Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ**

**«Роль медицинской сестры в обучении пациентов, страдающих бронхиальной астмой»**

34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

междисциплинарный курс

Сестринский уход за больными детьми различного возраста

дисциплина

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Кузнецова О.С.  Клейн Э.О |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Филенкова Н.Л. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2021

Содержание

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc71651320)

[ГЛАВА 1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА 5](#_Toc71651321)

[1.1. Понятие бронхиальной астмы, патогенез. 5](#_Toc71651322)

[1.2. Клиническая картина, диагностика и лечение бронхиальной астмы. 8](#_Toc71651323)

[1.3. Диспансерное наблюдение при бронхиальной астме. 12](#_Toc71651324)

[ГЛАВА 2. ОСЛОЖНЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 15](#_Toc71651325)

[2.1.Осложнения бронхиальной астмы. 15](#_Toc71651326)

[2.2. Профилактика осложнений. 15](#_Toc71651327)

[ГЛАВА 3. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ЗА ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 17](#_Toc71651328)

[3.1. Этапы сестринского процесса при бронхиальной астме. 17](#_Toc71651329)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 22](#_Toc71651330)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 23](#_Toc71651331)

# ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма – это хроническое неинфекционное заболевание дыхательных путей воспалительного характера. Приступ бронхиальной астмы часто развивается после предвестников и характеризуется коротким резким вдохом и шумным длительным выдохом. Обычно он сопровождается кашлем с вязкой мокротой и громкими свистящими хрипами. Методы диагностики включают оценку данных спирометрии, пикфлоуметрии, аллергопроб, клинических и иммунологических анализов крови. В лечении используются аэрозольные бета-адреномиметики, м-холинолитики, АСИТ, при тяжелых формах заболевания применяются глюкокортикостероиды.

За последние два десятка лет заболеваемость бронхиальной астмой (БА) выросла, и на сегодняшний день в мире около 300 миллионов астматиков. Это одно из самых распространенных хронических заболеваний, которому подверженные все люди, вне зависимости от пола и возраста. Смертность среди больных бронхиальной астмой достаточно высока. Тот факт, что в последние двадцать лет заболеваемость бронхиальной астмой у детей постоянно растет, делает бронхиальную астму не просто болезнью, а социальной проблемой, на борьбу с которой направляется максимум сил. Несмотря на сложность, бронхиальная астма хорошо поддается лечению, благодаря которому можно добиться стойкой и длительной ремиссии. Постоянный контроль над своим состоянием позволяет пациентам полностью предотвратить наступление приступов удушья, снизить или исключить прием препаратов для купирования приступов, а так же вести активный образ жизни. Это помогает поддержать функции легких и полностью исключить риск осложнений.

Цель: изучить особенности сестринской деятельности при бронхиальной астме.

Предмет исследования: обучение пациентов, страдающих бронхиальной астмой.

Задачи:

1. Изучить данный теоретический материал исследования.
2. Изучитьосложнения и профилактику осложнений при бронхиальной астме.
3. Составить сестринский уход за детьми различного возраста при бронхиальной астме.

# 

# ГЛАВА 1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

## Понятие бронхиальной астмы, патогенез.

**Бронхиальная астма** (БА) — это заболевание, характерным проявлением которого является хроническое воспаление дыхательных путей, респираторные симптомы (свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель), которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

**Патогенез**

Хронические воспалительные процессы в органах дыхания ведут к их гиперактивности, в результате которой при контакте с аллергенами или раздражителями, мгновенно развивается обструкция бронхов, что ограничивает скорость потока воздуха и вызывает удушье. Приступы удушья наблюдаются с разной периодичностью, но даже в стадии ремиссии воспалительный процесс в дыхательных путях сохраняется. В основе нарушения проходимости потока воздуха, при бронхиальной астме лежат следующие компоненты: обструкция дыхательных путей из-за спазмов гладкой мускулатуры бронхов или вследствие отека их слизистой оболочки; закупорка бронхов секретом подслизистых желез дыхательных путей из-за их гиперфункции; замещение мышечной ткани бронхов на соединительную при длительном течении заболевания, из-за чего возникают склеротические изменения в стенке бронхов.

