

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Самарской области
«Сызранский медико-гуманитарный колледж»

Учебное пособие
по ПМ 02. МДК.02.01. «Сестринский уход при терапевтических
заболеваниях»
по специальности 34.02.01 «Сестринское дело»
Тема: «СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»

Сызрань, 2025 г.

Оглавление:

1. Особенности сестринского процесса в пульмонологии.....	4
2. Сестринский процесс при пневмониях.....	9
3.Сестринский процесс при гнойных заболеваниях легких, при плевритах...	14
4.Сестринский процесс при бронхитах.....	24
5.Сестринский процесс при эмфиземе легких.....	30
6.Сестринский процесс при пневмосклерозе.....	32
7.Сестринский процесс при бронхиальной астме.....	33
8.Сестринский процесс при раке легкого.....	38

Тема 1. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Сестринский процесс в пульмонологии, как и в других разделах терапии, призван содействовать сохранению, укреплению и восстановлению здоровья пациента. Это требует от специалиста знаний не только в области лечения, но и в области профилактики заболеваний дыхательной системы.

Лёгкие – наиболее «загрязняемый» орган. За сутки через дыхательные пути проходит 9-12 тысяч литров воздуха, содержащего различные микроорганизмы, минеральные и органические частицы, приводящие к загрязнению дыхательных путей. Однако у здорового человека, несмотря на постоянный контакт с внешней средой, дыхательные пути стерильны.

Стерильность дыхательных путей обеспечивается благодаря факторам защиты:

физические:

- слизисто-ресничное подъёмное очищение;
- кашель;

гуморальные:

- неиммунологические (лизозим, интерферон);
- иммунологические (местные иммуноглобулины А и Е, циркулирующие – М и G);

клеточные:

- неспецифические (нейтрофилы, осуществляющие фагоцитоз);
- специфические (лимфоциты, макрофаги).

Основную роль в снижении факторов защиты играют:

1. Токсикохимические факторы:

- табачный дым;
- продукты сгорания различных видов топлива (диоксиды серы, азота);
- различные дымы;
- пыль (особенно угольная, сланцевая, силикатная);
- токсичные пары и газы (хлор, аммиак, окись углерода, озон, газы, образующиеся при газосварке, пары кислот и щелочей);

Особенно опасно сочетание пылевого и химического воздействия, курения, сырой и холодной погоды.

2. Вирусная инфекция:

Под влиянием вирусной инфекции происходит снижение резистентности органов дыхания к внешним инфекционным агентам, а также активизация сапрофитной микрофлоры.

Мероприятия по первичной и вторичной профилактике заболеваний бронхолёгочной системы:

1. Полный отказ от курения, недопустимость пассивного курения.
2. Максимальное использование средств индивидуальной и коллективной защиты на предприятиях, где имеются пылевые или газовые вредности; профотбор при приёме на работу.
3. Как можно больше времени проводить в экологически чистых зонах.

4. Мероприятия, повышающие общий иммунитет (полноценное питание, активный образ жизни, закаливание).

5. Борьба с вирусными инфекциями (использование в период эпидемических вспышек или при контакте с больным вирусной инфекцией противовирусных препаратов).

Особое значение имеют данные рекомендации для лиц из «**группы риска**» по возможности развития заболеваний органов дыхания:

- лица, в детстве часто и длительно болевшие заболеваниями респираторной системы;
- лица, длительно и часто болеющие заболеваниями респираторной системы, страдающие общими заболеваниями, снижающими иммунитет (сахарный диабет), а также постоянно принимающие глюкокортикостероидные гормоны;
- лица, работающие на предприятиях с пылевыми и газовыми загрязнениями;
- лица, проживающие в неблагоприятных климатических условиях (особенно в случае переезда из местности с лучшим климатом);
- лица с отягощённой наследственностью по респираторной патологии.

Основные физиологические проблемы пациентов с заболеваниями респираторной системы:

Кашель

Является рефлекторным актом, ответной реакцией на раздражение рецепторов слизистой бронхиального дерева, трахеи и гортани.

Сухой или непродуктивный кашель появляется в случае, если имеет место раздражение рецепторов плевры. Он не имеет положительного значения, а пациенту причиняет неудобства, поэтому сухой кашель требуется подавлять.

Мероприятия, подавляющие кашель:

Приём препаратов, подавляющих кашлевой рефлекс: кодеин, тусупрекс, глауцин, глаувент и др.

При малопродуктивном кашле мокрота отделяется с трудом в связи с повышенной вязкостью и неспособностью к эвакуации. Для решения проблемы необходимо подавлять кашель и одновременно проводить мероприятия, снижающие вязкость мокроты. Когда кашель становится продуктивным, противокашлевые мероприятия прекращают.

