенотерапия. С целью дезинтоксикации внутривенно капельно назначают 200 мл гемодеза.

При приступе астмы больному нужно помочь расстегнуть ворот рубашки или ослабить галстук, снять все, что может мешать свободному дыханию. Затем помочь принять правильное положение: стоя или сидя, упираясь в поверхность обоими руками, локти расставлены в разные стороны. Это поможет задействовать вспомогательные дыхательные мышцы. Помогите больному успокоиться и постараться дышать равномерно. Откройте окно, чтобы в помещение был поток свежего воздуха.

Легкий приступ можно купировать, если больному сделать горячую ванночку для рук или ног, приложить горчичники к стопам. Помогите воспользоваться больному ингалятором, который использует больной, достаньте его из упаковки, закрепите насадку и переверните. Если человек самостоятельно не может нажать на аэрозоль, сделайте это вместо него. Повторять применение ингалятора можно 2-3 раза каждые 20 минут.

# ***1.3 Особенности лечения***

Основное правило, которое нужно соблюдать, сталкиваясь с этими заболеваниями, - приступать к лечению немедленно! В противном случае, можно упустить начальную стадию заболевания, что может привести к плачевным последствиям.

Лечение заболеваний этой группы - симптоматическое, в частности, при лечении бронхита, в первую очередь, нужно добиться, чтобы полноценно отходила мокрота. При лечении бронхолегочных заболеваний существуют общие рекомендации, например, такие, как паровые ингаляции, обильное горячее питье и другие. Также каждое заболевание этой группы имеет свои особенности лечения. При остром бронхите может потребоваться искусственная вентиляция легких, при пневмонии не обойтись без антибиотиков. Особое внимание при лечении бронхиальной астмы уделяется поддержанию заболевания в стадии ремиссии. Ведь, как известно, заболевание легче предупредить, чем лечить. Именно это выражение наиболее применимо к бронхиальной астме - проще предотвратить приступ, чем бороться за больного в состоянии обструкции легких.

На сегодняшний день, пульмонология имеет достаточный набор лечебных методов и медицинских препаратов, которые позволяют с успехом бороться с бронхолегочными заболеваниями, главное во время обращаться за помощью к врачу.

*Принципы питания при хронических заболевания бронхолегочной системы*

Что нужно исключить:

. слизеобразующие продукты - картофель, сахар, дрожжи, молоко, мучные изделия, все с желатином, большое количество белка;

. шипучие напитки исключить полностью;

. экзотические варенья, помидоры 4. все с соей, какао

Любой приступ бронхиальной астмы снимает питье горячей коралловой воды (небольшими глотками через каждые 2-3 минуты). Один пакет на стакан. Как минимум выпить 500 мл.

Это также может быть Микрогидрин или Гидросел. То есть это горячее щелочное питье.

Что нужно есть:

. Клетчатка (капуста, кабачки, тыква)

2. Каши (перловка, гречка, просо, пшено) на воде, со сливочным или растительным маслом. Больше соленые, а не сладкие.

3. Овощные супы, винегреты, зелень

4. Тушеные овощи, лук, чеснок

5. Фрукты, сухофрукты с клетчаткой (идеальный вариант)

6. Мед

Вода, напитки.

При бронхолегочных заболеваниях человек должен пить 2 вида напитков 1 вода щелочная натощак не менее 1 литра 2 с едой горячая вода с кислыми антибактериально-антигрибковыми продуктами и травами. Клюква, рябина, брусника, крыжовник, калина, шиповник. Чабрец, мать-и-мачеха, подорожник, имбирь, пихта хвоя, сосна, березовые почки.

# ***1.4 Профилактика***

Чтобы снизить или и вовсе свести на нет риск бронхолегочные заболевания, примите во внимание следующие рекомендации:

· Избегайте сигаретного дыма. Как активное, так и пассивное курение сигарет приводит к развитию хронического бронхита.

· Делайте прививки. Многие случаи бронхита развиваются из обыкновенного гриппа. Вы разновидностей пневмонии.

· Мойте руки. Чтобы избежать вирусной инфекции в дальнейшем, чаще мойте руки и заведите новую привычку: пользоваться антибактериальным гелем для рук.

· Держите домашнюю аптечку в можете избежать заболевания гриппом, делая каждый год соответствующие прививки. Возможно, следует также сделать прививки против некоторых абсолютном порядке. Проверяйте, не вышли ли лекарства из срока годности.