В основе изменений бронхов лежит сенсибилизация организма, когда при аллергических реакциях немедленного типа, протекающих в виде анафилаксий, вырабатываются антитела, а при повторной встрече с аллергеном происходит мгновенное высвобождение гистамина, что и приводит к отеку слизистой бронхов и к гиперсекреции желез. Иммунокомплексные аллергические реакции и реакции замедленной чувствительности протекают аналогично, но с менее выраженными симптомами. Повышенное количество ионов кальция в крови человека в последнее время тоже рассматривается как предрасполагающий фактор, так как избыток кальция может провоцировать спазмы, в том числе и спазмы мускулатуры бронхов.

При патологоанатомическом исследовании умерших во время приступа удушья отмечается полная или частичная закупорка бронхов вязкой густой слизью и эмфизематозное расширение легких из-за затрудненного выдоха. Микроскопия тканей чаще всего имеет сходную картину – это утолщенный мышечный слой, гипертрофированные бронхиальные железы, инфильтративные стенки бронхов с десквамацией эпителия.

**Классификация**

БА подразделяется по этиологии, тяжести течения, уровню контроля и другим параметрам. По происхождению выделяют аллергическую (в т. ч. профессиональную БА), неаллергическую (в т. ч. аспириновую БА), неуточненную, смешанную бронхиальную астму.

По степени тяжести различают следующие формы БА:

1. **Интермиттирующая** (эпизодическая). Симптомы возникают реже одного раза в неделю, обострения редкие и короткие.
2. **Персистирующая**(постоянного течения).

Делится на 3 степени:

* легкая - симптомы возникают от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц
* средняя - частота приступов ежедневная
* тяжелая - симптомы сохраняются практически постоянно.

В течении астмы выделяют обострения и ремиссию (нестабильную или стабильную). По возможности контроля над пристпуами БА может быть контролируемой, частично контролируемой и неконтролируемой

**Причины бронхиальной астмы**

Бронхиальная астма у ребенка возникает при участии генетической предрасположенности и факторов окружающей среды. У большинства детей с бронхиальной астмой имеется отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям - поллинозу, атопическому дерматиту, пищевой аллергии и др.

Сенсибилизирующими факторами окружающей среды могут выступать ингаляционные и пищевые аллергены, бактериальные и вирусные инфекции, химические и лекарственные вещества. Ингаляционными аллергенами, провоцирующими бронхиальную астму у детей, чаще выступают домашняя и книжная пыль, шерсть животных, продукты жизнедеятельности домашних клещей, плесневые грибки, сухой корм для животных или рыб, пыльца цветущих деревьев и трав.

Пищевая аллергия служит причиной бронхиальной астмы у детей в 4-6% случаев. Чаще всего этому способствует ранний перевод на искусственное вскармливание, непереносимость животного белка, продуктов растительного происхождения, искусственных красителей и др. Пищевая аллергия у детей часто развивается на фоне заболеваний ЖКТ: гастрита, энтероколита, панкреатита, дисбактериоза кишечника.

Триггерами бронхиальной астмы у детей могут являться вирусы – возбудители гриппа, парагриппа, ОРВИ, а также бактериальная инфекция (стрептококк, стафилококк, пневмококк, клебсиелла, нейссерия), хламидии, микоплазмы и другие микроорганизмы, колонизирующие слизистую бронхов. У некоторых детей с бронхиальной астмой сенсибилизация может вызываться промышленными аллергенами, приемом лекарственных средств (антибиотиков, сульфаниламидов, витаминов и др.).

Факторами обострения бронхиальной астмы у детей, провоцирующими развитие бронхоспазма, могут выступать инфекции, холодный воздух, метеочувствительность, табачный дым, физические нагрузки, эмоциональный стресс.

## Клиническая картина, диагностика и лечение бронхиальной астмы.

**Симптомы бронхиальной астмы**

Течение бронхиальной астмы у детей имеет циклический характер, в котором выделяют периоды предвестников, приступов удушья, послеприступный и межприступный периоды. Во время периода предвестников у детей с бронхиальной астмой может отмечаться беспокойство, нарушение сна, головная боль, зуд кожи и глаз, заложенность носа, сухой кашель. Продолжительность периода предвестников – от нескольких минут до нескольких суток.

Собственно приступ удушья сопровождается ощущением сдавления в груди и нехватки воздуха, одышкой экспираторного типа. Дыхание становится свистящим, с участием вспомогательной мускулатуры; на расстоянии слышны хрипы. Во время приступа бронхиальной астмы ребенок испуган, принимает положение ортопноэ, не может разговаривать, ловит воздух ртом. Кожа лица становится бледной с выраженным цианозом носогубного треугольника и ушных раковин, покрывается холодным потом. Во время приступа бронхиальной астмы у детей отмечается малопродуктивный кашель с трудноотделяемой густой, вязкой мокротой.

