***Содержание***

Введение

Глава 1. Литературный обзор

1.1 Хронический обструктивный бронхит легких, как медико-социальная проблема

1.2 Профилактика и факторы риска ХОБЛ

Глава 2. Материалы и методы исследования

Глава 3. Исследовательская часть

3.1 Характеристика пульмонологического отделения

3.2 Клинико-экономический анализ в деятельности медицинской сестры в пульмонологического отделения

***Введение***

Хронический обструктивный бронхит легких (ХОБЛ) - одна из важнейших причин нарушения здоровья и смертности по всему миру. Годами многие люди болеют ХОБЛ, преждевременно умирая от нее или от ее осложнений. ХОБЛ является четвертой причиной в структуре смертности в мире. И, как предсказывается, в ближайшие десятилетия будет наблюдаться увеличение ее распространенности и смертности от нее.

ХОБЛ остается одной из важнейших проблем здравоохранения. Она стоит на четвертом месте по уровню болезненности и смертности в США, и предполагается, что она выйдет на пятое место в 2020 г. по ущербу, наносимому болезнями в глобальном масштабе, как вытекает из данных опубликованных Всемирным банком и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Более того, хотя в последние годы ХОБЛ привлекает всё больше внимание со стороны медицинского сообщества, это заболевание остается относительно неизвестным или малозначимым для широких слоев населения, а также официальных представителей органов здравоохранения и правительственных структур.

Для того чтобы привлечь большее внимание к проблеме ХОБЛ, ее лечению и профилактике, в 1998 г. инициативная группа ученых убедила Национальный институт сердца, легких и крови (США) и ВОЗ сформировать "Глобальную инициативу по хронической обструктивной болезни легких" (GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Среди наиболее важных целей GOLD следует выделить повышение уровня знаний о ХОБЛ и помощь миллионам людей, которые страдают от этого заболевания и прежде - временно умирают от ХОБЛ или от ее осложнений.

Курение табака остается основной причиной ХОБЛ, а равно и многих других заболеваний. Повсеместное снижение курения приведет к значительному улучшению здоровья и снижению распространенности ХОБЛ и других болезней, связанных с курением. Неотложной задачей является разработка более эффективных программ, направленных на снижение потребления табака. Однако курение табака не является единственной причиной ХОБЛ и, возможно, не самой главной в некоторых частях света. Более того, не все курильщики демонстрируют клинически значимую ХОБЛ, что предполагает наличие других факторов, имеющих отношение к индивидуальной чувствительности. Поэтому изучение факторов риска ХОБЛ и путей снижения их воздействия, молекулярных и клеточных механизмов патогенеза ХОБЛ остается важной областью научных исследований, направленных на разработку более эффективных методов лечения, которое затормозят или остановят развитие болезни.

**Цели:**

Повышение уровня знаний о ХОБЛ

**Задачи:**

1) Снижение уровня болезненности и смертности от нее.

2) Улучшить профилактику и лечение ХОБЛ путем объединения усилий людей.

хронический обструктивный бронхит легкое

# ***Глава 1. Литературный обзор***

ХОБЛ - заболевание, которое можно предотвратить лечить, характеризующееся существенными внелегочными проявлениями, способными дополнительно отягощать течение болезни у отдельных пациентов. Ее легочная составляющая характеризуется ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение скорости воздушного потока обычно прогрессирует и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов.

Хроническое ограничение скорости воздушного потока, характерное для ХОБЛ, вызывается как поражением мелких бронхов (обструктивный бронхолит), так и деструкцией паренхимы (эмфиземы), причем степень преобладания того или другого различается у разных больных.

ХОБЛ имеет различное течение заболевания, и у разных людей оно неодинаково. Однако общим является прогрессирование ХОБЛ, особенно если продолжается воздействие на пациента патогенных агентов.

Воздействие ХОБЛ на каждого пациента зависит от степени тяжести симптомов (особенно одышки и снижения переносимости физической нагрузки), системных эффектов и наличия любых сопутствующих заболеваний, а не только от выраженности ограничения скорости воздушного потока.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется хроническим ограничением скорости воздушного потока и разнообразными патологическими изменениями в легких, существенными внелегочными проявлениями и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать течение ХОБЛ у отдельных пациентов. Таким образом, ХОБЛ следует считать заболеваниями легких, но для более точного определения ее степени тяжести и правильного выбора терапии следует также учитывать указанные серьезные сопутствующие заболевания.

ХОБЛ имеет различное течение заболевания, и у разных людей оно неодинаково. Однако общим является прогрессирование ХОБЛ, особенно если продолжается воздействие на пациента патогенных агентов. Прекращение влияния этих агентов, даже если имеется значительное ограничение скорости воздушного потока, может привести к некоторому улучшению функции легких и, безусловно, замедлит или даже остановит прогрессирование болезни. Однако развившуюся ХОБЛ и связанные с ней сопутствующие заболевания нельзя полностью устранить, и, следовательно, они требуют постоянной терапии. Лечение ХОБЛ может уменьшить выраженность симптомов, улучшить качество жизни, уменьшить частоту обострений и, возможно, снизить смертность.