Мероприятия, понижающие вязкость мокроты:

- обильное питьё, желательно щелочное;
- приём средств муколитического действия: натрия гидрокарбонат, йодистый калий, ацетилцистеин, амброксол и др.;
- паровые содовые ингаляции.

Влажный или продуктивный кашель возникает при скоплении в дыхательных путях жидкого содержимого (мокрота, кровь, гной). При воспалительном процессе продуктивный кашель играет положительную роль,

очищая бронхиальное дерево, что способствует стиханию воспаления. Поэтому в данном случае кашель необходимо стимулировать.

Если же кашель вызван скоплением крови, он способствует усилению легочного кровотечения, поэтому в данном случае кашель необходимо подавлять.

Мероприятия, улучшающие эвакуацию мокроты из дыхательных путей:

- приём отхаркивающих препаратов: отвар корня алтея, девясила, настой термопсиса, багульника, фиалки, грудные сборы;
- вибрационный массаж;
- при наличии бронхоспазма - бронхолитическая терапия (эуфиллин);
- постуральный дренаж.

Постуральный дренаж (дренаж положением) – это такое положение пациента, при котором патологический процесс в бронхолегочной системе располагается выше бифуркации трахеи, поэтому патологическое содержимое под влиянием силы тяжести стекает по бронхам по направлению к верхним дыхательным путям и эвакуируется оттуда при кашле.

Одышка

Одышка при заболеваниях органов дыхания имеет патогенез, отличный от патогенеза одышки при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Кроме того, она не является однородной по механизму возникновения, а, следовательно, требует различных способов лечения.

Виды одышки при заболеваниях органов дыхания:

- одышка, связанная с обструкцией бронхов (обструктивный бронхит, бронхиальная астма);
- одышка, связанная с исключением из акта дыхания участка лёгкого (пневмония, пневмосклероз);
- одышка, связанная со скоплением жидкости в плевральной полости (экссудативный плеврит);
- одышка, связанная со снижением эластичности альвеол и грудной клетки (эмфизема лёгких).

При всех видах одышки обязательными мероприятиями являются:

- положение пациента в постели с возвышенным изголовьем;
- обеспечение доступа свежего воздуха; в тяжёлых случаях - подача кислорода;
- освобождение от стесняющей одежды;
- исключение факторов, способствующих подъёму диафрагмы (одновременный приём большого количества пищи, метеоризм, запоры).

Дополнительные мероприятия:

при одышке, связанной с обструкцией бронхов:

- бронхолитическая терапия (эуфиллин, сальбутамол, беротек);
- мероприятия, уменьшающие воспалительный отёк слизистой бронхиального дерева (антибиотики, глюкокортикостероидные гормоны);
- мероприятия, понижающие вязкость мокроты (см. выше);

- мероприятия, улучшающие эвакуацию мокроты из дыхательных путей (см. выше).

при одышке, связанной со снижением эластичности альвеол и грудной клетки:

- мероприятия, способствующие тренировке выдоха и диафрагмального дыхания: лечебная физкультура, дыхательная гимнастика.

при одышке, связанной со скоплением жидкости в плевральной полости:

- плевральная пункция с выведением экссудата.

Боли в грудной клетке

Боли в грудной клетке при заболеваниях органов дыхания связаны с вовлечением в патологический процесс листков плевры. При воспалении на их поверхности выпадают нити фибрина, что является причиной трения листков плевры. При этом раздражаются болевые рецепторы и появляются боли колющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании.

Мероприятия, уменьшающие боли в грудной клетке:

- уложить пациента на сторону поражения;
- сухое тепло: парафиновые аппликации; применить согревающий компресс с элементами тугого бинтования;

- мероприятия, подавляющие кашель (см. выше).

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Факторы риска развития заболеваний дыхательной системы.
2. Мероприятия по первичной профилактике заболеваний бронхолёгочной системы.
3. Мероприятия по вторичной профилактике заболеваний бронхолёгочной системы.
4. Основные физиологические проблемы пациентов с заболеваниями дыхательной системы.
5. Виды одышки, причины ее возникновения.
6. Комплекс мероприятий при возникновении одышки.
7. Мероприятия для купирования болей в грудной клетке.

