

Тема: "Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания (пневмония, плеврит)"

Острые пневмонии – острое воспаление легких, возникающее самостоятельно или как осложнение других заболеваний.

Воспаление локализуется в бронхиолах, альвеолах и распространяется на интерстициальную ткань с вовлечением сосудистой системы легких.

Классификация пневмоний:

По этиологии различают:

- бактериальные – пневмококк, стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, палочка Фридендера, легионелла и др. (Легионелла является возбудителя болезни легионеров);
- вирусные - вирусы ОРВИ, гриппа;
- атипичные - микопlasма, хламидии;
- грибковые - кандиды, актиномицеты;
- смешанные;

По ситуации выделяют:

- внегоспитальные (внебольничные, коммуникативные, первичные);
- госпитальные (внутрибольничные);
- аспирационные;
- пневмонии при иммунодефиците;

По течению:

- острая - до 4-х недель;
- затяжная - свыше 4-х недель;

По распространённости и характеру поражения лёгочной ткани:

- очаговая (бронхопневмония);
- долевая (крупозная, плевропневмония);
- интерстициальная – вовлекается в процесс соединительная ткань стенок альвеол, мелких бронхов и кровеносных сосудов.

Внегоспитальная пневмония – выявлена в амбулаторных условиях. Наиболее частыми возбудителями данной пневмонии являются: пневмококк, микопlasма, вирус гриппа, хламидии, легионелла, стрептококк и др.

Внутригоспитальная – это пневмония, которая развивается не ранее чем 48 часов от момента госпитализации пациента, при этом в момент госпитализации признаков пневмонии не было. Наиболее частыми возбудителями внутригоспитальной пневмонии являются: стрептококк, кишечная палочка, анаэробы, вирусы и др.

Аспирационная пневмония – возникает в результате попадания жидкости (рвотных масс, жидкой пищи и др.) в дыхательные пути при нарушении сознания, инсульте, приступе эпилепсии.

Пневмония при иммунодефиците – развивается на фоне выраженного иммунодефицита: СПИД, наркомания, лучевая болезнь, злокачественные заболевания крови, лучевая или химиотерапия. Возбудителями этих пневмоний чаще всего являются условно патогенная флора, грибы, пневмоцисты и др.

Способствующие факторы:

- переохлаждение;
- нарушение дренажной функции бронхов;
- злоупотребление алкоголем, травмы;
- нарушение питания (ожирение, истощение);
- возраст старше 65 лет;
- наличие сопутствующей патологии (хроническая обструкция дыхательных путей, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечно-лёгочная недостаточность, хронические заболевания печени различной этиологии).

Очаговая пневмония (бронхопневмония) - характеризуется вовлечением в воспалительный процесс отдельных участков легкого в пределах сегмента, доли или

ацинуса. Возникает как самостоятельное заболевание (первичная пневмония) или развивается на фоне различных патологических процессов (вторичная пневмония).

Причины:

- вирусы (вирус ОРВИ, гриппа);
- бактерии (пневмококк, стафилококк, стрептококк, кишечная палочка);
- сочетание бактерий и вирусов;
- микоплазмы;
- грибы (кандиды, аспергиллы и т. д.);

Способствующие факторы:

- наличие острых и хронических заболеваний – онкологические заболевания, сахарный диабет;
- вынужденное длительное положение на спине (при переломах нижних конечностей, инфаркте - миокарда, инсульте, заболеваниях и травмах позвоночника);
- аспирация (попадание) в дыхательные пути инородных тел (пищевые, рвотные массы);
- инфекция верхних дыхательных путей;
- хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь и др.;

Жалобы:

Начало заболевания установить не удастся, т.к. очаговая пневмония развивается на фоне уже имеющегося гриппа или ОРВИ. Заболевание развивается постепенно:

- повышение температуры тела чаще до субфебрильных цифр (но может быть и выше 38°С);
- сухой кашель, через 2-3 дня кашель с небольшим количеством слизистой или слизисто-гнойной мокроты;
- может быть, незначительная одышка при физической нагрузке;

Осложнения: при стафилококковой пневмонии – возможно абсцедирование.

Объективное исследование:

- кожные покровы могут быть бледными, при высокой температуре тела – «лихорадочный румянец» и «лихорадочный блеск» глаз, тахикардия, тахипноэ;
- со стороны дыхательной системы: над очагом - усиление голосового дрожания, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.

Лабораторные методы исследования:

- клинически анализ крови – ускоренное СОЭ, умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, при вирусной пневмонии может быть лейкопения;
- общий анализ мокроты: увеличение количества лейкоцитов;
- посев мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

Инструментальные методы исследования:

- рентгенография (или флюорография) органов грудной клетки – может быть разнообразная картина изменений со стороны лёгких. Как правило, определяются четкие очаги затемнения, нередко множественные, при мелкоочаговой пневмонии могут быть лишь изменения легочного рисунка.