В область проблем, не входит всестороннее обсуждение течения заболеваний, сопутствующих ХОБЛ; в первую очередь, на хроническом ограничении скорости воздушного потока, вызванном воздействием ингалируемых частиц или газов, наиболее частым примером которых повсеместно является сигаретный дым. Однако хроническое ограничение скорости воздушного потока может также развиваться у некурящих, проявляется сходными с ХОБЛ симптомами и может быть связано с другими заболеваниями, например Бронхиальной астмой, застойной сердечной недостаточностью, раком легких, облитерирующих бронхиолитом и интерстициальными болезнями легких. Плохо обратимое ограничение скорости воздушного потока, связанное с перечисленными состояниями.

# ***1.1 Хронический обструктивный бронхит легких, как медико-социальная проблема***

ХОБЛ - одна из важнейших причин болезненности и смертности по всему миру, приводящая к экономическому и социальному ущербу, который весьма существен, причем уровень его возрастает.

Распространенность, болезненность и смертность от ХОБЛ различаются от страны к стране, а также между различными группами внутри страны, но в целом эти характеристики прямо зависят от распространенности курения та - бака; однако во многих странах значимым фактором риска ХОБЛ также является загрязнение воздуха, обусловленное сжигание древесины и других видов биоорганического топлива.

По прогнозам, распространенность ХОБЛ и ущерб от нее в ближайшие десятилетия будут увеличиваться, что обусловлено продолжающимся воздействием факторов риска ХОБЛ и изменениями возрастной структуры населения мира.

ХОБЛ связана с высокими затратами - как прямыми (стоимость ресурсов здравоохранения, необходимых для диагностики и лечения ХОБЛ), так и непрямыми (выраженные в денежном эквиваленте последствия инвалидизации, пропусков работы, преждевременной смертности, а также связанные с заболеванием затраты семей или лиц, ухаживающих за больными).

ХОБЛ - одна из важнейших причин болезненности и смертности по всему миру, приводящая к экономическому и социальному ущербу, который весьма существен, причем уровень его возрастает. Распространенность, болезненность и смертность от ХОБЛ различаются от страны к стране, а также между различными группами внутри страны, но целом эти характеристики прямо зависят от распространенности курения табака; однако во многих странах значимым фактором риска ХОБЛ также является загрязнение воздуха, обусловленное сжиганием древесины и других видов биоорганического топлива. По прогнозам, распространенность ХОБЛ и ущерб от нее в ближайшие десятилетия будут увеличиваться, что обусловлено продолжающимся воздействием факторов риска ХОБЛ и изменениями возрастной структуры населения мира (увеличение средней продолжительности жизни позволяет всё большему числу людей достичь возраста, при котором обычно развивается ХОБЛ).

Использовавшиеся ранее неточные и вариабельные определения ХОБЛ затрудняли количественное определения распространенности ХОБЛ, болезненности и смертности от этого заболевания. Кроме того, недопонимание и гиподиагностика ХОБЛ приводят к значительному занижению числа сообщений о ХОБЛ. Степень такого занижения различна в разных странах и зависит от уровня информированности и понимания проблемы ХОБЛ среди медицинских работников, организации медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями и доступности лекарственных препаратов для лечения ХОБЛ.

Существующие сведения о распространенности ХОБЛ демонстрируют значительные расхождения, что обусловлено различиями в методах исследования, диагностических критериях и подходах к анализу данных. Могут использоваться следующие методы исследования:

· Самостоятельное сообщение пациентом о наличии у него установленного врачом диагноза ХОБЛ или эквивалентного состояния;

· Спирометрия с бронхолитиком или без него;

· Вопросники для выявления респираторных симптомов;

Самые низкие оценки распространенности обычно бывают получены из опросов пациентов о наличии у них установленного врачом диагноза ХОБЛ или эквивалентного состояния. Так, в большинстве стран показано, что менее 6% населения слышали от врача, что страдают ХОБЛ. Это, вероятно, обусловлено повсеместными недопониманием и гиподиагностикой ХОБЛ, а также тем, что пациенты со стадией I (легкая ХОБЛ) могут вообще не иметь симптомов или иметь такие симптомы (например, хронический кашель и отделение мокроты), которые не расцениваются пациентами или их врачами как отклонения от нормы, возможно указывающие на раннюю стадию ХОБЛ. Однако рассматриваемые оценки могут иметь определенное значение, поскольку они могут наиболее точно отражать ущерб от клинически выраженного заболевания, тяжесть которого заставляет обращаться за медицинской помощью и, следовательно, весьма вероятно вызовет существенные прямые и не - прямые затраты.

Напротив, по данным эпидемиологических исследований, проведенных во многих странах с использованием стандартизированных методов, в том числе спирометрии, до четверти лиц в возрасте 40 лет и старше могут иметь ограничение скорости воздушного потока, классифицируемое как стадия I (легкая ХОБЛ) или более тяжелая стадия ХОБЛ.

Вследствие большого разрыва между величиной распространенности, определенной по клинически значимым проявлениям заболевания, продолжаются споры о том, какой из этих двух способов лучше использовать для оценки ущерба от ХОБЛ. Ранняя диагностика и вмешательство могут помочь выявить множество пациентов, которые эволюционируют к клинически выраженной стадии заболевания, однако в настоящее время имеется недостаточно данных для того, чтобы рекомендовать проведение амбулаторного спирометрического скрининга для диагностики ХОБЛ.

