

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/348107>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Сестринское дело

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 5

1.1. ХОБЛ, этиология, патогенез 5

1.2. Классификация, клиническая картина 8

1.3. Лечебно-диагностическая тактика при ХОБЛ 11

ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 16

2.1. Участие медицинской сестры в уходе за пациентами с хронической обструктивной болезнью легких 16

2.2. Участие медицинской сестры в профилактике при хронической обструктивной болезни легких 24

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 26

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 28

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это опасное для жизни заболевание легких, которое препятствует нормальному дыханию. ХОБЛ является одной из основных причин смерти во всем мире, и, в отличие от многих других заболеваний, ее эпидемиологический уровень продолжает расти. В настоящее время это заболевание практически в равной степени поражает мужчин и женщин, что отчасти связано с ростом курения среди женщин.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ХОБЛ страдают 210 миллионов человек. На долю ХОБЛ приходится 5,1% смертности в мире. Почти 90% смертей от ХОБЛ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. ХОБЛ является четвертой ведущей причиной смерти в мире и глобальной проблемой общественного здравоохранения.

По данным различных ученых, этим заболеванием страдают от 4-6% до 10-25% взрослых, и его распространенность неуклонно растет. Прогресс смертности особенно заметен среди женщин в возрасте 55 лет и старше и мужчин в возрасте 75 лет и старше: ожидается, что к 2030 году от ХОБЛ ежегодно будут умирать более 6 миллионов человек во всем мире.

Основными факторами риска являются курение, загрязнение воздуха в помещении и на улице, а также воздействие пыли и химических веществ на рабочем месте. Социально-экономические последствия ХОБЛ значительны и оказывают большое влияние на общество и жизнь пациентов, поэтому важным моментом исследований является профилактика и своевременное выявление факторов риска, адекватность назначенного лечения и предотвращение прогрессирования заболевания. Поэтому исследование методов лечения и реабилитации, а также ухода за пациентами с ХОБЛ является актуальной темой. Медсестры играют важную роль в этом процессе.

Цель: Изучить особенности хронической обструктивной болезни легких.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию и патогенез ХОБЛ;
2. Изучить классификацию и клиническую картину ХОБЛ;
3. Проанализировать лечебно-диагностическую тактику при ХОБЛ;
4. Ознакомиться с деятельностью медсестры при ХОБЛ.

Объект: Хроническая обструктивная болезнь легких.

Предмет: Сестринский уход при хронической обструктивной болезни легких.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. ХОБЛ, этиология, патогенез

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это заболевание, которое набирает обороты и поднимается в рейтинге причин смерти людей в возрасте 45 лет и старше. В настоящее время она занимает четвертое место среди основных причин смерти во всем мире, а по прогнозам ВОЗ, к 2030 году ХОБЛ станет третьей основной причиной смерти во всем мире. Это заболевание имеет особенно тесную связь с курением, причем основные симптомы появляются через 20 лет после начала курения. Заболевание может протекать бессимптомно, без клинических симптомов в течение длительного времени, но, если его не лечить, обструкция дыхательных путей может прогрессировать незаметно и стать необратимой, что приведет к ранней инвалидности и сокращению продолжительности жизни. По этой причине тема ХОБЛ представляется особенно актуальной в наши дни. [9]

Важно отметить, что хроническая обструктивная болезнь легких – это, прежде всего, хроническое заболевание, и ранняя диагностика очень важна, так как болезнь имеет тенденцию к прогрессированию. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это хроническое воспалительное заболевание, которое вызывает сужение просвета бронхов, что приводит к затруднению дыхания. С течением времени в легких развивается эмфизема. Это состояние, при котором снижается эластичность легких, то есть их способность сокращаться и расширяться при дыхании. Легкие постоянно находятся постоянно как будто в состоянии вдоха, даже во время выдоха, и в них находится так много воздуха, что нормальный газообмен нарушается, что приводит к дыхательной недостаточности.

Причинами заболевания ХОБЛ являются:

- воздействие вредных факторов окружающей среды;
- табакокурение.

Факторы риска развития ХОБЛ:

- факторы профессиональной вредности (пыль содержащая кадмий, кремний);
- общее загрязнение окружающей среды (выхлопные газы автомобилей, SO₂, NO₂);
- частые инфекции дыхательных путей;
- наследственность.
- дефицит α1-антитрипсина.

Патогенез хронической обструктивной болезни легких

Хроническая обструктивная болезнь легких поражает как дыхательные пути, так и паренхиму легких, то есть саму легочную ткань. Заболевание начинается с обструкции слизью мелких дыхательных путей, за которой следует перибронхиальный фиброз (утолщение соединительной ткани) и воспаление, формирующие обструкцию.

При сформировавшейся патологии бронхитический компонент включает следующие особенности:

- Гиперплазия желез слизистой оболочки;
- Воспаление и отек слизистой оболочки;
- Бронхоспазм и обструкция дыхательных путей, вызванная гиперсекрецией, приводит к сужению дыхательных путей и увеличению сопротивления дыхательных путей.

Эмфизематозный компонент приводит к разрушению терминальной части дыхательных путей, альвеолярной стенки и поддерживающих структур, создавая значительно увеличенное воздушное пространство. Отсутствие тканевого каркаса дыхательных путей делает дыхательные пути еще более узкими, поскольку динамическое сужение чаще происходит во время выдоха, вызывая экспираторный коллапс бронхов.

