

Курсовая работа

Особенности сестринской деятельности при остром бронхите

Введение

бронхит сестринский пожилой

Актуальность темы: В настоящее время острый бронхит является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью на амбулаторном этапе. Заболеваемость острым бронхитом колеблется в очень широких пределах - от 20 до 40% в зависимости от времени года (пик приходится на конец декабря и начало марта) и эпидемиологической ситуации в обследуемой популяции (среди школьников, военнослужащих, обитателей домов престарелых и др.).

Эпидемиологические исследования, проведенные в конце прошлого века в США, выявили, что около 5% жителей этой страны в возрасте старше 18 лет хотя бы один раз в течение календарного года перенесли острый бронхит. Статистика свидетельствует, что острый бронхит чаще всего встречается у мужчин в возрасте до 40 лет. Однако истинные масштабы распространенности острого бронхита у взрослых оценить крайне сложно, так как большинство оценок базируется на анализе обращаемости населения за медицинской помощью и зачастую нетяжелые клинические формы заболевания просто не регистрируются. Острый бронхит чаще всего скрывается под маской ОРВИ или ОРЗ, и единственным симптомом заболевания будет являться остро возникший кашель. В такой ситуации больные предпочитают лечиться самостоятельно, и только каждый третий обращается за медицинской помощью. На сегодняшний день специальных исследований по эпидемиологии острого бронхита в нашей стране проведено не было, что можно объяснить отсутствием стандарта диагностики внебольничных инфекций нижних дыхательных путей (ИНДП), в число которых в качестве нозологической формы входит острый бронхит.

Цель: выявить особенности сестринской деятельности при остром бронхите простом и обструктивном лиц детского, взрослого и пожилого возраста в вопросах условиях поликлиники.

Задачи:

- 1) Изучить научную литературу и нормативно-правовую базу;
- 2) Изучить этиологию и предрасполагающие факторы острого бронхита;
- 3) Изучить клиническую картину и особенности диагностики острого бронхита;
- 4) Определить существующие, приоритетные и потенциальные проблемы пациента с острым бронхитом;
- 5) Разработать плана сестринского ухода с мотивацией;
- 6) Разработать рекомендации для пациента по подготовке к различным методам обследования, диетическому питанию, ЛФК.

Объект исследования: деятельность медицинской сестры при бронхите у детей, взрослых, лиц пожилого и старческого возраста в условиях поликлиники.

Предмет исследования: особенности деятельности медицинской сестры при бронхите у детей, взрослых, лиц пожилого и старческого возраста в условиях поликлиники.

Гипотеза: при правильном уходе и работе медицинской сестры с пациентами разного возраста в условиях поликлиники, пациенты будут выздоравливать быстрее и уметь проводить профилактику данного заболевания.

Методы исследования: анализ учебной литературы, анкетирование, сравнительный анализ, беседа.

Практическое значение: Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи. Использование планов ухода и сформулированных рекомендаций для лечения и профилактики рецидивов заболевания повысит их эффективность.

1. Острый бронхит простой

Острый бронхит (простой) - форма поражения бронхов, при которой обструкция дыхательных путей клинически не выражена. В большинстве случаев воспаление захватывает равномерно бронхи всех долей обоих легких, так что под термином «бронхит» понимается диффузная форма. Преимущественная локализация бронхитических изменений в какой-либо части легкого позволяет использовать соответствующие определения (односторонний бронхит, бронхит приводящего бронха и т.д.), обычно такая характеристика становится возможной после бронхоскопического исследования.

Этиология

Острый бронхит чаще всего есть проявление вирусных инфекций, значительно реже он становится их бактериальным осложнением. Частота возникновения бронхитов при той или иной инфекции существенно различается у детей разного возраста. Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (RS-инфекция) и парагрипп (3 серотипа) часто вызывают бронхиты у детей 1-го года жизни, а у старших детей эти инфекции сопровождаются поражением верхних дыхательных путей. И напротив, микоплазменные бронхиты у детей раннего возраста наблюдаются намного реже, чем у более старших детей. Респираторно-синцитиальная инфекция у детей первых месяцев жизни поражает нижние дыхательные пути, при этом чаще развивается бронхиолит или обструктивный бронхит. RS-инфекция вызывает бронхиты и бронхиолиты у детей с ноября до апреля, далее RS-вирус выбывает из циркуляции в детской популяции. Столь же закономерно обструктивные формы бронхита возникают у детей младшего возраста при парагриппе - 3 серотипа. Именно RS-инфекция и парагрипп обуславливают весной и осенью вспышки бронхита у детей. Из других возбудителей, способных вызвать бронхит, надо отметить риновирусную инфекцию, аденовирусы, энтеровирусы и микоплазмы. [3]

На втором месте после вирусов, способных вызывать воспаление бронхов, находятся бактерии. Из бактериальных возбудителей наиболее часто вызывают бронхит

стрептококки (в 32-40% случаев), затем - гемофильная палочка (17%), катаральная марокселла и стафилококки.