Использование разных диагностических критериев также дает весьма различающиеся оценки распространенности, и в настоящее время нет единого мнения о том, какие критерии лучше всего соответствуют разным условиям (например, для эпидемиологическим исследований или клинический диагностики), и о достоинствах или недостатках разных критериев. Известно, что определение необратимого ограничения скорости воздушного потока по величине постобронходилатационного отношения ОФВ1/ФЖЕЛ, меньшей чем 0,70 сопряжено со значительным риском ошибки, а именно гиподиагностики (т. е ложноотрицательных результатов) у молодых взрослых и гипердиагностики (т.е. ложноположительных результатов) у лиц в возрасте старше 50 лет. Это привело к появлению рекомендации о предпочтительности использования для выявления необратимого ограничения скорости воздушного потока нижней границы нормы (НГН) постбронходилатационного отношения ОФВ1/ФЖЕЛ, а не фиксированного значения отношения. однако для оценки надежности такого критерия необходимо проведение дополнительных продольных популяционных исследований.

На вариабельность показателей распространенности ХОБЛ также могут повлиять многие другие факторы, в том числе методы отбора пациентов, частота получения ответов, контроль качества спирометрии, а также то, проводилась ли спирометрия до или после ингаляции бронхолитика. Не являющиеся популяционными выборки и низкая частота ответов на вопросники могут привести к систематической ошибке при оценке распространенности, при этом трудно определить, проводить ли ошибка к завышению или занижению показателя. Неадекватное опорожнение легких при спирометрическом маневре весьма распространено и приводит к завышению величины отношения ОФВ1/ФЖЕЛ и, следовательно, к недооценке распространенности ХОБЛ. Использование преобронходилатационных, а не постобронходилатационных показателей обуславливает гипердиагностику необратимого ограничения скорости воздушного потока. В будущих эпидемиологических исследованиях для подтверждения диагноза ХОБЛ следует использовать постобронходилатационную спирометрию.

Несмотря на перечисленную проблемы, появляющиеся данные позволяют сделать некоторые выводы о распространенности ХОБЛ. Систематический анализ и метаанализ исследований, проведенных в 28 странах с 1990 по 2004 г., и данные дополнительного исследования в Японии показали, что распространенность ХОБЛ (стадия I (легкая ХОБЛ) и выше) у курильщиков и бывших курильщиков значительно больше, чем у не курящих, у лиц старше 40 лет значительно больше, чем у женщин.

Исследования, проведенное в 12 странах Азиатско-Тихоокеанского региона и основывавшееся на модели оценки распространенности ХОБЛ, показало, что средняя по региону распространенность среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ у лиц возрасте 30 лет и старше составляет 6,3%. Выявлены существенные (до 2 раза) различия в распространенности ХОБЛ в 12 странах; минимальная распространенность ХОБЛ (3,5%) отмечена в Гонконге и Сингапуре, максимальная (6,7%) - во Вьетнаме.

**МЕСТО В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ**

При оценке болезненности традиционно учитывают такие показатели, как визиты к врачу, обращения за неотложной помощью и госпитализации. Несмотря на то что базы данных ХОБЛ об этих клинических исходах менее доступны и обычно менее надежны, чем базы данных о смертности, ограниченное количество доступных данных указывает на то, что связанная с ХОБЛ болезненность увеличивается с возрастом и у мужчин выше, чем у женщин. Однако эти базы данных, как правило, не включают сведения о ранних стадиях ХОБЛ (стадия I - легкая ХОБЛ и стадия II - среднетяжелая ХОБЛ), так как на этих стадиях заболевание обычно не ощущается пациентами, не диагностируются и не лечиться, а следовательно, может не регистрироваться в историях болезни.

На показатели болезненности от ХОБЛ могут влиять сопутствующие хронические заболевания [22] (например, болезни опорно - двигательного аппарата, сахарный диабет), которые не имеют непосредственной связи с ХОБЛ, но тем не менее ухудшают качество жизни пациента или могут затруднять лечение ХОБЛ. У пациентов с далеко зашедшими стадиями заболевания (стадия III - тяжелая и стадия IV - крайне тяжелая ХОБЛ) болезненность, связанную с ХОБЛ, могут ошибочно относить на счет других заболеваний.

Данные о болезненности во многом зависит от доступности медицинских ресурсов (например, частота госпитализаций четко связана с доступностью больничных коек) и поэтому должны оцениваться с осторожностью и с четким пониманием возможности систематических ошибок, присущих рассматриваемому набору данных. Несмотря на ограничения, присущие данным по ХОБЛ, в "Европейской Белой книге" представлена достаточно полная информация о среднем количестве консультаций по поводу наиболее распространенных респираторных заболеваний в 19 странах Европейского экономического сообщества [2]. В большинства стран число консультаций по поводу ХОБЛ намного превосходит число консультаций по поводу бронхиальной астмы, пневмонии, рака легких и трахеи, а также туберкулеза. В 2000г. в США ХОБЛ обусловила 8млн. визитов во врачебные офисы/амбулаторные отделения клиник, 1,5 млн обращений за неотложной помощью и 673000 госпитализаций. [23]