Принципы лечения:

- строгий постельный режим на период лихорадки;
- диета ст. № 15. Обильное питье: клюквенный морс, фруктовые соки, чай с лимоном;

Медикаментозное лечение:

- с первых часов заболевания антибиотики пенициллинового ряда – бензилпенициллин, ампициллин, ампиокс, оксациллин при непереносимости пенициллинов - кефзол, макролиты (эритромицин);
- сульфаниламиды – бисептол, сульфадиметоксин (по схеме);
- при сухом кашле – противокашлевые препараты - либексин, тусупрекс;
- при появлении мокроты - отхаркивающие средства: бромгексин, амбробене, отхаркивающая микстура, настои лекарственных растений: корня солодки, алтея, травы термопсиса, листьев мать-мачехи, цветов трёхцветной фиалки и др.;
- для разжижения мокроты - мукалтин, йодид калия;
- бронхолитики – эуфиллин;
- витаминотерапия;
- отвлекающая терапия: чередование через день горчичников и банок;

Физиотерапия: ингаляции щелочей, бронхолитиков, электрофорез хлорида калия, аскорбиновой кислоты, УВЧ, кварцевые банки. Лечебная физкультура. Массаж грудной клетки

Санаторно-курортное лечение: Сестрорецкий курорт, Южный берег Крыма

Сестринский уход:

- рекомендации по режиму, питанию;
- обильное питье: клюквенный морс, соки, чай, молоко;
- проветривание помещения, где находится пациент;
- контроль за температурой тела (при лихорадке каждые два часа), частотой пульса, частотой дыхательных движений, частотой кашля, характером мокроты, цветом кожи и слизистых;
- смена нательного, постельного белья;
- обучить пациента и его родственникам правилам применения горчичников, банок, приготовлению настоев лекарственных трав;
- обучить пациента и его родственникам правилам дыхательной гимнастики.

Крупозная пневмония – это острый воспалительный процесс, захватывающий всю долю легкого или ее значительную часть с вовлечением в процесс плевры. Крупозная пневмония характеризуется определенной цикличностью патоморфологических изменений и стадийностью клинического течения. В настоящее время в типичной форме встречается редко.

Этиология: Возбудителем крупозной пневмонии является чаще пневмококк или другая бактериальная флора: палочка Фридендера, стрептококк, стафилококк и др.

Способствующие факторы:

- сердечная недостаточность с нарушением кровообращения в малом круге;
- острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей;
- алкоголизм;
- заболевания, сопровождающиеся иммунодефицитом;

Особенности течения: острое начало, пациент может точно указать даже час начала заболевания. **Жалобы:**

- потрясающий озноб;
- сильная головная боль;
- повышение температуры тела до 39-40°;
- ноющая боль в грудной клетке, усиливающаяся при вдохе и кашле (обычно локализуется в нижних отделах);
- иногда боль в области живота;
- кашель вначале сухой, а через 1-2 дня кровавистая («ржавая») мокрота;
- одышка при незначительной физической нагрузке.

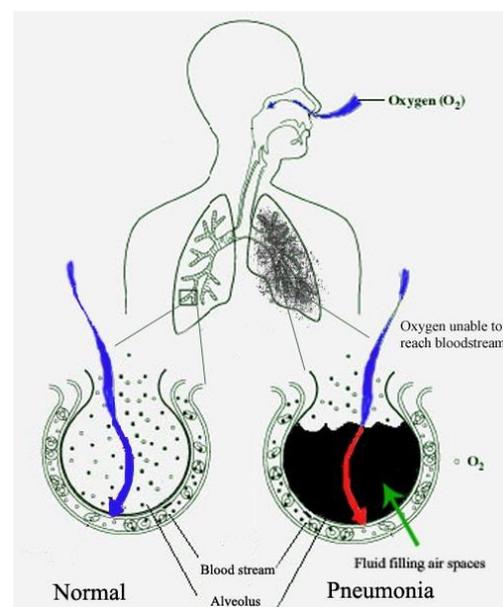
Клиническая картина заболевания соответствует морфологическим изменениям и протекает стадийно:

В 1-й стадии (бактериального отека) отмечаются:

- гиперемия щек (румянец), герпетические высыпания на губах и крыльях носа более выражена на стороне поражения;
- отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании;
- перкуторно – над пораженной долей тимпанический оттенок перкуторного звука (т. к. в альвеолах имеется одновременно и воздух и жидкость);
- при аускультации ослабленное везикулярное дыхание и начальная крепитация.