При аускультации определяется жесткое или ослабленное дыхание с большим количеством сухих свистящих хрипов; при перкуссии - коробочный звук. Со стороны сердечно-сосудистой системы выявляется тахикардия, повышение АД, приглушение сердечных тонов. При длительности приступа бронхиальной астмы от 6 часов и более, говорят о развитии у детей астматического статуса.

Приступ бронхиальной астмы у детей завершается отхождением густой мокроты, что приводит к облегчению дыхания. Сразу после приступа ребенок ощущает сонливость, общую слабость; он заторможен и вял. Тахикардия сменяется брадикардией, повышенное АД – артериальной гипотонией.

**Степени тяжести болезни**

Интермиттирующая астма - симптомы реже 1 раза в неделю; короткие обострения; ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц; OФВ1 или ПОСВ ≥ 80 % от должного; суточная вариабельность ПОСВ или OФВ1 < 20 %;

Легкая персистирующая астма - симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день; обострения могут влиять на физическую активность и сон; ночные симптомы чаще 2 раз в месяц; OФВ1 или ПОСВ ≥ 80 % от должного; суточная вариабельность ПОСВ или OФВ1 20–30 %;

Среднетяжелая персистирующая астма - ежедневные симптомы; обострения могут влиять на физическую активность и сон; ночные симптомы чаще 1 раза в неделю; ежедневный прием КДБА; OФВ1 или ПОСВ 60–80 % от должного; суточная вариабельность OФВ1 или ПОСВ > 30 %;

Тяжелая персистирующая астма Ежедневные симптомы; частые обострения; частые ночные симптомы; ограничение физической активности; OФВ1 или ПОСВ ≤ 60 % от должного; суточная вариабельность OФВ1 или ПОСВ > 30 % .

**Диагностика бронхиальной астмы**

При постановке диагноза бронхиальной астмы у детей учитывают данные семейного и аллергологического анамнеза, физикального, инструментального и лабораторного обследования. Диагностика бронхиальной астмы у детей требует участия различных специалистов: педиатра, детского пульмонолога, детского аллерголога-иммунолога.

В комплекс инструментального обследования входит проведение спирометрии (детям старше 5 лет), тестов с бронхолитиками и физической нагрузкой (велоэргометрией), пикфлоуметрии, рентгенографии легких и органов грудной клетки.

Лабораторные исследования при подозрении на бронхиальную астму у детей включают клинический анализ крови и мочи, общий анализ мокроты, определение общего и специфических IgE, исследование газового состава крови. Важным звеном диагностики бронхиальной астмы у детей служит постановка кожных аллергических проб.

В процессе диагностики требуется исключение других заболеваний у детей, протекающих с бронхообструкцией: инородных тел бронхов, трахео- и бронхомаляции, муковисцидоза, облитерирующего бронхиолита, обструктивного бронхита, бронхогенных кист и др.

**Лечение бронхиальной астмы**

К основным направлениям лечения бронхиальной астмы у детей относятся: выявление и элиминация аллергенов, рациональная медикаментозная терапия, направленная на снижение количества обострений и купирование приступов удушья, немедикаментозная восстановительная терапия.

При выявлении бронхиальной астмы у детей, прежде всего, необходимо исключить контакт с факторами, провоцирующими обострение заболевания. С этой целью может рекомендоваться гипоаллергенная диета, организация гипоаллергенного быта, отмена лекарственных препаратов, расставание с домашними питомцами, смена места жительства и др. Показан длительный профилактический прием антигистаминных средств. При невозможности избавиться от потенциальных аллергенов проводится специфическая иммунотерапия, предполагающая гипосенсибилизацию организма путем введении (сублингвального, перорального или парентерального) постепенно возрастающих доз причинно значимого аллергена.

Основу лекарственной терапии бронхиальной астмы у детей составляют ингаляции стабилизаторов мембран тучных клеток (недокромила, кромоглициевой кислоты), глюкокортикоидов (беклометазона, флутиказона, флунизолида, будезонида и др.), бронхолитиков (сальбутамола, фенотерола), комбинированных препаратов. Подбор схемы лечения, сочетания препаратов и дозировки осуществляет врач. Показателем эффективности терапии бронхиальной астмы у детей служит длительная ремиссия и отсутствие прогрессирования заболевания.