Еще одним способом оценки ущерба, связанного с болезненностью, является расчет количества лет жизни с инвалидностью (ГЖИ). По данным "Исследования глобального ущерба от заболеваний", ХОБЛ обусловила 1,68 ГЖИ на 1000 населения, что составило 1,8% от всех ГЖИ, при этом ущерб среди мужчин был выше, чем среди женщин (1,93 и 1,42% соответственно). [8, 24, 25]

**МЕСТО В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ**

Всемирная организация здравоохранения ежегодно публикует сведения о смертности от отдельных причин для всех регионов ВОЗ; дополнительную информацию можно получить в отделе данных ВОЗ для определение политики здравоохранения. Однако при интерпретации этих данных необходима осторожность в связи с возможностью неправильного использования термина "ХОБЛ". Примерно до 1968 г. и публикации Международной классификации болезней (МКБ) 8 - го пересмотра использовались термины "хронический бронхит" и "эмфизема". В течение 1970 - х годов термины "ХОБЛ" стал всё чаще замещать эти термины, хотя и не во всех странах, что чрезвычайно затруднило сравнение смертности от ХОБЛ в разных странах. Ситуация улучшилась с выходом МКБ - 9 и 10 - го пересмотров, в которых смерти от ХОБЛ или хронической бронхиальной обструкции отнесены к широкой категории "ХОБЛ и близкие состояния" (коды 490 - 496 по МКБ - 9 коды J - 42 - 46 по МКБ - 10).

Таким образом, проблема правильного кодирования была отчасти решена, хотя недостаточное распознавание и гиподиагностика ХОБЛ по - прежнему влияют на точность данных о смертности. Несмотря на то что ХОБЛ час - то является основной причиной смерти, ее чаще указывают как дополнительную причину смерти, приписывая смерть другими причинам, например сердечно - сосудистому заболеванию.

Несмотря на сложность получения точной информации о смерти от ХОБЛ, очевидно, что в большинстве стран ХОБЛ служит одной из самых важных причин смерти. По прогнозам "Исследования глобального ущерба от заболеваний" [8,24,25], ХОБЛ, занимавшая шестое место по числу смертей в 1990г., к 2000 г. выйдет на третье место среди причин смерти. Такое увеличение смертности обусловлено распространяющейся эпидемией курения и из - меняющейся демографией в большинстве стран, где растет продолжительность жизни. Из этих двух причин демографический фактор играет более важную роль.

Динамика показателей смертности позволяет получить дополнительную важную информацию, точность которой, однако, также зависит от правильности использования терминологии, информированности о заболевании и возможной систематической ошибки, связанной с полом, при диагностике заболевания. Увеличение смертности от ХОБЛ обычно на несколько десятилетий отстает от роста курения. Динамика стандартизованной по возрасту смертности от 6 ведущих причин смерти в США с 1970 по 2002 г. [26] показала, что, хотя за этот период смертность о нескольких из этих хронических заболеваний снизилась, смертность от ХОБЛ существенно возросла. В Канаде частота смертей от ХОБЛ у мужчин и женщин также увеличилась с 1997 г. Однако для Европы характерна другая динамика смертности: во многих странах уже можно видеть снижение частоты смертей от ХОБЛ [7]. Хотя явные причины таких различий в динамике смертности в Америке и Европе не установлены, нельзя исключить роль таких факторов, как информированность о заболевании, изменение терминологии и систематические ошибки диагностики.

Особенно выраженной рост смертности от ХОБЛ отмечается среди женщин. В Канаде коэффициент смертности от ХОБЛ среди женщин вырос в 1990 - е годы и, по прогнозам, скоро превысит коэффициент смертности среди мужчин [21]. В США число смертей от ХОБЛ быстро увеличилось с 1970 - х годов. В 2002 г. количество смертей от ХОБЛ в США среди женщин было больше, чем среди мужчин (59936 и 59118 случаев соответственно), хотя коэффициент смертности у женщин оставался несколько ниже, чем у мужчин [27].

Отмеченный в последние десятилетия повсеместный рост смертности от ХОБЛ, вероятно, будет продолжаться. В "Исследовании глобального ущерба от заболеваний" [8,24,25] были предложены базовый, оптимистический и пессимистический прогнозы для динамики смертности от ХОБЛ с 1990 по 2020г.; при создании этих моделей учитывали ожидаемое старение населения мира, предполагаемый рост распространенности курения и прогнозируемое снижение смертности от других болезней, таких как инфекционные диарейные заболевания и заболевания, связанные с ВИЧ - инфекцией.

**МЕСТО В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ**

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) относятся к числу наиболее распространенных недугов человека. В структуре заболеваемости они входят в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимают четвертое место среди причин смерти. При этом в развитых странах мира прогнозируется увеличение смертности от ХОБЛ в недалеком будущем. ХОБЛ наносят значительный экономический ущерб, связанный с временной и стойкой утратой трудоспособности самой активной части населения. ХОБЛ - собирательное понятие, которое объединяет группу хронических болезней дыхательной системы: хронический обструктивный бронхит (ХОБ), эмфизема легких (ЭЛ), бронхиальная астма (БА) тяжелого течения. В США и Великобритании в понятие “хронические обструктивные болезни легких” включают также муковисцидоз (MB), облитерирующий бронхиолит (ОБ) и бронхоэктатическую болезнь (БЭ) [76].