Бактериальные бронхиты возможны и часто встречаются у детей с нарушениями проходимости бронхов, например, у больных с инородными телами, со стенозирующим ларингитом, при интубациях и трахеостомиях; у детей с привычной аспирацией пищи, у больных муковисцидозом. При бактериальных бронхитах у детей отмечается нарастание титров антител к этой микрофлоре, что дает основание говорить об ее участии в развитии бронхитов. Однако в ряде случаев может быть неинвазивное размножение условно-патогенной флоры при нарушении мукоцилиарного клиренса. Эта микрофлора не вызывает общих нарушений, характерных для микробного воспаления, обычно не возникает последовательного развития бактериальной пневмонии даже у не леченных антибиотиками детей. У недоношенных и новорожденных детей с пониженной общей иммунологической реактивностью в госпитальных условиях есть возможность получить госпитальную инфекцию, чаще это клебсиеллезная или синегнойная палочка, нередко наложение грибковой инфекции. Вторичные грибковые бронхиты бывают вызваны либо *Candida albicans*, либо аспергиллами. Затяжное течение бронхита чаще всего связано с инфицированием микоплазмами или хламидиями.

Клиническая картина

Первичным бронхитом называют бронхит, при котором патологический процесс начинается в бронхиальном дереве и ограничивается только им.

Вторичный бронхит - это проявление или осложнение заболеваний других органов и систем (или какого-либо другого заболевания респираторного тракта).

Основным симптомом острого бронхита является кашель, в начале заболевания обычно сухой, навязчивый. При трахеобронхите кашель может сопровождаться чувством давления или болями за грудиной. На второй неделе болезни кашель становится мягким, продуктивным. Кашель и другие симптомы могут сохраняться более 2 недель у детей раннего возраста при RS-инфекции, у старших детей - при микоплазменной инфекции. Кашель в течение 4-6 недель без других симптомов может оставаться после трахеита.

Перкуторные изменения обычно отсутствуют. Аускультативно простой бронхит характеризуется жестким дыханием и диффузными крупно- и среднепузырчатыми влажными хрипами, количество которых изменяется при кашле. При более глубоких бронхитах можно прослушать мелкопузырчатые хрипы, в отличие от пневмонии они обычно разлитые. Бронхит в большинстве случаев бывает двусторонним, аускультативные изменения при бронхите симметричны. Асимметричность аускультативных находок должна настораживать в отношении пневмонии. У детей дошкольного возраста преимущественно односторонние бронхиты с вовлечением мелких бронхов (с мелкопузырчатыми хрипами, усилением мелких элементов легочного рисунка в зоне бронхита) чаще связаны с микоплазменной инфекцией. [2] Гематологические сдвиги при бронхите непостоянны; при вирусных и микоплазменной инфекциях при нормальном или сниженном числе лейкоцитов увеличивается СОЭ, иногда выявляются незначительный нейтрофилез и небольшой

сдвиг влево.

Рентгенологические изменения при бронхите сводятся к мягко теновому усилению рисунка, чаще в прикорневых и нижнемедиальных зонах.

Длительность острого бронхита обычно не превышает 2 недель, хотя в ряде случаев катаральные явления и сухой кашель держатся дольше, не сопровождаясь нарушением общего состояния.

При отсутствии отягощающих факторов (иммунодефицита, аспирационного синдрома и др.) или суперинфекции острый бронхит редко осложняется бактериальной пневмонией.

Диагностика

Диагностика простого бронхита не сложна, хотя его вирусная этиология не поддается расшифровке без специальных исследований. Важна дифференциальная диагностика с пневмонией. В пользу бронхита свидетельствуют диффузность поражения, идентичность физикальных данных с двух сторон, отсутствие локальной симптоматики. Больным с выраженной асимметрией физикальных данных обязательно проводят рентгенографию грудной клетки, особенно в тех случаях, когда пневмония развивается на фоне разлитого бронхита, тогда в клинической картине преобладают симптомы интоксикации, стойкий фебрилитет и локальная симптоматика. [1]

При длительном (более 2 недель) бронхите необходимо подумать об инородном теле бронха, хронической аспирации пищи или муковисцидозе. При длительном сохранении симптомов одностороннего (или ограниченного) бронхита, что нередко наблюдается у детей, перенесших пневмонию, можно думать о затяжном метапневмоническом бронхите. Однако в этом случае следует исключить порок развития бронха, ограниченный пневмосклероз, облитерирующий бронхолит.