При развитии приступа бронхиальной астмы у детей проводятся повторные ингаляции бронхолитиков, кислородотерапия, небулайзерная терапия, парентеральное введение глюкокортикоидов.

В межприступный период детям с бронхиальной астмой назначаются курсы физиотерапии (аэроионотерапии, индуктотермии, ДМВ-терапии, магнитотерапии, электрофореза, ультрафонофореза), водолечения, массажа грудной клетки, точечного массажа, дыхательной гимнастики, спелеотерапии и др. Гомеопатическая терапия в ряде случаев позволяет предупредить рецидивы заболевания и снизить дозу гормональных препаратов. Подбор и назначение препаратов осуществляется детским гомеопатом.

Купирование приступов бронхиальной астмы выполняется индивидуально подобранной бронхорасширяющей терапией. Используют аэрозольные селективные 2–адреномиметики в форме дозированных ингаляторов. Производят 2 вдоха спрея, повторное применение не ранее 20 минут. Передозировка приводит к развитию аритмии. B2 - адреномиметики действуют долгое время, расслабляют гладкую мускулатуру бронхов, улучшают проницаемость сосудов и снимают отёк слизистых. Бронхи очищаются лучше, бронхоспазм блокируется, увеличивается сокращение диафрагмы. Если приступ после применения препарата- бронходилататора не проходит, следует вызвать скорую помощь.

Ингаляции при бронхиальной астме – это быстрый и действенный способ купирования приступов удушья. По сравнению с таблетками и инъекциями – результат мгновенный. Лучшим аппаратом для проведения ингаляций является небулайзер, который превращает лекарственный раствор в аэрозоль. В таком распыленном состоянии лекарство легко попадает в бронхи, снимает спазм гладкой мускулатуры, восстанавливает их проходимость, тем самым снимает симптомы астмы.

**Самоконтроль при бронхиальной астме**

Самоконтроль необходим для своевременного распознавания обострения заболевания. Кроме того, ведение дневника самоконтроля и пикфлоуметрии поможет лечащему врачу объективно оценить состояние пациента и правильно скорректировать проводимую терапию. Самым простым и эффективным методом самоконтроля астмы является пикфлоуметрия, которая показана всем больным бронхиальной астмой вне зависимости от степени тяжести и выраженности симптомов заболевания.

**Цель самоконтроля** – обучение пациента и членов его семьи самостоятельно оказывать себе помощь при любых обстоятельствах в домашних условиях. Обучение принципам самоконтроля включает:

* Изучение ребенком и членами его семьи общих понятий о БА;
* Обучение навыкам применения пикфлоуметра;
* Обучение пользования ингалятора (спейсера);
* Обучение принципам рационального питания гипоаллергенная диет;
* Ведение дневника самоконтроля.

Алгоритм оказания неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы:

* Если известен аллерген, постараться прекратить его действие на больного.
* Вызвать скорую помощь.
* Успокоить больного.
* Больному немедленно произвести вдыхание лекарств с помощью дозированного ингалятора: Вентолин, Сальбутамол. Повторять каждые 20-25 минут, но не более 3 раз подряд.
* Обеспечить приток свежего воздуха.
* Расстегнуть воротник рубашки, ослабить брючный ремень.
* Помочь больному принять удобное для него положение.
* Измерять артериальное давление, следить за пульсом.

## Диспансерное наблюдение при бронхиальной астме.

Диспансерное наблюдение по форме 030/у. Наблюдение педиатра:

* При легкой степени- 1 раз в 6 месяцев;
* При средней тяжести- 1раз в 3 месяца;
* При тяжелой степени- 1 раз в месяц (по показаниям чаще).

Наблюдение аллерголога- 2 раза в год (по показаниям чаще);

ЛОР, стоматолог- 2 раза в год до санации, 1раз в год после санации;

Невролог, ЛФК, реабилитолог- по показаниям.

Лабораторные исследования: анализ крови на иммунограмму (включая IgE) при легкой, средней тяжести- 1 р аз в год; при тяжелой- 2 раза в год (по показаниям чаще); биохимический анализ крови (протеинограмма, белки острой фазы, р-липопротеиды)- 1 раз в 6-12 месяцев; функциональное обследование (ФВД)- 1 раз в год; проведение кожно-аллергических проб (в стадии ремиссии, при ее продолжительности не менее 2-4-х недель).