Признак, по которому формируется группа ХОБЛ - это медленно прогрессирующая необратимая бронхиальная обструкция с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.

ХОБЛ рассматривают и как симптомокомплекс с признаками терминальной дыхательной недостаточности ОФВ1 < 1,5 л или 30 процентов от должной величины, т.е. прогрессирование болезни, приведшее к утрате обратимого компонента бронхиальной обструкции, легочному сердцу. На этой стадии ХОБЛ нивелируется нозологическая принадлежность болезни. Наиболее час-то (около 90 процентов) причиной ХОБЛ является ХОБ, около 1 процентов составляет эмфизема легких (вследствие дефицита a1-антитрипсина), около 10 процентов приходится на БА тяжелого течения.

Во введении в GOLD оговаривается рассмотрение основных представляемых рекомендаций с позиций медицины доказательств с указанием уровня доказательности:

"А" - наивысшая категория доказательности: данные получены в результате рандомизированных контролированных исследований с большим числом наблюдений;

"B" - следующий, более низкий уровень очевидности, основанный на данных, полученных в рандомизированных контролированных исследованиях с ограниченным числом наблюдений;

"C" - еще более низкий уровень очевидности, базирующийся на результатах нерандомизированных исследований;

"D" - самый низкий уровень, представляющий набор мнений, основанных на клиническом опыте.

Таким образом рассматривается надежность основных положений документа, базирующегося на принципах медицины доказательств. Думается, что и в дальнейшем этот принцип следует использовать в изданиях ФП.

**ЛЕТАЛЬНОСТЬ**

Согласно данным ВОЗ, летальность от обструктивной болезни легких занимает 5-е место (после ИБС, онкологических заболеваний, нарушений мозгового кровообращения и несчастных случаев), причем она растет быстрее, чем от других ведущих причин (ИБС, инсульт). Так, в Европе летальность от ХОБЛ колеблется от 2,3 человек (Греция) до 40 человек (Венгрия) на 100 000 населения и повышается по мере увеличения старения. Смертность от ХОБЛ возникала более чем в 95% случаев у лиц старше 55 лет и была в 10 раз выше у курильщиков. В XXI в. Летальность от болезней органов дыхания будет занимать 2-е место в общей структуре смертности.

ХОБЛ - частая причина госпитализации, летальность госпитализируемых больных превышает 15% (больше таковой от ИМ). Каждый год в США из-за ХОБЛ 0,5 млн человек госпитализируется, осуществляется 14 млн амбулаторных визитов и умирает более 0,1 млн человек. Все это (прямые потери от ХОБЛ)"поглощает" 15 млрд долларов. Причем в США за последние 15 лет летальность от ХОБЛ увеличилась в 10 раз (несмотря на высокий уровень оказания медицинской помощи) и занимает 4-е место (через 20 лет будет занимать 3-е место) среди всех болезней. В Англии ХОБЛ обусловливает 10% срочных госпитализаций и 30 000 смертей. По прогнозам ВОЗ, летальность от ХОБЛ выйдет на 3-е место к 2020 г.

Внутрибольничная летальность при обострении ХОБЛ в США составляет приблизительно 2,5% и более 20% среди больных ОИТР. Факторы риска, связанные с высокой больничной летальностью - пожилой возраст, низкий функциональный статус перед доставкой в больницу, низкое р02 и высокое рС02, снижение альбумина в крови, низкая масса тела и наличие ХЛС. Летальность почти в половине случаев обусловлена быстро нарастающей острой ДН на фоне имеющейся ХДН (больные гибнут на высоте вдоха, не в силах его сделать из-за усталости дыхательных мышц), в другой, меньшей половине случаев - вследствие декомпенсированного легочного сердца (ДХЛС) и гораздо реже - из-за легочных инфекций (вследствие выраженной задержки мокроты с последующим развитием ателектазов и вторичной пневмонии), ТЭЛА и аритмий. Таким образом, ХОБЛ по показателям заболеваемости и летальности представляет важную медико-социальную проблему и по праву является болезнью века ("убийцей нации") наряду с ИБС.

# ***1.2 Профилактика и факторы риска ХОБЛ***

Уменьшение общего воздействия табачного дыма, профессиональной пыли и химикатов, а также поллютантов в помещениях и в атмосфере является важной задачей по предупреждению развития и прогрессиирования ХОБЛ.

Отказ от курения для большинства людей является единственным наиболее клинически и экономически эффективным вмешательством, позволяющим уменьшить риск развития ХОБЛ и остановить ее прогрессирование.

Всеобъемлющие антитабачные программы, содержащие ясную, содержательную и повторяющуюся информацию о вреде курения, должны представиться любым доступным путем.

Усилия программ здравоохранения по уменьшению курения должны быть также сосредоточены на пассивном курении с целью минимизации рисков для некурящих.

Многие респираторные заболевания, вызванные профессиональными факторами, можно уменьшить или контролировать путем внедрения мероприятий, направленных на уменьшение ущерба, который несут ингалируемые частицы или газы.