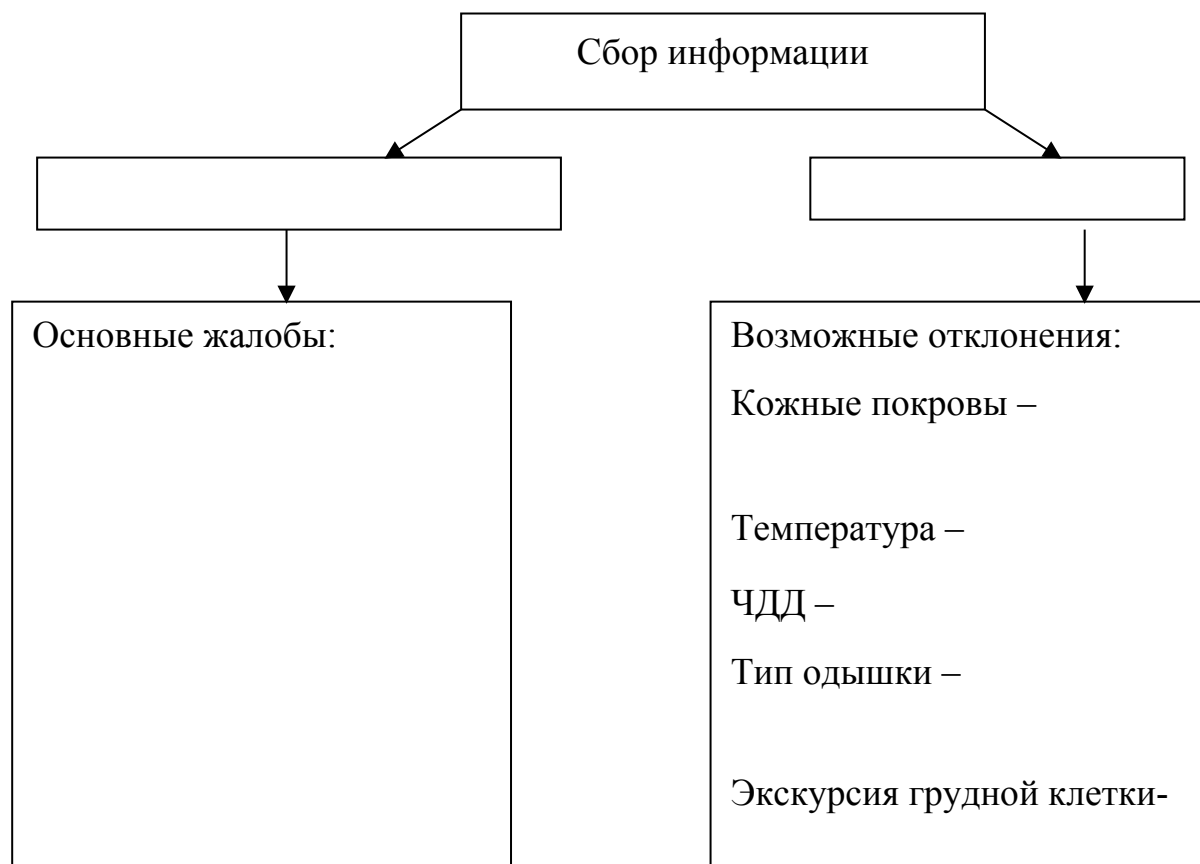
Задания для самостоятельной работы

Задание 1. Напишите основную функцию дыхательной системы.

Задание 2. Назовите анатомические образования, относящиеся к дыхательной системе:

1. Верхние дыхательные пути;
2. _____
3. _____
4. _____

Задание 3. Заполните схему «Особенности I этапа сестринского процесса при патологии дыхательной системы».



Задание 4. Подчеркните методы исследования, используемые в пульмонологии: синим цветом – лабораторные, красным - инструментальные. ФГДС; общий анализ крови; рентгенография грудной клетки; анализ мокроты; бронхография; эхокардиография; спирометрия; пневмотахометрия; ирригоскопия; бронхоскопия.

ТЕМА 2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

Пневмония – одно из распространённых заболеваний органов дыхания, встречающееся у 3-15 человек на 1000 населения. За последние годы увеличилось число тяжёлых форм и летальность от пневмоний. Занимает шестое место среди причин смертности. Смертность от внебольничных пневмоний составляет 5%, у пожилых – 30%. Увеличилось число атипичных пневмоний.

Пневмония – острое инфекционное экссудативное воспаление легочной ткани с преимущественным поражением альвеол.

Классификация пневмоний:

1. Внебольничная пневмония (первичная) – 80-90%
2. Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная)
3. Иммунодефицитная пневмония (у людей с иммунодефицитами)
4. Аспирационная пневмония

В зависимости от распространённости процесса выделяют крупозную и очаговую пневмонии. **Крупозная пневмония** (плевропневмония) характеризуется быстрым вовлечением в процесс целой доли лёгкого и прилежащего участка плевры. При **очаговой пневмонии** (бронхопневмонии) воспалительный процесс захватывает отдельные участки легочной ткани и смежные с ними бронхи.