Дополнительные исследования (проводят по показаниям) включают: пульсоксиметрию; определение газового состава крови; консультацию отоларинголога; рентгенограмму придаточных пазух носа; фиброгастродуоденоскопию/рентгеноскопию верхних отделов пищеварительного тракта для исключения гастроэзофагеального рефлюкса; исследование пота для определения концентрации натрия и хлора; ЭКГ; ЭхоКГ; КТ органов грудной клетки; иммунограмму; неинвазивное определение маркеров эозинофильного воспаления ДП (уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе, эозинофилы в мокроте) и др.

**Профилактика бронхиальной астмы**

Выделяют 3 направления профилактики астмы:

Первичная профилактика направлена на предупреждение сенсибилизации у здоровых лиц из групп риска (имеющих наследственную отягощенность по атопии). Профилактические мероприятия начинаются с антенатального периода и включают в себя исключение активного и пассивного курения, необоснованный прием во время беременности ЛС, гипоаллергизацию среды. Элиминационная диета у матери в период беременности и кормления грудью неэффективна и показана только тем женщинам, которые сами страдают аллергическим заболеванием, требующим ограничений в рационе питания. В постнатальном периоде детям рекомендуется грудное вскармливание до 4–6-месячного возраста. При смешанном или искусственном вскармливании используют смеси профилактического назначения на основе частичного гидролиза белка коровьего молока (гипоаллергенные).

Вторичная профилактика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития астмы у сенсибилизированных лиц. В эту группу входят пациенты с атопическим дерматитом, аллергическим ринитом, отягощенным семейным анамнезом по БА в сочетании с повышением уровня общего IgE и специфических IgE к аэроаллергенам. Вторичная профилактика включает элиминационные мероприятия, адекватное лечение имеющихся аллергических заболеваний, превентивную фармакотерапию (например, прием цетиризина в течение 4–6 месяцев при наличии атопического дерматита и сенсибилизации к аэроаллергенам), АСИТ в случаях моносенсибилизации.

Третичная профилактика ориентирована на предупреждение обострений, прогрессирования астмы, ее осложнений и летального исхода путем устранения факторов риска неблагоприятного течения заболевания, назначения адекватной базисной и неотложной терапии, проведения элиминационных мероприятий. Профилактические мероприятия должны сочетаться с образовательными программами для пациентов (с учетом их возраста) и их родителей. Основной целью обучения является повышение мотивации лечения. Обучение осуществляется в различных формах: занятия в астмашколе, использование обучающей программы (компьютерной) и интернет-ресурсов и др. В процессе обучения пациенты/родители получают информацию о периоде заболевания, признаках обострения, необходимости длительной терапии, видах лечения, проходят обучение навыкам самоконтроля.

# ГЛАВА 2. ОСЛОЖНЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

## 2.1.Осложнения бронхиальной астмы.

Осложнения бронхиальной астмы развиваются при длительном течении заболевания, при неадекватной терапии и отражаются на многих системах и органах.  
 Осложнения в дыхательной системе:

* Астматический статус;
* Дыхательная недостаточность;
* Спонтанный пневмоторакс;
* Ателектаз;
* Эмфизема;
* Пневмосклероз;
* Гиперинфляция легких.

Осложнения на сердечную мышцу:

* Развитие «легочного» сердца.
* Артериальная гипертензия.

Желудочно-кишечные осложнения:патогенное влияние на желудок и печень оказывают лекарственные препараты, применяемые в лечении БА. Под их действием развиваются гастриты и язвы желудка. Иногда наблюдаются желудочные кровотечения.

Осложнения работы мозга:

* Гипоксия мозга приводит к расстройству психики.
* Беттолепсия – нарушение сознания на высоте приступа кашля, возможно потеря сознания, судороги, непроизвольное мочеотделение и дефекация.

## 2.2. Профилактика осложнений.

* Профилактика бронхиальной астмы разделяется первичную и вторичную.
* Первичная профилактика БА начинается еще в антенатальном периоде плода, если у матери или отца ребенка имеются аллергические заболевания.
* Правильное питание беременной,
* Прием лекарств только по назначению врача.
* Здоровый образ жизни: отказ от курения и алкоголя, достаточное нахождение на свежем воздухе, адекватная физическая нагрузка.
* Стараться избегать встречи с потенциальными аллергенами.
* После рождения ребенка: грудное вскармливание, введение прикорма с учетом исключения высокоаллергенных продуктов, закаливание, профилактика инфекционных заболеваний, вакцинация на фоне полного здоровья под прикрытием антигистаминных препаратов.