Для уменьшения риска загрязнения атмосферного воздуха и воздуха внутри помещений требуется комбинация общественных мероприятий и защитных мер каждого индивидуума.

Выявление, уменьшение воздействия и контролирование факторов риска являются важнейшими шагами профилактики и лечения любой болезни. В случае ХОБЛ такими факторами являются табачным дым, профессиональные воздействия, а также поллютанты и ирританты внутри жилищ и в атмосфере. Поскольку курение сигарет повсеместно является самым распространенным фактором риска при ХОБЛ. Необходимо внедрение антитабачных программ (программ по предупреждению курения), причем программы отказа от курения должны быть легкодоступны и должны предлагаться для всех курильщиков. Для предупреждения начала и прогрессирования ХОБЛ также является важным снижение общего воздействия профессиональной пыли, паров и газов, а также поллютантов внутри помещений и в атмосфере.

Отказ от курения - единственный клинически и экономически эффективный путь уменьшить воздействия факторов риска развития ХОБЛ. Прекращения курения может предупредить или отсрочить развитие ограничения скорости воздушного потока или замедлить его прогрессирование [55] и может оказывать существенное влияние на последующую смертность [56]. Всем курильщикам - включая тех, кто находится в группе риска по развитию ХОБЛ, а также уже имеющих эту болезнь - должны быть предложены все возможные наиболее интенсивные программы по отказу от курения.

Мероприятия по отказу от курения эффективны как у мужчин, так и у женщин, для всех рас и энтических групп, а также у беременных. Возраст влияет на количество бросивших курить - например, в молодом возрасте таких меньше; тем не менее подобные программы могут быть эффективны во всех возрастных группах. Международные исследования по экономическому воздействию на курение являются чрезвычайно показателями: средства, вложенные в антитабачные программы, являются экономическими эффективными в смысле медицинской и общественной стоимости дополнительного года жизни. Эффективные мероприятия включают: никотинозаменяющую терапию с использованием накожных аппликаторов, жевательные резинок и назальных спреев; наставления врача или другого медицинского работника (с дополнительным применением или без применения никотинзамещающей терапии); группповые программы и программы самопомощи; формирование общественного мнения в пользу отказа от курения. Обзор данных, полученных из разных стран, определяет среднюю общественную стоимость различных антитабачных мероприятий в размере от 990 до 13000 долларов США на дополнительный год жизни [57]. Особенно эффективными оказались программы отказа от курения по данным Национальной службы здравоохранения Великобритании со стоимостью от 212 до 873 фунтов стерлингов (320 - 1400 долларов США) на дополнительный год жизни [58].

Успешная стратегия мероприятий по отказу от курения подразумевает многоплановый подход, включая общественную политику, программы распространения информации и обучение здоровому образу жизни через школы и средства массовой информации [59]. Однако ключевым звеном в этих мероприятиях являются врачи, медицинские работники. Важным является наибольшее вовлечение этих людей в антитабачные программы. Медицинские работники должны побуждать каждого курильщика бросить курить, даже если он пришел в медицинское учреждение по не связанным с курением причинам и не имеет симптомов ХОБЛ, признаков ограничения скорости воздушного потока или других заболеваний, обусловленных курением. Национальная служба здравоохранения США опубликовала руководство по борьбе с курением табака "Лечение употребления табака и табачной зависимости: руководство для клинической практики" [60].

Большинство пациентов проходит несколько этапов перед тем, как прекращает курить [59]. Часто для клицинста бывает важным оценить готовность пациента бросить курить для того, чтобы определить наиболее эффективный путь действий в данное время. Врач должен начинать лечение, если пациент готов отказаться от табака. Для тех, кто не готов сделать эту попытку, врач должен предпринять усилия, направленные на появление мотивации к отказу от курения.

Беседа, проведенная врачом или другим медицинском работником, значительно увеличивает степень отказа от курения по сравнению с попытками, сделанными самим курящим [64]. Даже короткая (3 - минутная) беседа, побуждающая отказаться от курения, увеличивает частоту отказа от курения на 5 - 10 % [65]. По крайне мере, такая беседа должна проводиться с каждым курильщиком во время каждого посещения медицинского работника [65,66]. Обучение тому, как обеспечить оптимальные консультации по отказу от курения и поддержку, должно быть обязательным элементом учебных планов специалистов здравоохранения.

Имеется четкая дозозависимая связь между интенсивностью бесед и успехом отказа от курения [67,68]. Путями интенсификации лечения являются удлинение времени бесед, увеличения их количества и удлинение периода, во время которого они проводятся. Когда учебные пособия и обратная связь были увязаны с беседами врачей, в 10,9% случаев достигался устойчивый отказ от курения в течение 6 мес [67]. Если применять более сложные меры (например, контролируемые клинические исследования, которые включают тренинги, разрешение проблем и психологическую поддержку), то частота отказа может достигать 20 - 30 % [68]. В многоцентровом клиническом исследовании комбинация советов врача, групповой поддержки, тренинга и никотинзамещающей терапии позволила достичь отказа от курения в 35 % случаев в течение года, а через 5 лет этот показатель составил 22% [55].