Лечение

Лечение обычно проводится на дому, госпитализация необходима при тяжелой вирусной инфекции. С учетом характера возбудителя, вызвавшего развитие бронхита, планируется выбор этиотропных средств, к которым относятся:

- противовирусные препараты, которые следует назначать на ранних сроках болезни;
- антибактериальные препараты (при бактериальном или микоплазменно-хламидийном воспалении слизистой бронхов).

Пациентам с явлениями бронхита, развивающегося на фоне острого респираторного вирусного заболевания, назначаются противовирусные препараты. При состояниях легкой и средней тяжести можно назначать арбидол (детям старше 1 года) - в дозе 10 мг/кг/сутки на 4 приема в течение 5 дней или афлубин - по 10 капель 3 раза в день, продолжительность курса лечения 7-10 дней. При тяжелых формах бронхита на ранних стадиях болезни показано лечение ацикловиром (зовираксом) - разовая доза 10 мг/кг массы, 3 приема в день, продолжительность курса лечения 5-10 дней. При повторных и рецидивирующих вирусных инфекциях, протекающих с симптомами тяжелой формы бронхита, используются виферон или циклоферон. Виферон назначается интравектально по 150 000 И.Е. 2 раза в сутки (детям до 3 лет) и по 500 000 И.Е. 2 раза в сутки (детям старше 3 лет), срок лечения 5-10 дней. Циклоферон

назначается внутримышечно в возрастной дозе, на курс - 5 инъекций. Антивирусная терапия сочетается с симптоматическими средствами. [5]

Изучив научную литературу и нормативно-правовую базу, в данной главе я представила информацию о заболевании острого простого бронхита, этиологию и предрасполагающие факторы этого заболевания. Изучив подробно клиническую картину и особенности диагностики я могу составить план сестринской помощи пациентов различных возрастов с мотивацией к быстрому выздоровлению и недопущения рецидивов данного заболевания и перехода в хроническую стадию или иных осложнений.

2. Острый обструктивный бронхит

Острый обструктивный бронхит - клинический вариант острого бронхита, для которого характерно нарушение проходимости бронхов вследствие отека слизистой оболочки, скопления бронхиального секрета и гиперреактивности бронхов.

Заболевание наиболее типично для детского возраста. По данным исследований в области пульмонологии и педиатрии, около 20-25% всех острых бронхитов у детей протекают с явлениями бронхообструкции. Кроме обструктивного бронхита, у детей часто развиваются другие острые обструктивные синдромы: ларинготрахеит (круп), бронхиолит, бронхиальная астма. Критериями острого обструктивного бронхита являются сохранение симптомов воспаления бронхов до 3-х недель при наличии одышки экспираторного типа.

Этиология

Чаще всего острый обструктивный бронхит имеет инфекционно-аллергический генез. Как правило, поражению нижних дыхательных путей предшествует перенесенная ОРВИ: грипп, респираторно-синцитиальная, риновирусная, аденовирусная, энтеровирусная инфекция, парагрипп и др. При этом собственно бронхообструкция чаще возникает у лиц с отягощенным аллергическим анамнезом. [1]

Высокая распространенность острого обструктивного бронхита среди детей дошкольного возраста обусловлена анатомо-физиологическими предпосылками. Имунная система детей этой возрастной группы отличается незрелостью (недостаточная секреция интерферонов, иммуноглобулинов G и A, ограниченная активность комплемента, незрелость T- и B-лимфоцитов и т.д.), что сопровождается повышенной восприимчивостью к инфекциям. Наряду с особенностями строения и функционирования респираторного тракта (малый диаметр бронхов, рыхлость слизистой, повышенная секреция слизи, мукоцилиарная недостаточность и др.) эти факторы создают условия для бронхообструкции.

Механизм развития бронхообструктивного синдрома связан с гиперплазией и отеком слизистой оболочки респираторного тракта и в меньшей степени - с бронхоспазмом. Вирусные агенты вызывают повреждение слизистой оболочки бронхов и запускают цепочку иммунологических реакций, в результате которых происходит высвобождение медиаторов. Последние (гистамин, серотонин, лейкотриены, простагландины и др.) вызывают усиление проницаемости сосудов,

отек бронхов (с утолщением всех слоев бронхиальной стенки), гиперсекрецию и повышенную вязкость слизи, гиперреактивность бронхов. В конечном итоге это приводит к нарушению проходимости дыхательных путей. Некоторые исследователи рассматривают бронхообструкцию как защитный механизм, препятствующий проникновению инфекционных агентов в легочную паренхиму - наблюдения показывают, что острый обструктивный бронхит крайне редко осложняется бактериальной пневмонией.