Разрушение альвеолярно-капиллярной мембраны также влияет на процесс газообмена в легких, снижая их диффузионную способность. В результате снижается оксигенация и альвеолярная вентиляция. В зонах гипоперфузии возникает гипервентиляция, при этом увеличивается вентиляция мертвого пространства и нарушается выведение углекислого газа. Площадь альвеолярно-капиллярной поверхности уменьшается, но, когда эти нарушения не очевидны, их может быть достаточно для газообмена в состоянии покоя. Однако во время физической нагрузки, когда потребность в кислороде возрастает, недостаточные резервы газообменных аппаратов могут привести к гипоксемии.

Развитие гипоксемии у пациентов с длительной хронической обструктивной болезнью легких связано с рядом адаптивных реакций. Повреждение альвеолярно-капиллярного аппарата приводит к повышению давления в легочной артерии. Чтобы преодолеть это повышение давления в легочной артерии, правый желудочек сердца должен создавать большее давление, что приводит к увеличению и дилатации правого

желудочка – возникает правожелудочковая сердечная недостаточность. Хроническая гипоксемия также может вызвать увеличение количества эритроцитов в крови, что повышает вязкость крови и усугубляет правожелудочковую недостаточность. [4]

1.2. Классификация, клиническая картина

Таблица 1

Классификация и стадии развития хронической обструктивной болезни легких

Стадия течения ХОБЛ Характеристика Наименование и частота
надлежащих исследований

I. легкая Хронический кашель

и продукция мокроты

обычно, но не всегда.

ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 70\%$

ОФВ1 $\geq 80\%$ должных величин Клинический осмотр, спирометрия

с бронходилатационным тестом

1 раз в год. В период ХОБЛ —

общий анализ крови и рентгенография

органов грудной клетки.

II. среднетяжёлая Хронический кашель

и продукция мокроты

обычно, но не всегда.

ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 50\%$

ОФВ1 80% должных величин Объём и частота

исследований те же

III. тяжёлая Хронический кашель

и продукция мокроты

обычно, но не всегда.

ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 30\%$

\leq ОФВ1 50% должных величин Клинический осмотр 2 раза

в год, спирометрия с

бронходилатационным

тестом и ЭКГ 1 раз в год.

В период обострения

ХОБЛ — общий анализ

крови и рентгенография

органов грудной клетки.

IV. крайне тяжёлая ОФВ1/ФЖЕЛ ≤ 70

ОФВ1 30% должных величин

ОФВ1 50% должных величин

в сочетании с хронической

дыхательной недостаточностью

или правожелудочковой недостаточностью Объём и частота

исследований те же.

Сатурация кислородом

(SatO2) – 1-2 раза в год

Симптомы хронической обструктивной болезни легких

Хроническая обструктивная болезнь легких – это заболевание, которое возникает в позднем возрасте, обычно после 40 лет. Начало заболевания постепенный длительный процесс, и пациенты часто не замечают этого. Основные симптомы – одышка и кашель.

Типичный больной ХОБЛ – курильщик в возрасте 45-50 лет, который часто жалуется на одышку при нагрузках. Кашель является одним из самых ранних симптомов заболевания. Пациенты часто недооценивают степень кашля. На ранних стадиях заболевания кашель носит эпизодический характер, но позже становится регулярным симптомом.

1. Бараховская Т.В. Хроническая обструктивная болезнь легких: учебное пособие/ Т.В. Бараховская. ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, кафедра факультетская терапия – Иркутск: ИГМУ, 2015. - 66 с.
2. Баженов, Е.Е. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии / Е.Е. Баженов. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2015. - 547 с.
3. Визель А. А., Визель И. Ю. Хроническая обструктивная болезнь легких — от истоков к современности (исторический обзор литературы) // Туберкулез и болезни лёгких. – 2019. – Т. 97, № 2. – С. 42-49.
4. Волкова Л.И., Букреева Е.Б., Боярко В.В. В 676 Болезни органов дыхания: учебное пособие / Л. И. Волкова, Е. Б. Букреева, В. В. Боярко. – Томск: Издательство СибГМУ, 2016. – 152 с.
5. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014) / Пер. с англ. под ред. А. С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2014. – 92 с
6. Диагностический справочник пульмонолога. - Москва: Наука, 2016. - 185 с.
7. Карманный справочник медицинской сестры / Т.П. Обуховец и др. - М.: Феникс, 2015. - 672 с.
8. Карманова, Т.Т. Основы поликлинической пульмонологии. Гриф УМО по медицинскому образованию / Т.Т. Карманова. - М.: Феникс, 2010. - 267 с.
9. Касимовская, Н. А. Организация сестринской службы. Учебник / Н.А. Касимовская, В.Е. Ефремова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. - 440 с.
10. Качковский, М.А. Факультетская терапия: внутренние болезни: Учебник / М.А. Качковский. - Рн/Д: Феникс, 2019. - 256 с.
11. Клинические рекомендации. – Пульмонология. 2-е издание / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 336 с.
12. Клиническое руководство по ведению больных с инфекциями нижних отделов дыхательных путей // Пульмонология. – 2006. – № 3. – С. 14-61.
13. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2016. - 768 с.
14. Российское респираторное общество. Хроническая обструктивная болезнь легких: клинические рекомендации. – 2018. – 76 с.
15. Царев, В. П. Хроническая обструктивная болезнь легких: учеб.-метод. пособие / В. П. Царев, И. Л. Арсентьева, М. В. Шолкова. – Минск: БГМУ, 2016. – 28 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/348107>