Эффективными являются как индивидуальные, так и групповые беседы. Во время беседы некоторые являются особенно важными - разрешение проблем, тренинг навыков и обеспечение поддержки в период лечения [59,60]. Основными темами, которые должны освещаться при этом, являются:

· распознание опасных сигналов, связанных с риском рецидива ("курящее окружение", психологический стресс, нехватка времени, вступление в споры, употребление алкоголя, плохое настроение);

· усиление навыков, необходимых для управления этими ситуациями (распознавание опасной ситуации, избегание чрезмерного стресса);

· базовая информация о курении и способах успешного отказа от него (механизмы и ход процесса отказа от курения, курение как пристрастие, факт, что любое возращение к курению, включая даже одну затяжку, увеличивает вероятность неудачи).

В учреждениях здравоохранения должны проводиться систематические программы, направленные на устойчивый отказ от курения [67].

Курение сигарет является самым распространенным фактором риска ХОБЛ во всем мире.

Наиболее документированным генетическим фактором риска является тяжелая наследственная недостаточность α1 - антитрипсина. Эта заболевание служит моделью, позволяющей представить, как другие генетические факторы риска могут оказывать влияние на развитие ХОБЛ. Для определения роли других факторов риска необходимо получение дополнительной информации.

Загрязнение воздуха внутри помещений, особенно обусловленное сжиганием биоорганических видов топлива в закрытом помещении, связано с повышенным риском ХОБЛ в развивающихся странах, особенно у женщин.

Идентификация факторов риска является важным шагом на пути развития стратегии профилактики и лечения любой болезни. Определение курения сигарет в качестве наиболее распространенного фактора риска развития ХОБЛ привело к превращению программ отказа от курения в ключевой элемент профилактики ХОБЛ, и данные эпидемиологических исследований неоднократно показали, что у некурящих лиц также возможно развитие хронического ограничения скорости воздушного потока [1, 2].

Большинства доказательств, касающихся факторов риска, получают из перекрестных эпидемиологических исследований, которые устанавливают, скорее, ассоциации, а не причинно - следственные связи. Несмотря на то что в нескольких продольных исследованиях ХОБЛ (которые способны выявить причинные взаимоотношения) проводилось длительное (до 20 лет) наблюдение за группами пациентов и населением [3], ни в одном из этих исследований не отслеживали течение заболевания от начала до конца и не наблюдали за пациентами в пре - и перинатальном периодах, которые могли иметь большое значение в формировании риска развития ХОБЛ в дальнейшей жизни. Таким образом, современное понимание факторов риска ХОБЛ во многих отношениях является неполным. По мере того как росло понимание важной роли факторов риска ХОБЛ, росло и осознание того, что по существу весь риск развития ХОБЛ проистекает из взаимодействия генетических факторов и окружающей среды. Так, если даже два человека имеют одинаковый стаж курения, ХОБЛ может развиваться только у одного из них - из - за различий в генетической предрасположенности к заболеванию или количестве прожитых лет. Факторы риска ХОБЛ могут также быть связаны друг с другом более сложным образом. Например, пол может повлиять на то, начнет ли человек курить, будет ли подвергаться воздействию профессиональных или атмосферных факторов; социально - экономический статус может влиять на вес ребенка при рождении (который оказывает влияние на рост и развитие легких); большая ожидаемая продолжительность жизни обусловит большее время воздействия факторов риска. Для лучшего понимания связей и взаимодействий между факторами риска необходимо проведение дальнейших исследований.

**Основными факторами риска являются:**

гены

ингаляционные воздействия

курение табака

профессиональные пыли и химикаты

загрязнение воздуха внутри помещений

загрязнение атмосферного воздуха

рост и развитие легких

окислительный стресс

пол

инфекции

социально - экономический статус

питание

бронхиальная астма

# ***Глава 2. Материалы и методы исследования***

Исследование проводилось на базе городской клинической больницы №45 Департамента Здравоохранения г. Москвы.

Медицинское учреждение на момент проведения исследования было оснащено необходимым, в соответствии с выполняемыми задачами и диапазоном осуществляемых процедур, пульмонологическим оборудованием, инструментарием, медикаментами как импортного, так и отечественного производства. Кроме того, в исследуемом учреждении имелись дополнительные функционально - диагностические отделения, позволяющие проводить рентгенологическую диагностику различных пульмонологических заболеваний и контроль лечения.

Больница ГКБ №45 была открыта 1932 году как туберкулезная больница Народного комиссариата.14 января 1971 года больница была перепрофилирована для лечения больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких и переименована в городскую клиническую больницу №45 Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома.

В настоящее время в больнице развернуто 500 коек, из них: 60 аллергологических, 440 пульмонологических, из них 60 для ветеранов войн, Особенностью больницы являются следующие предоставляемые услуги: бронхоскопическая диагностика, гемосорбция, ультрофиолетовое облучение крови.

В больнице работает высококвалифицированный персонал, в том числе: 42 врача (из них трое имеют степень к. м. н. и двое 2 д. м. н.) и 72 средних медицинских работника имеют первую и высшую аттестационную категорию. Ежегодно в ЛПУ проходят лечение около 9000 человек.