Факторы окружающей среды, существенно повышающие риск возникновения бронхообструкции, включают пассивное и активное курение, загрязненность атмосферы ингаляторными ирритантами (парами бензина, аммиака, хлора, двуокиси серы), метеофакторы (холодный воздух, повышенную влажность или сухость воздуха). Острый обструктивный бронхит обычно встречается у часто болеющих детей.

Клиническая картина

Начальная клиническая картина определяется симптомами той респираторной инфекции, которая дала толчок развитию острого обструктивного бронхита. Затрудненное дыхание появляется уже на первые-вторые (иногда на третьи-пятые) сутки. Частота дыхания увеличивается до 25 и более в минуту; выдох становится удлиненным, шумным, свистящим, слышимым на расстоянии (дистанционные хрипы). Чем младше ребенок, тем более выражены признаки дыхательной недостаточности (тахипноэ, беспокойство, периоральный цианоз, стремление занять вынужденное положение).

Больных острым обструктивным бронхитом беспокоит малопродуктивный, приступообразный кашель, усиливающийся в ночное время. На участие вспомогательной мускулатуры в дыхании указывают втяжение межреберных промежутков и надключичных ямок, раздувание крыльев носа. Температура тела может быть нормальной или субфебрильной. О течении инфекционного процесса свидетельствуют признаки нарушения общего самочувствия: слабость, астения, головная боль, снижение аппетита, повышенное потоотделение. [4]

Симптомы острого обструктивного бронхита сохраняются от одной до двух-трех недель. При повторении эпизодов заболевания в течение года 2-3 раза и более выставляется диагноз «рецидивирующий обструктивный бронхит». Острый и рецидивирующий бронхообструктивный синдром могут осложняться присоединением бактериального воспаления, формированием хронического обструктивного бронхита, деформирующего бронхита, бронхиальной астмы.

Диагностика

Обычно для подтверждения диагноза достаточно осмотра и анализа физикальных данных. В пользу острого обструктивного бронхита свидетельствует его связь с вирусным заболеванием, наличие тахипноэ и удлиненного выдоха. Грудная клетка увеличена в передне-заднем размере; перкуторно над легкими определяется тимпанит. При аускультации выслушивается жесткое дыхание с множественными свистящими, жужжащими хрипами.

Рентгенография легких обнаруживает двустороннее усиление легочного рисунка и

расширение корней, указывает на повышенное вздутие легких (уплощение и низкое стояние куполов диафрагмы, горизонтальное положение ребер, усиление прозрачности легочных полей). Сдвиги в периферической крови соответствуют вирусной инфекции (нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ). Показатели газового состава крови могут быть в пределах нормы или изменены незначительно. [7]

Методы исследования функции внешнего дыхания (спирометрия, пневмотахография) указывают на снижение ЖЁЛ и нарушение бронхиальной проходимости. Острый обструктивный бронхит требует проведения дифференциальной диагностики с острым бронхолитом, коклюшем, бронхиальной астмой, инородными телами бронхов.

Лечение

Терапия острого обструктивного бронхита проводится амбулаторно. В госпитализации нуждаются дети раннего возраста со среднетяжелой и тяжелой формой бронхообструкции. Назначается щадящий режим, исключается контакт с раздражителями (парфюмерией, пылью, бытовой химией, сигаретным дымом и пр.). С целью разжижения мокроты и облегчения ее эвакуации из дыхательных путей рекомендуется достаточный водный режим, увлажнение воздуха в комнате, перкуторный массаж грудной клетки, позиционный дренаж.

Рациональная патогенетическая терапия позволяет избежать развития тяжелых форм острого обструктивного бронхита и его хронизации. Поэтому основная роль в лечении отводится противовоспалительным, бронхолитическим и муколитическим препаратам. Из бронхолитиков обычно используются эуфиллин, теофиллин; целесообразно назначение бета-2-адреномиметиков (сальбутамол, тербуталин) в ингаляциях или через небулайзер. Муколитическим и отхаркивающим эффектом обладают бромгексин и амброксол (в форме сиропа, таблеток, ингаляций). Режим и дозировки подбираются педиатром или пульмонологом в соответствии с возрастом пациента. В качестве противовоспалительной терапии рекомендуется использование эреспала, ингаляционных глюкокортикостероидов. [6]

Назначение противокашлевых средств центрального действия при остром обструктивном бронхите нежелательно.

Эффективны отвлекающие процедуры (баночный массаж, горячие ножные и ручные ванны), физиолечение (УВЧ, лазер, электрофорез). Тяжелые формы бронхообструкции требуют проведения оксигенотерапии. Для борьбы с возбудителями респираторной инфекции используются препараты рекомбинантного интерферона; антибиотикотерапия оправдана только в случае подозрения на острую пневмонию.