Во 2-й стадии (уплотнения - стадии красного и белого опеченения), клинически развития заболевания:

- перкуторно – нарастает тупость над пораженным участком;
- аускультативно – выслушивается бронхиальное дыхание;



- общее состояние больного тяжелое, выражены симптомы интоксикации. Учащенное поверхностное дыхание (до 30-40 в мин), сердцебиение 100-200 в минуту. Может быть снижение АД. Аппетит у больного в начале падает или вообще исчезает. Язык сухой, обложен серым налетом. Вяло работает кишечник (запоры). Может быть олигурия.
- со стороны нервной системы: нарушение сна в тяжелых случаях бред, галлюцинации, страх, желание куда-то бежать (пациент может выпрыгнуть в окно).

Заключительная стадия крупозной пневмонии – стадия разрешения – увеличивается количество мокроты:

- при перкуссии: притупление перкуторного звука уменьшается, появляется тимпанический оттенок;
- при аускультации: бронхиальное дыхание ослабевает, вновь начинает выслушиваться крепитация. Если в процесс вовлекается плевра (у 1/4 больных), то выслушивается шум трения плевры.

Такое тяжелое течение в настоящее время наблюдается все реже. При лечении антибиотиками резкое падение (критическое) очень редко. Чаще температура снижается постепенно, на протяжении 2-3 суток. После кризиса состояние больного постепенно улучшается, он начинает быстро поправляться. При благоприятном течении рассасывание пневмонического очага заканчивается к концу 3-4 недели.

Лабораторные методы исследования:

- клинический анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз (до 15-20)·10⁹/л со сдвигом влево, ускоренное СОЭ;
- анализ мочи – во время лихорадочного периода может быть умеренная протеинурия, цилиндрурия, единичные эритроциты;
- анализ мокроты;
- инструментальные методы исследования;
- рентгенография органов грудной клетки.

Такая же стадийность отмечается в рентгенологических изменениях в легких, вначале усиление легочного рисунка, затем появление очагов затемнения, которые сливаются. Образовавшаяся тень обычно соответствует доле легкого. Восстановление нормальной прозрачности постепенное и длится 2-3 недели.

Осложнения:

- острая дыхательная недостаточность;
- острая сердечная недостаточность;
- острая сосудистая недостаточность;
- инфекционно-токсический шок;
- перикардит;
- абсцесс легкого;
- экссудативный плеврит.

Принципы лечения:

- обязательная госпитализация в тяжёлых случаях в отделение реанимации;
- строгий постельный режим на период лихорадки;
- диета ст. № 15, при лихорадке частое полужидкое питание.
- обильное питье: клюквенный морс, фруктовые соки, чай с лимоном.

Медикаментозное лечение:

- с первых часов заболевания антибиотики пенициллинового ряда – бензилпенициллин, ампициллин, ампиокс, оксациллин; при устойчивости микрофлоры к пенициллинам – цефалоспорины (кефзол); при непереносимости пенициллинов, макролиты (эритромицин, спиромицин);
- сульфаниламиды – бисептол, сульфадиметоксин (по схеме);
- дезинтоксикационная терапия: гемодез, реополиглюкин;
- при сухом кашле – противокашлевые препараты - либексин, тусупрекс, глаувент;
- при появлении мокроты - отхаркивающие и муколитические средства: бромгексин, амброксол (амбробене), ацетилцистеин (АЦЦ), йодид калия, мукалтин, отхаркивающая микстура;
- бронхолитики – эуфиллин;

- витаминотерапия: аскорутин, аскорбиновая кислота;
- антигистаминные препараты;
- симптоматическая терапия: сердечные гликозиды, препараты калия, мочегонные препараты, дыхательные аналептики (кордиамин), сосудосуживающие препараты (мезатон, адреналин), глюкокортикоиды;
- при выраженном болевом синдроме в грудной клетке – анальгетики;
- оксигенотерапия.

Физиотерапия: ингаляции с бронхолитиками, щелочами, электрофорез с хлоридом калия, аскорбиновой кислоты, УВЧ, кислородные коктейли.

Лечебная физкультура. Массаж грудной клетки в период рассасывания

Санаторно-курортное лечение: Сестрорецкий курорт, Южный берег Крыма – не ранее, чем через месяц после выздоровления.