· Носите маску. Если у вас хроническая обструктивная болезнь легких, подумайте о том, чтобы носить маску на улице и на работе.

· Не бойтесь физических нагрузок. Главное требование к физическим упражнениям для профилактики бронхита - умеренность и дозирование.

· Прием витаминов.

# ***Глава 2. Сестринский уход при бронхолегочных заболеваниях***

Перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента и его родственников, провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, а так же выявить его проблемы и заподозрить заболевания. При опросе пациента и его родственников необходимо задать вопросы о перенесённых заболеваниях, наличие вредных привычек, возможности наличия наследственных заболеваний. Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента.

*Ведущие жалобы пациентов при нарушениях функций дыхательной системы*:

кашель - сложный защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и в. д. п. мокроты или инородного тела; Имеет значение характер кашля, продолжительность, время появления, громкость, тембр - сухой и влажный; "утренний", "вечерний", "ночной"; громкий, "лающий", тихий и короткий/покашливание; приступообразный, сильный или беззвучный.

боли в грудной клетке (м. б. связаны с дыханием, с движением, с положением тела) - симптом неотложного состояния, защитная реакция организма, свидетельствующая о наличии повреждающего фактора или патологического процесса; Имеет значение происхождение, локализация, характер, интенсивность, продолжительность и иррадиация боли, связь с дыханием, кашлем и положением тела.

одышка (в покое, при физической нагрузке) - субъективное ощущение затруднения дыхания, сопровождающееся ощущением нехватки воздуха и беспокойством (объективно: нарушение частоты, глубины, ритма дыхания); Может быть инспираторная (вдох) и экспираторная (выдох).

приступ удушья - симптом неотложного состояния, резкая одышка с глубоким вдохом и выдохом, учащением дыхания, мучительным ощущением нехватки воздуха, чувством стеснения в груди;

кровохаркание - выделение крови при кашле в виде прожилок или сгустков менее 50 мл в сутки; Может быть "ржавого" цвета, цвета "малинового желе".

симптомы общего недомогания (температура, общая слабость, снижение аппетита, головная боль и т.п.);

Сестринский процесс в пульмонологии включает все необходимые этапы его организации: обследование, постановку сестринского диагноза, планирование, осуществление (реализация) плана и оценку полученных результатов.

Сестринский диагноз может быть таким: лихорадка, озноб, головная боль, слабость, плохой сон, боли в грудной клетке, кашель сухой или влажный со слизисто-гнойной, гнойной или ржавой мокротой, удушье с удлиненным выдохом, тахикардия, цианоз.

***План обследования, лечения, ухода и наблюдения:***

1) подготовка больного к рентгенологическому, лабораторному, для консультации специалистов;

) выполнение врачебных назначений по лечению больного (своевременная раздача лекарственных препаратов, производство инъекций и вливаний

) организация других методов исследования (физиотерапия, ЛФК, массаж, оксигенотерапия);

) оказание доврачебной неотложной помощи;

) организация ухода и наблюдения за больным.

***Реализация плана:***

а) своевременное и целенаправленное выполнение назначений (антибиотики различного спектра действия, сульфаниламиды, нитрофураны, нистатин или леворин, муколитики);

б) своевременный забор биологического материала (крови, мокроты, мочи) для лабораторного исследования;

в) подготовка к плевральной пункции (при наличии жидкости в плевральной полости), рентгенологическому и эндоскопическому исследованию;

г) при необходимости организация консультации физиотерапевта для назначения физиотерапевтических методов, врача ЛФК для назначения ЛФК и массажа, фтизиатра и онколога;

д) проведение оксигенотерапии, организация своевременного проветривания палаты, влажной уборки с дез. средствами, мытья и дезинфекции плевательницы

е) своевременная смена постельного и нательного белья, профилактика пролежней, регулярное поворачивание больного для создания дренажа и отхождения мокроты - 4-5 раз в день на 20-30 мин., кормление тяжелобольных, гигиенический уход за больными;

ж) наблюдение за деятельностью ССС (ЧСС, АД) бронхолегочной системы (ЧДД, количество мокроты), физиологическими отправлениями.

з) обучение пациента правильному использованию ингалятора.

# ***2.1 Техника проведения оксигенотерапии***

Оснащение: стерильный катетер, увлажнитель, дистиллированная вода, источник кислорода с расходомером, стерильный глицерин, лейкопластырь.. Подготовка к процедуре.

. Уточнить у пациента или его близких понимание цели оксигенотерапии, последствия процедуры и получить их согласие.