Таблица 1

Программа исследования

|  |
| --- |
| **Цель исследования:** Научно обосновать рекомендации по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам в пульмонологическом отделении городской клинической больницы № 45 |
| Задачи исследования | 1. Изучить проблему организации сестринского дела в пульмонологическом отделении по данным литературным источникам 2. Изучить удовлетворённость пациента деятельности пульмонологическом отделении. 3. Разработать и обосновать рекомендации по усовершенствованию сестринской деятельности в пульмонологическом отделение.  |
| Объект исследования | Литературные источники, медицинские сёстры и пациенты |
| Единица наблюдения | Каждый литературный источник, посвященный теме исследования; пациенты пульмонологическом отделение.  |
| Предмет исследования | сестринская деятельность в работе пульмонологическом отделение; удовлетворенность пациентов пульмонологическом отделении, пути совершенствования оказания медицинской помощи.  |
| Источники получения информации | Литературные источники, из них отечественны, зарубежных. Опросник для пациентов пульмонологическом отделении.  |
| Методы исследования | Анкетирование пациентов. Изучение нормативной документации и сравнительный анализ лечебно диагностического процесса |

В исследование были использованы методы:

контент анализа,

статистические методы,

социологический метод,

Материалы и методы представлены в таблице 1.

# ***Глава 3. Исследовательская часть***

# ***3.1 Характеристика пульмонологического отделения***

Пульмонологическое отделение рассчитано на 60 коек. В отделении 21 палата, есть палата интенсивной терапии это терапевтическое отделение. Основные диагнозы пациентов в отделение пульмонологии:

хронический обструктивный бронхит

хронический слизистой - гнойный бронхит

хронический обструктивный бронхит легких (ХОБЛ)

бронхиальная астма; эндогенной, экзогенной и смешанной формы

плевриты

острый бронхит

В исследовании были изучены пациенты, которые проходили лечение в отделении пульмонологии с 2008 - 2010 гг. Был проведен анализ заболевания, средней продолжительности пребывание пациентов в отделение, средний длительности пребывания и летальность

За последний год проведено лечение 1099 пациентов по поводу бронхиальной астмы, бронхитов, хронических обструктивных бронхитов.

# ***3.2 Клинико-экономический анализ в деятельности медицинской сестры в пульмонологического отделения***

В течении суток под наблюдением мед. сестры находится 30 - 32 пациента.

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

Работая медсестрой я получаю у старшей сестры обычные и учетные (сильнодействующие и дорогостоящие) препараты. Несу ответственность за их учет и хранение на посту. В листе назначений ставлю дату проверки и свою подпись, подклеиваю дневники и результаты анализов в истории болезни. Сообщаю врачу необходимые сведения о состоянии больных и получаю дальнейшие указания по уходу и лечению их. Мое присутствие необходимо при обходе лечащего и дежурного врачей. Контролирую своевременность приема пациентами гигиенической ванны, смену нательного и постельного белья. Помогаю при смене постельного белья у тяжелых больных. Строго по времени утром и вечером измеряю температуру больным, а при необходимости по назначению лечащего врача еще и дополнительно записываю полученные данные в температурный лист в истории болезни пациента. Так же измеряю артериальное давление, произвожу подсчет пульса, частоты дыхания.

За время дежурства, кроме наблюдения, мною производится постановка согревающих компрессов, очистительных клизм, подача судна больному, подсчет суточного количества мочи.

Обучаю пациентов правильному использованию ингаляторных баллончиков. Внимательно слежу за выполнением пациентами всех назначений лечащего врача. Как то: посещение аэрозольного кабинета, выполнения проб, дополнительные ренгенологические обследования. Выполнения бронхолитических проб, дополнительные ренгенологические обследования. Выполняю назначенные внутримышечные, подкожные инъекции и капельные, внутривенные влияния. Выдаю необходимые лекарства провожу в отделении ингаляции через небулайзер.

Мне неоднократно приходилось принимать участие в оказании неотложной медицинской помощи.

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

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

Постоянно повышаю свой профессиональный уровень путем чтения специальной медицинской литературы. Участие в занятиях, проводимых старшей сестрой отделения.

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

Таблица 2

Распространенность пациентов за период 2008-2010г. (в случаях на тысячу)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Принято пациентов всего | Частота встречаемости |
|  |  | М | Ж |
| 2008 | 1109 | 433 | 660 |
| 2009 | 1056 | 374 | 668 |
| 2010 | 1120 | 416 | 704 |

В исследовании был проведен анализ распространенности больных по половому признаку за период 2008 - 2010 гг. В ходе исследования мы пришли к выводу, что количество пациентов, принятых пульмонологическим отделением увеличивается за период с 2008 по 2010 гг. По частоте встречаемости по половому признаку количество женщин, обращенных в больницу выше чем количество женщин.



Рис.1. Распространенность пациентов за период 2008 - 2010 г. В пульмонологическом отделении (в случаях на тысячу)

Проведя анализ по распространенности пациентов пульмонологического отделения в ГКБ №45, нам удалось выяснить, что за период 20080 - 2010 гг. количество пациентов увеличилось, что свидетельствует о высококвалифицированной помощи, оказываемой пульмонологическим отделением. По половому признаку также наблюдается увеличение данного показателя.