**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 Фридлендера, легионелла и др. (Легионелла является возбудителя болезни легионеров);
* вирусные - вирусы ОРВИ, гриппа;
* атипичные - микоплазма, хламидии;
* грибковые - кандида, 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, микоплазма, 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, дольки 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 удается, 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 свыше 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:**

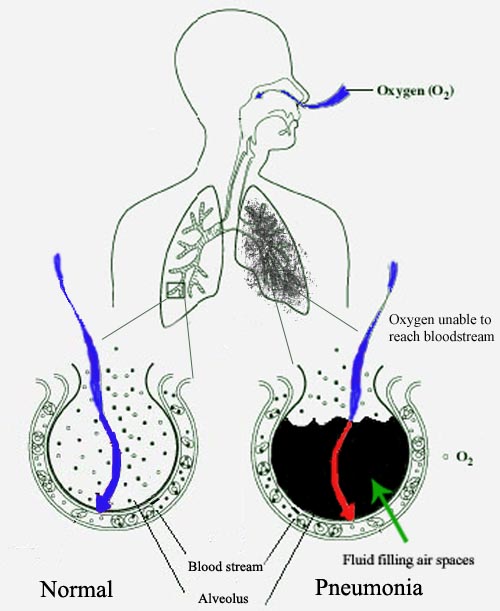
* с первых часов заболевания антибиотики пенициллинового ряда – бензилпенициллин, ампициллин, ампиокс, оксациллин при непереносимости пенициллинов - кефзол, макролиты (эритромицин);
* сульфаниламиды – бисептол, сульфадиметоксин (по схеме);
* при сухом кашле – противокашлевые препараты - либексин, тусупрекс;
* 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 разжижжения 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 Фридлендера, 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 кровянистая («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.

**Контрольные вопросы**

1. Какие факторы играют основную роль в возникновении острой пневмонии?
2. Что такое крупозная пневмония? В особенности ее клинических проявлений?
3. Назовите основные принципы лечения и ухода за больными при крупозной пневмонии.
4. В чем состоят особенности возникновения очаговой пневмонии?
5. Перечислите основных возбудителей, приводящих к развитию очаговой пневмонии.
6. Чем отличается течение очаговой пневмонии от крупозной?
7. Какие профилактические мероприятия следует проводить, чтобы избежать заболевания острой пневмонией?
8. Дайте определение термина "плеврит".
9. Назовите основные причины, приводящие к развитию плеврита.
10. Какими симптомами проявляется сухой плеврит и каковы принципы его лечения?
11. какой характер может иметь выпот при экссудативном плеврите и каковы причины его возникновения?
12. На основании каких симптомов ставят диагноз экссудативного плеврита?
13. Для чего проводится плевральная пункция?
14. Каковы принципы лечения экссудативного плеврита?
15. В чем заключается профилактика возникновения плеврита?