Вторичная профилактика проводится у больных для предупреждения приступов.

Гипоаллергенный быт с ограничением возможных аллергенов дома.

Помещение, где живет больной бронхиальной астмой, следует освободить от вещей, на которых скапливается пыль: ковры, мягкие игрушки, пледы и тяжелые гардины.

Постельные принадлежности (одеяла, подушки) должны быть только с искусственными наполнителями.

* Книги хранить за стеклянными дверцами в шкафах.
* Ограничить пользование косметикой.
* Нельзя содержать в доме домашних животных.
* Постоянно иметь с собой препарат для снятия приступа.
* Необходимо выполнять специально подобранные физические упражнения, различные варианты дыхательной гимнастики.
* Не заниматься самолечением, не принимать никаких медикаментов без назначения врача.
* Периодические посещения врача-пульмонолога.
* Самоконтроль заболевания с помощью пикфлуометра, который проводит оценку внешнего дыхания.
* При профессиональных вредностях – перемена трудовой деятельности.

ГЛАВА 3. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ЗА ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

## Этапы сестринского процесса при бронхиальной астме.

1 этап. Сбор информации о пациенте

 Субъективные методы обследования:  
Жалобы: затрудненное дыхание, кашель.  
История (анамнез) заболевания: начало острое с повышения температуры тела.  
История (анамнез) жизни: наличие аллергических заболеваний у родителей и/или родственников; сопутствующие аллергические заболевания у ребенка (дерматит, крапивница, отек Квинке и др.); повторяющиеся эпизоды свистящего дыхания, экспираторной одышки; кашель в ночные и утренние часы.

Объективные методы обследования:  
Осмотр во время приступа: самочувствие ребенка нарушено, испуган, вынужденная поза – сидит с приподнятым плечевым поясом, опираясь на край стула/постели; экспираторная одышка, дыхание шумное, дистанционные свистящие хрипы, цианоз носогубного треугольника. раздувание крыльев носа, набухание шейных вен; кашель приступообразный с тягучей, вязкой мокротой. При аускультации – сухие свистящие и влажные хрипы.

2 этап. Выявление проблем больного ребенка

У пациента с БА нарушаются потребности: поддерживать общее состояние, дышать, есть, спать, отдыхать, общаться.  
Существующие проблемы, обусловленные бронхоспазмом. отеком слизистой оболочки, гиперсекрецией слизи в просвет бронхов: экспираторная одышка, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. тахикардия, кашель с вязкой мокротой.

Потенциальные проблемы: риск ателектаза, эмфиземы, пневмоторакса. сердечной недостаточности.

3-4 этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в условиях стационара.

Цель ухода: способствовать наступлению ремиссии, не допустить развитие осложнений.

**Сестринский процесс при бронхиальной астме**.

План ухода:

1. **Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением режима**.  
   Реализация ухода:

Независимые вмешательства: Провести беседу с пациентом и /или родителями о причинах развития заболевания, особенностях лечения и профилактике осложнений. Убедить в необходимости лечения в стационаре, выполнении всех рекомендаций.

Мотивация: создание режима щажения ЦНС и органов дыхания. Расширение знаний.

1. **Обеспечивать организацию и контроль питания**.

Реализация ухода:

Независимые вмешательства: Проведение беседы с пациентом/родителями об особенностях гипоаллергенной диеты. необходимости ее строгого соблюдения не только в стационаре, но и дома после выписки.

Мотивация: Удовлетворение, физиологических, потребностей. Профилактика обострений.

1. **Организация досуга**.

Реализация ухода:

Независимые вмешательства: Рекомендовать родителям принести ребенку любимые книги, игры и др.

Мотивация: Создание условий для соблюдения режима

1. **Создание комфортных условий в палате**.

Реализация ухода:

Независимые вмешательства: Контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания; регулярность смены постельного белья; соблюдение тишины в палате.

Мотивация: Удовлетворение физиологических потребностей во сне. Улучшение дыхания.

1. **Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий, и приеме пищи**.

Реализация ухода:

Независимые вмешательства: Провести беседу о необходимости соблюдения гигиены. Рекомендовать родителям принести зубную пасту, расческу, чистое сменное белье.