. Вымыть руки.. Выполнение процедуры.

. Вскрыть упаковку, извлечь катетер и смочить его стерильным глицерином.

. Ввести катетер в нижний носовой ход на глубину, равную расстоянию от мочки уха до крыльев носа.

. Зафиксировать катетер лейкопластырем, чтобы он не выпал и не причинял неудобств.

. Прикрепить катетер к источнику увлажнённого кислорода с заданной концентрацией и скоростью подачи.

. Обеспечить достаточную свободу движений катетера и кислородных трубок и прикрепить их к одежде безопасной булавкой.

. Проверять состояние катетера через каждые 8ч.

. Наблюдать за тем, чтобы увлажняющий сосуд был постоянно полон.

. Осматривать слизистую носа пациента для выявления её возможного раздражения.

Окончание процедуры.

. Каждые 8 ч. проверять скорость потока кислорода, концентрацию.

. Отметить способ, концентрацию, скорость подачи кислорода, реакцию пациента и результаты итоговой оценки удовлетворения потребности в нормальном дыхании пациента.

# ***2.2 Техника дезинфекции плевательницы***

Оснащение:

карманная плевательница;

-ный и 5-ный растворы хлорамина.

Технология.

. Необходимо объяснить пациенту правила пользования плевательницей.

. Следует выдать ему сухую чистую плевательницу с плотной крышкой.

. Заполнить мокроту на 1/4 объема 3-ным раствором хлорамина, при туберкулезной патологии - 5-ным раствором хлорамина.

. После дезинфекции мокроту слить в канализацию, а мокроту от туберкулезных больных сжечь с опилками в специальной печи.

. Использованные плевательницы дезинфицировать в 3-ном растворе хлорамина в течение 1 ч. Если плевательницей пользовался туберкулезный пациент, то обработка проводится 5-ным раствором хлорамина в течение 4 ч.

. Затем плевательницу следует промыть проточной водой. Хранить в чистом сухом виде в специально отведенном месте.

# ***2.3 Правила применения индивидуального ингалятора***

Индивидуальные ингаляторы применяют при приступах бронхиальной астмы.

Технология.

. Необходимо снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном.

. Баллончик с лекарственным аэрозолем встряхнуть.

. Пациенту надо сделать глубокий вдох.

. Поднести баллончик ко рту больного и предложить обхватить губами мундштук.

. Пациенту следует сделать глубокий вдох и одновременно нажать на дно баллончика. При этом в полость рта поступит определенная доза лекарственного препарата.

. Попросите больного задержать дыхание в этот момент и выньте мундштук изо рта. Затем пациенту следует сделать медленный выдох.

. Если он не может сделать глубокий вдох, то необходимо первую дозу лекарства распылить в полости рта.

. По окончании ингаляции наденьте на баллончик защитный колпачок.

. Количество доз аэрозоля при бронхиальной астме определяет врач.

# ***Вывод***

Изучив необходимую литературу, можно сделать выводы: знание этиологии и способствующих факторов возникновения заболеваний печени, клинической картины и особенностей диагностики данного заболевания, методов обследования и подготовки к ним, принципов лечения и профилактики, осложнений, манипуляций поможет медицинской сестре осуществить все этапы сестринского процесса.

Хоть и медицинская сестра самостоятельно не лечит больного, а лишь выполняет назначения врача, однако она замечает изменения, происходящие в состоянии пациента, ведь она находится с ним всё время.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение заболеваний главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации охранительного режима, режима питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента.

Главное назначение сестринского дела в том, чтобы пациент как можно быстрее обрёл независимость в медицинской помощи.

# ***Список использованной литературы***

1. http://studopedia.net/15\_90411\_organizatsiya-sestrinskogo-uhoda-v-pulmonologii-zabolevaniya-sistemi-dihaniya-osnovnie-zhalobi-metodi-diagnostiki-printsipi-sestrinskogo-uhoda-i-nablyudeniya.html

2. http://www.journalmedic.ru/terapiya/pravila-polzovaniya-individualnoy-plevatelnitsey.html

. http://shop-argo.ru/zabolevanija-bronholegochnoj-sistemy.html

. http://reftrend.ru/975734.html

. Первая доврачебная помощь

. В.В. Пыжов, Ю.Ф. Пауткин Издательство: Российского Университета дружбы народов (2007 г.)

. "Популярная медицинская энциклопедия"

. Главный редактор академик Б.В. Петровский Москва "Советская энциклопедия" 1979 год