Изучив научную литературу и нормативно-правовую базу, в данной главе я представила информацию о заболевании острого обструктивного бронхита, этиологию и предрасполагающие факторы этого заболевания. Изучив подробно клиническую картину и особенности диагностики я могу составить план сестринской помощи пациентов различных возрастов с мотивацией к быстрому выздоровлению и недопущения рецидивов данного заболевания и перехода в

хроническую стадию или иных осложнений.

3. Сестринский процесс

Нарушены потребности - дышать, поддерживать температуру тела, есть, спать, отдыхать, работать, общаться, быть здоровым.

Настоящие проблемы пациента - кашель, боль в нижнем отделе грудной клетки, одышка, повышение температуры тела, слабость, вялость, потливость, головная боль, раздражительность, нарушение сна.

Потенциальные проблемы

1. Переход болезни в хроническую форму.
2. Эмфизема легких.
3. Хроническая дыхательная недостаточность.
4. Легочно-сердечная недостаточность («легочное сердце»).
5. Бронхоэктатическая болезнь.
6. Пневмоторакс

Приоритетная проблема - кашель.

Краткосрочная цель - к концу недели пациент отметит уменьшение кашля.

Долгосрочная цель - кашель пройдет к концу второй недели.

План сестринского вмешательства - мотивация

1. применять обильное, теплое, щелочное питье, не раздражающее слизистые. Для уменьшения боли при кашле. Снятие интоксикации.
2. выполнять простейшие физиотерапевтические процедуры (горчичники, ножные горчичные ванны, согревающий компресс), если у больного нет температуры. Для уменьшения боли в области грудной клетки, улучшения состояния больного.
3. обучить пациента технике выполнения ингаляций. Для облегчения кашля.
4. противокашлевые препараты по назначению врача. Для уменьшения интенсивности кашля.
5. Соблюдать режим проветривания помещения не менее 4 раз в сутки. Для улучшения самочувствия больного.
6. проводить динамическое наблюдение за состоянием пациента (частота дыхания, пульс, характер кашля, цвет кожных покровов, температура тела). Для профилактики осложнений.

В данной главе на основании изученной научной литературы и нормативно-правовую базу проанализированы и представлены этапы сестринского процесса при бронхите (простом и обструктивном). Определены проблемы пациента. Составлен примерный план сестринской помощи.

4. Особенности сестринского ухода при простом и обструктивном

Сестринский процесс при остром бронхите подразумевает оказание пациенту поддержки в процессе восстановления как медицинского, так и физического характера.

Достижение поставленных целей удастся при выполнении нескольких пунктов:

- Создание базы данных по определенному пациенту, который болеет острым бронхитом простым или обструктивным

- Определить нужды пациента в медицинском обслуживании
- Выявить проблемы медицинского характера, обозначить приоритеты
- Составить определенный план, который будет одержать информацию о том, какую именно помощь потребуется предоставить пациенту в то или другое время
- Оценить, насколько эффективен сестринский процесс для больного, стремится к достижению поставленных задач медицинского характера.

Основные этапы. На сегодняшний день существует пять этапов сестринского процесса:

1. Проведение обследования

Обследование проходит по субъективным и объективным методикам. При проведении первой осуществляется сбор анамнеза путем опроса больного. Во время объективного обследования потребуется провести осмотр пациента.

2. Диагностика

При проведении диагностики ставятся следующие цели:

- Анализ результатов обследования
- Определить медицинские проблемы больного
- Обозначить направление, согласно которого будет осуществляться уход за пациентом.

3. Планирование вмешательства

Сестринский уход на этом этапе подразумевает определение приоритетов с учетом потребностей пациента. После этого необходимо составить стратегический план, который поможет достигнуть задачи и намеченные цели. Достаточно важно установить сроки для достижения основной цели.

4. Вмешательство

Во время данного этапа нужно оказать помощь больному, приложить усилия к выполнению установленных ранее задач. Существует три способа оказания помощи больному:

- Консультативная или же так называемая поддерживающая
- Частичная
- Полностью компенсирующая.

5. Анализ проведенного сестринского ухода, подведение итогов работы

Перед медсестрой поставлена задача не только определить достигнута ли цель медицинских мероприятий, но и провести сравнение имеющихся результатов с теми, которые были запланированы. Далее нужно подвести итоги, произвести определенные записи в истории болезни, которые дадут понять насколько был эффективным сестринский уход. [1]

Сестринский уход при бронхитах у детей

Уход за ребёнком в период болезни очень важен, так как ребёнок ослаблен и ему очень тяжело, бороться с заболеванием. Медсестре предстоит не лёгкая работа, разъяснение и убеждение ребёнка в необходимости проведения не совсем приятных манипуляций. Она должна уметь найти подход к ребёнку, рассеять все его страхи, вызвать стремление к скорейшему выздоровлению, поддержать ребёнка морально и психологически. Провести беседы с родителями по профилактике бронхита, уходу за

ребёнком после выписки из стационара.