Мотивация: Удовлетворение потребности быть чистым.

1. **Выполнять назначения врача**.

Реализация ухода:

Зависимое вмешательство: Проведение базисной терапии.

Независимые вмешательства: Объяснить пациенту и/или родителям необходимость приема лекарственных препаратов. Провести беседу с пациентом и/или родителями о возможных побочных эффектах препаратов. Научить пациента и /или родителей правилам применения ДАИ и других устройств для ингаляций, методике проведения пиклоуметрии и ведению дневника самоконтроля.

Контролировать устойчивость практических навыков у пациента/родителей. Сопровождать на диагностические исследования, объясняя цель и необходимость проведения. Обеспечить психологическую поддержку пациенту и родителям.

Мотивация: Нормализация морфологических изменений в бронхах и функциональных показателей. Повышение уровня знаний. Эффективность лечения. Раннее выявление побочных действий лекарственных препаратов.

1. **Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение.**  
   Реализация ухода:

Независимое вмешательство: Опрос о самочувствии, жалобах, измерение температуры тела утром и вечером; контроль ЧД, ЧСС; наличия и характера одышки и кашля; контроль физиологических отправлений. При ухудшении общего состояния срочно сообщить лечащему или дежурному врачу.

Мотивация: Контроль эффективности проводимого лечения и ухода. Раннее выявление и профилактика осложнений.

5 этап. Оценка эффективности ухода.

При правильной организации сестринского ухода наступает ремиссия, пациент выписывается под наблюдение педиатра, аллерголога, пульмонолога в детской поликлинике. Пациент и его родители должны знать об особенностях организации режима, диеты, элиминационных мероприятиях, о необходимости диспансерного наблюдения и строгом соблюдении всех рекомендаций.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От процесса дыхания зависят все процессы жизнедеятельности организма. Дыхательный процесс - это очень тонкая и сбалансированная система поглощения кислорода из атмосферы, которая сильно подвержена внешнему воздействию.

Болезни дыхательной системы очень опасны и требуют серьезного подхода и по возможности полного выздоровления больного. Нужно обращать пристальное внимание на профилактику болезней дыхательной системы, чтобы не вызвать хронических заболеваний. Запускание таких болезней может привести к тяжелым последствиям вплоть до летального исхода.

За последние годы в большинстве развитых стран отмечается рост распространённости и смертности, связанных с бронхиальной астмой (БА), несмотря на неуклонное увеличение числа аллергологов, пульмонологов, значительное увеличение числа выпускаемых разнообразных противоастматических и диагностических средств. Всё это явно свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы помощи.

В данной ситуации приоритетным становится лечение больных БА в амбулаторных условиях с диспансерным их ведением и использованием дневных стационаров для лечения обострений. При этом большая роль в лечении и эффективном диспансерном наблюдении отводится участковым терапевтам. Поэтому столь актуальна проблема обучения этих врачей, в том числе и на данном цикле (поликлиническое обучение). Узким же специалистам отведена роль консультантов и лечение наиболее тяжёлых больных. Медицинская сестра активно участвует в процессе. Она контролирует выполнение назначенного лечения пациентами, ведет разъяснительную работу, убеждая их проходить необходимые курсы лечения, проводит санитарное просвещение.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бронхиальная астма: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/asthma> [Электронный ресурс] URL: (дата обращения 09.06.2022).
2. Из за чего возникает бронхиальная астма: <https://probolezny.ru/bronhialnaya-astma/> [Электронный ресурс] URL: (дата обращения 11.06.2022).
3. Профилактика бронхиальная астмы: <https://dialog.ru/articles/bronkhialnaya-astma/> [Электронный ресурс] URL: (дата обращения 11.06.2022).
4. Осложнения бронхиальной астмы: <https://dialog.ru/articles/bronkhialnaya-astma/> [Электронный ресурс] URL: (дата обращения 13.06.2022).
5. Профилактика осложнений бронхиальной астмы: <http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/18651/978-985-567-915-9.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Электронный ресурс] URL: (дата обращения 13.06.2022).
6. Диагностика бронхиальная астмы: <https://ppt-online.org/94800> [Электронный ресурс] URL: (дата обращения 13.06.2022).
7. Сестринский процесс при бронхиальной астме: <https://nsmubase.ru/sestrinskij-protsess-pri-bronhialnoj-astme/> [Электронный ресурс] URL: ( дата обращения 13.06.2022).