Сестринский уход:

- рекомендации по режиму, питанию;
- обильное питье: клюквенный морс, соки, чай, молоко;
- систематическое проветривание и влажная уборка помещения, где находится пациент;
- контроль: за температурой тела (при лихорадке каждые два часа), А/Д, частотой пульса, дыхательных движений, характером кашля, характером мокроты, цветом и состоянием кожи и слизистых;
- смена нательного, постельного белья;
- помощь пациенту в осуществлении гигиенических мероприятий;
- помощь при кормлении;
- оказание помощи при одышке: оксигенотерапия, возвышенное положение пациента в постели;
- обучение пациента правилам сбора мокроты на исследования;
- обучение пациента и его родственникам правилам дыхательной гимнастики;
- влажная уборка помещения 2 раза в день;
- обучение пациента правилам сбора мокроты на исследования;
- психологическая подготовка пациента к инструментальным методам исследования (бронхоскопия, спирографии, пневмотахометрии);
- выполнение врачебных назначений по введению лекарственных препаратов и др.;
- обучение пациента и его родственников выполнению ингаляций в домашних условиях, постановке банок и горчичников;
- соблюдение инфекционной безопасности пациента.

Профилактика:

- закаливание;
- рациональная физическая нагрузка;
- избегать переохлаждений;
- соблюдать гигиену труда.

Плевриты

Плеврит – воспалительный процесс плевры. Бывают сухие и экссудативные. Причины:

- туберкулез легких или лимфатических узлов;
- острая пневмония;
- нагноительные процессы;
- травма грудной клетки;
- лейкоз, опухоли и др.

Способствующие факторы:

- снижение иммунитета;
- недостаточное питание;
- переутомление;
- переохлаждение.

Сухой плеврит первичный всегда туберкулезного характера. Вторичное поражение может быть при инфаркте легкого, при пневмонии, нагноительных заболеваниях.

Основные симптомы при сухом плеврите:

- боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле и уменьшающаяся при лежании на больной стороне;
- одышка;
- сухой кашель;
- недомогание;
- температура (субфебрильная).

При осмотре пациента определяется отставание при дыхании на стороне поражения.

При аускультации врач выслушивает шум трения плевры на вдохе и выдохе.

В клиническом исследовании крови может определяться небольшое изменение СОЭ.

При **рентгенологическом** исследовании легких определяется ограничение подвижности купола диафрагмы.

Лечение: базовое

- лечение основного заболевания (пневмония, туберкулез, абсцесс);
- симптоматическое (анальгетики, препараты, уменьшающие кашель);
- горчичники;
- йодная сетка.

Экссудативный плеврит

При экссудативном плеврите воспалительный процесс плевры сопровождается накоплением жидкости в плевральной полости.

Причины:

- туберкулезная интоксикация;
- пневмония;
- ревматизм и т. д.

Экссудат может быть серозно-фибринозным, геморрагическим, гнойным, смешанным.

Симптомы:

- одышка (ЧДД до 30-40 в минуту);
- боль в грудной клетке;
- температура ремитирующего характера (с резким повышением по вечерам и снижением к утру);
- тяжесть в боку;
- потливость.

При объективном осмотре:

- состояние пациента тяжелое;
- положение в постели вынужденное (сидит);
- асимметрия грудной клетки (увеличение на стороне экссудата);
- отставание этой половины грудной клетки в акте дыхания.
- При перкуссии врач определяет на стороне поражения укорочение перкуторного звука.
- При аускультации – ослабленное дыхание.

На рентгенограмме легких определяется затемнение (линия Дамуазо).

Для исследования экссудата пациенту проводится **плевральная пункция**.

Принципы лечения

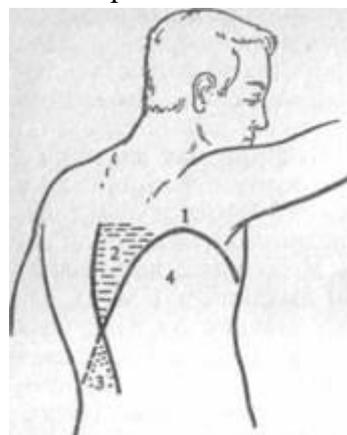
Базовое лечение основного заболевания, плевральная пункция (удаление экссудата), при гнойном плеврите – хирургическое лечение: резекция ребер, вскрытие плевральной полости и дренаж. Режим постельный. Диета – высококалорийное питание.

По назначению врача могут применяться:

- обезболивающие препараты;
- мочегонные (фуросемид);
- кортикостероиды (преднизолон);
- массаж, ЛФК, дыхательная гимнастика;

Роль медсестры:

- помочь пациенту принять удобное положение;
- оказать помощь при одышке (в т. ч. дать кислород);



- оказать помощь при лихорадке;
- собрать мокроту на исследования;
- подготовить пациента к назначенной врачом плевральной пункции и помогать врачу в проведении пункции.
- Решить возможные проблемы пациента: страх перед пункцией плевры, недостаток знаний о своем заболевании и т. д.