Медицинская сестра должна:

1. Изолировать ребенка, ограничить контакт с ним.
2. Создать комфортный режим в комнате: температура воздуха в пределах 20-22°C, во время сна - 18-20°C, проводить проветривание и влажную уборку.
3. Соответственно возрасту - витаминизированное питание.
4. Организовать покой и тщательный уход за ребенком.
5. Провести противовирусную терапию интерфероном (капли в нос) в 1-2-й день заболевания. При тяжелой вирусемии в первые дни по назначению врача ввести внутримышечно противогриппозный гамма-глобулин 1-2 дозы.
6. При гриппе, ОРВИ, которые дают клинические проявления бронхита, можно использовать гомеопатический препарат афлубин: детям раннего возраста - 1-3 капли развести в столовой ложке воды или грудного молока, детям старшего возраста - 5 капель. В первые дни применять каждый час, при улучшении состояния - 3 раза в день.
7. Обязательно восстановить носовое дыхание. Провести туалет носа; 1-2 дня закапывают в нос 0,025% раствор нафтизина, грудное молоко 3-4 раза в день.
8. При сухом надрывном кашле дать тусупрекс, либексин.
9. Для разжижения мокроты и улучшения ее отхождения использовать отхаркивающие муколитические препараты: мукалтин, пертуссин, сироп корня алтея, солодки, сироп из подорожника, бромгексин, бронхолитин, бронхikum, лазолван. [2]
10. Для восстановления бронхиальной проходимости применить миолитические (эуфиллин, ношпа), симпатомиметические (алупен, беротек) или холинолитические комбинированные препараты (солутан, атровент, бердуал).
11. При нормализации температуры тела на 3-4-й день использовать тепловые процедуры - укутывания, горчичные ножные ванны, горчичные обертывания, согревающие компрессы на грудную клетку.
12. Провести электропроцедуры, применить аэрозоли с противовоспалительными, бронхолитическими, муколитическими препаратами.
13. На 7-й день заболевания провести массаж, ЛФК.
14. Необходимость в применении антибиотиков возникает в случае наличия бактериальной микрофлоры

Профилактика острого бронхита у детей

- Обязательное долечивание всех, без исключения, заболеваний дыхательных путей.
- Устранение или избегание всех возможных аллергенов, как дома, так и в окружающей среде.
- Посещение общеобразовательных или дошкольных учреждений - только после полного выздоровления.

Важной частью в профилактике острого детского бронхита является иммуностимуляция. Для этого применяются средства местной вакцинации - иммуномодуляторы. В состав таких препаратов входят инактивированные элементы клеточных бактериальных оболочек, которые при попадании в организм берут на

себя ответственность за ускоренную стимуляцию местного иммунного ответа. Введение бактериальных фрагментов призвано повысить уровень иммуноглобулинов и поднять лейкоцитарную активность. Лейкоциты при этом должны захватить и обезвредить чужеродные микроорганизмы. Следует отметить, что профилактика бронхита является важной составляющей здорового образа жизни. Меры предосторожности необходимы не только тем, кто подвержен частым простудам, но и здоровым людям. Основным постулатом профилактики - здоровый режим питания, ежедневные прогулки и отпуск на морском побережье

Сестринский уход при бронхитах у взрослых

Сестринский процесс при остром бронхите (простом и обструктивном) связано не только с характером протекания болезни, но и причинами, которые ее вызвали.

Инфицирование органов дыхания вирусами и бактериальной инфекцией - основные причины бронхита. Сопутствующие заболевания ЛОР-органов (синусит, астма), а также негативное влияние различных факторов окружающей среды также могут повлечь за собой развитие как острого, так и хронического бронхита. Во время ухода за больным потребуются обеспечить:

Обильное питье. В первую очередь, необходимо установить строгий питьевой режим (до 3,5 литров в сутки). Употребление щелочной минеральной воды и морсов приветствуется. Также возможно приготовление и прием напитка на основе теплого молока и воды боржоми.

Сбалансированный рацион. Рацион больного также имеет огромное значение в процессе лечения бронхита. Ежедневное меню пациента должно включать достаточное количество витаминов, минералов и питательных веществ, которые будут способствовать восстановлению естественной иммунной защиты. При наличии симптомов интоксикации и жара не будет лишним кратковременное голодание (1-2 дня), которое поможет организму в борьбе с болезнью. Длительный отказ от пищи при бронхите противопоказан.

Ингаляции. Ингаляционные процедуры достаточно эффективны при остром бронхите, для их проведения можно использовать как физраствор, так и минеральную воду. Для достижения терапевтического эффекта следует делать ингаляции трижды в сутки. Курс лечения в среднем составляет от 7-10 дней. После первых дней таких процедур наблюдается улучшение состояния пациента, происходит активное выведение мокроты, что способствует снятию воспаления.

Дыхательная гимнастика. Благодаря комплексу простых упражнений можно улучшить проходимость дыхательных путей, нормализовать кислородное питание легких и бронхов. Ежедневное проведение гимнастики в сочетании с основным лечением ускорит процесс выздоровления при остром бронхите, поможет избежать развития осложнений.

Проветривание помещения. Медсестра должна позаботиться о том, чтобы в комнате, где находится больной, был чистый, влажный воздух. Проветривание поможет частично увлажнить помещение, избавиться от имеющихся аллергенов (резких запахов, пыли).

Массаж. Сеансы специального массажа грудной клетки, которые будет проводить

медсестра, способствуют нормализации кровообращения в органах дыхательной системы, на фоне чего улучшится отхождение мокроты.

Контроль мокроты больного. Медсестра, ухаживающая за больным, должна обращать внимание на характеристики мокроты (цвет, запах, количество, а также наличие кровяных прожилок и примесей гноя). При каких-либо изменениях стоит сообщить лечащему врачу. Возможно, потребуется провести сбор мокроты для дальнейшего исследования.

Определение сопутствующих симптомов. Кроме контроля за проведением основных методик лечения, медсестре потребуется следить за состоянием больного.

Чрезмерная ночная потливость, жар, изменением массы тела, вялость, общее недомогание и снижение аппетита - повод вызвать врача и провести дополнительную диагностику для выявления сопутствующих патологий. [1]

Профилактика бронхита у взрослых:

Санитария и гигиена являются незаменимыми помощниками в профилактике бронхиальных воспалений у взрослых. Работа в этом направлении должна включать в себя борьбу с пылью и влажностью в жилье. Так же, в профилактических целях возникает необходимость удаления полипов, а при искривлении носовой перегородки требуется операция по ее исправлению, что поможет улучшить дыхание. Немаловажен и отказ от вредных привычек: курения и алкоголя, поскольку именно они способны сильно ослабить организм.

Профилактика бронхита так же включает в себя:

- Избегание контактов с инфицированными людьми.
- Обильное питье при первых признаках заболевания.
- Полноценный качественный отдых.
- Обязательное кондиционирование и ионизирование воздуха в помещении.
- Систематический массаж грудной клетки.
- Обязательное применение специальной маски при работе с химикатами или другими внешними раздражителями.
- Использование индивидуальных профилактических мер при наличии астмы или дыхательной аллергии

Сестринский уход при бронхитах за пожилыми людьми

Бронхит у пожилых и старых людей обычно имеет вирусную этиологию, почти всегда возникает в результате ОРВИ или гриппа.

В возникновении острого бронхита у пожилых немаловажное значение имеют охлаждение, хронические синуситы, гаймориты, тонзиллиты, курение, прием алкоголя, кифосколиоз, недостаточность кровообращения с застойными явлениями в легких. Эти факторы являются предрасполагающими, так как они ослабляют иммунитет.

Обычно острый бронхит у лиц пожилого возраста проявляется слабостью, сильным кашлем, лихорадочным состоянием, развитием тахикардии. Сестринский процесс при этом включает:

- Наблюдение за состоянием пациента
- Подготовку больного к предстоящему обследованию

· Своевременное определение оптимальной схемы лечения.

Состояние стариков при бронхите может резко ухудшиться, поэтому требуется регулярно контролировать пульс и показатель АД. Своевременный прием пищи больным и помощь в реализации физиологических нужд также входит в обязанности медсестры.

При необходимости надо подготовить больного к рентгенологическому обследованию, осуществить сбор крови и мочи на анализ. Обязательным является выполнение всех предписаний лечащего врача.

Алгоритмы подготовки пациентов к рентгенологическим исследованиям

Рентгенологическое обследование нужно уточнения локализации и характера поражений органов грудной клетки при наличии симптомов заболеваний.

Цель: диагностика заболеваний органов грудной клетки. Противопоказания: невозможность нахождения пациента в вертикальном положении.

Подготовка к процедуре:

1. Медицинский персонал должен объяснить пациенту (членам семьи) ход и необходимость предстоящего исследования.
2. В день исследования стоит ограничиться легким завтраком. А если вы страдаете запорами, то накануне утром имеет смысл принять легкое слабительное (регулакс, бисакодил, сенаде).
3. Перед исследованием пациент должен заполнить два статистических талона с паспортными данными и пройти в кабинет флюорографии.
4. В раздевалке пациент должен освободить от одежды верхнюю часть тела (до пояса), снять украшения, находящиеся на уровне исследования.
5. Пациент должен проинформировать медицинский персонал флюорографического кабинета о перенесенных заболеваниях, операциях на органах грудной клетки, о наличии инородных тел в области исследования. Выполнение процедуры:
 1. В кабинете флюорографии пациенту выполняется от 1 до 3 снимков в различных проекциях (в зависимости от цели исследования).
 2. Результат флюорографии, обычно, выдается на следующий день. При наличии острых заболеваний органов грудной клетки (пневмония, пневмоторакс и др.) результат флюорографии выдается сразу на руки пациенту с последующей консультацией врача-специалиста. В случае выявления онкологической патологии, туберкулеза необходимо провести дообследование по месту медицинского обслуживания. [20]

В данной главе проанализированы этапы сестринского процесса, определены настоящие и потенциальные проблемы пациента при бронхите (простом и обструктивном). На основании анализа и действующих стандартов оказания медицинской помощи при бронхите (простом и обструктивном) для детей, взрослых и лиц пожилого возраста, составлен примерный план сестринских вмешательств, дана оценка роли медицинской сестры в проведении мероприятий по профилактике осложнений бронхита (простого и обструктивного)

Заключение

В процессе изучения нормативных документов и других информационных источников было выявлено, что острый бронхит является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью.

При бронхите у пациентов заболевание нередко переходит в хроническое течение, поэтому медсестра в данной ситуации должна действовать профессионально, правильно выполнять сестринские вмешательства, профилактировать рецидивы заболевания, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и дальнейшая жизнь пациента.

С этой целью был разработан план ухода за пациентом с острым бронхитом, определен алгоритм оказания неотложной помощи и выявлены методы профилактики.

Для достижения цели работы выполнены следующие задачи:

Были изучены этиология и патогенез заболевания, клиническая картина и осложнения. Выяснилось, что основными причинами возникновения являются инфекционные, физические, химические, аллергические. В клинической картине преобладает кашель с отделением мокроты. Осложнениями этого заболевания являются переход в хроническую форму, дыхательная недостаточность. Так же определены проблемы пациента, составлен план ухода. Для изучения ухода за пациентами с острым бронхитом была изучена специальная научная литература. Разработаны рекомендации для пациента и его родственников по профилактике и реабилитации.

В цель данной курсовой работы выявить особенности сестринской деятельности при остром бронхите простом и обструктивном лиц детского, взрослого и пожилого возраста в вопросах условий поликлиники. Для достижения этой цели был изучен теоретический материал по заболеванию бронхит (простой и обструктивный), выявлены настоящие и потенциальные проблемы, возникающие у пациентов больными острыми бронхитами (простыми и обструктивными). Разработан план сестринского ухода с мотивацией. Разработаны рекомендации для пациента по подготовке к различным методам обследования, диетическому питанию, приему лекарственных средств, ЛФК.

Таким образом, можно заключить, что задачи исследования реализованы, цель работы достигнута.

Список литературы

1. «Болезни органов дыхания». Руководство под ред. акад. РАМН, проф. Н.Р. Палеева. М., Медицина, 2000 г. 351 с.
2. «Респираторная медицина» в 2т. Руководство под ред. А.Г. Чучалина, 2007 г., 1616 с.
3. «Российский терапевтический справочник». Под ред. А.Г. Чучалина, 2007 г., 880 с.
4. Илькович М.М., Кокосов А.Н. Интерстициальные заболевания легких. Руководство для врачей. Нордмедиздат, 2005, 560 с.
5. Дыхательная недостаточность и хроническая обструктивная болезнь легких. Под ред. В.А. Игнатьева и А.Н. Кокосова, 2006 г., 248 с.
6. Заболевания органов дыхания. Библиотека врача общей практики. Под ред. М.М.

Ильковича. СПб, Нордмедиздат, 1998. т. 2. 753 с.

7. Пульмонология: Клинические рекомендации. ГЭОТАР, 2007 г. 421 с.

8. Интерстициальные заболевания легких. Литтера, 2007 г. 321 с.

9. Справочник по пульмонологии. Под ред. А.Г. Чучалина, М.М. Ильковича. ГЭОТАР-Медиа, 2009 г., 928 с.

10. Илькович М.М. Диссеминированные заболевания легких. ГЭОТАР-Медиа, 2011 г., 480 с.

11. Карманова Т.Т., Лычев В.Г. Основы поликлинической пульмонологии. Феникс, 2007, 362 с.

12. Неотложная терапия в пульмонологии. Под ред. И.Г. Фоминой, В.Ф. Маринина. М. Медицина, 2003 г., 200 с....