Этиология:

Наиболее часто возбудителем внебольничной пневмонии выступает пневмококк, реже – микоплазма, гемофильная палочка, хламидия, легионелла и др. Внебольничные пневмонии вызывает золотистый стафилококк, пневмококк, клебсиелла, кишечная палочка и др.

Патогенез:

Чаще всего возбудитель попадает в респираторные отделы лёгких через бронхи. Этому способствует снижение общего и местного иммунитета, нарушение бронхиальной проходимости, снижение подвижности грудной клетки и диафрагмы, снижение кашлевого рефлекса и другие механизмы.

Предрасполагающими факторами являются ОРВИ, хронические заболевания лёгких, курение, злоупотребление алкоголем, переохлаждение, застой в малом круге кровообращения (в том числе у лежачих больных), снижение иммунитета, связанное с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, лечение глюкокортикостероидными гормонами и др.), аспирация и другие факторы.

Клиническая симптоматика

1. Крупозная пневмония

Начало заболевания острое, с потрясающего озноба, подъёма температуры до 40° и выше, критическое снижение температуры сопровождается проливными потами. Появляется сухой болезненный кашель, который в дальнейшем становится продуктивным с выделением «ржавой» мокроты. Пациента беспокоят одышка, боли в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, иногда иррадиирующие в живот.

Объективно: состояние тяжёлое, положение лёжа на стороне поражения, гиперемия щёк, герпес на губах, цианоз, раздувание крыльев носа, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, учащение дыхания до 25-30 в мин. Пульс частый, слабого наполнения. АД снижено вплоть до коллапса.

При перкуссии лёгких определяется притупление перкуторного звука над поражённой долей лёгкого. При аускультации - ослабленное дыхание, бронхиальное дыхание, крепитация, влажные мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры.

На рентгенограмме лёгких – затемнение в легочных полях в объёме доли лёгкого.

В ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

При микроскопии мокроты – нейтрофилы, эритроциты, пневмококки или другие возбудители.

2. Очаговая пневмония

Часто заболевание начинается на фоне ОРВИ или острого бронхита. Подъём температуры до 38-38,5°, слабость, потливость. Кашель влажный со слизистой мокротой. В ряде случаев могут быть колющие боли на стороне поражения. Одышка не выражена.

Объективно: состояние удовлетворительное или средней тяжести. При перкуссии – притупление над участком воспаления, при аускультации здесь же ослабленное жесткое дыхание, сухие и влажные хрипы.

На рентгенограмме лёгких: сливающиеся очаговые тени в легочных полях. ОАК: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Осложнения:

Острая дыхательная недостаточность, абсцедирование, плеврит, инфекционно-токсический шок (АД ниже 90/60, диурез менее 20 мл/мин.), психозы и др.

Принципы лечения

1. Режим постельный, при фебрильной лихорадке – индивидуальный пост (риск развития психоза).

2. Диета: легкоусвояемое питание, богатое белками и витаминами, обильное витаминизированное питьё, дробное питание.

3. Антибактериальная терапия:

- пенициллины: природные (бензилпенициллин), полусинтетические (амоксциллин), с клавулановой кислотой (амоксиклав, аугментин);
- макролиды (эритромицин, азитромицин, рокситромицин);
- цефалоспорины (цефазолин, цефалексин, цефазидим);
- фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин);
- аминогликозиды (гентамицин) и др.

4. При тяжёлых пневмониях:

- иммунозаместительная терапия (нативная или свежезамороженная плазма, иммуноглобулин);
- дезинтоксикационная терапия (солевые растворы: физиологический, Рингера; 5% раствор глюкозы; гемодез)

- оксигенотерапия
- 5. Муколитические препараты (бромгексин, амброксол)
- 6. Противокашлевые препараты (кодеин, глауцин)
- 7. При лихорадке – нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол)
- 8. Физиолечение (УВЧ, УФО, индуктотермия)
- 9. Аскорбиновая кислота, поливитамины.

Сестринский уход

При уходе за больной пневмонией медицинская сестра должна:

- следить за соблюдением постельного режима при высокой температуре и выраженной интоксикации (риск развития бреда и галлюцинаций);
- постоянный контроль состояния, АД, ЧДД, температуры тела, мокроты;
- частые проветривания палаты, источник увлажненного кислорода, положение в постели с возвышенным изголовьем;
- своевременная смена нательного и постельного белья при выраженной потливости;
- обеспечить дробное легкоусвояемое, богатое белками и витаминами питание, обильное питьё;
- проводить дыхательную гимнастику, лечебную физкультуру;
- при кашле с мокротой – обеспечить больного индивидуальной плевательницей.

Реабилитация

Реабилитация включает необходимость отказа от курения и употребления алкоголя, организации полноценного питания, профилактики ОРВИ и др.

Диспансеризация

Контрольные посещения пульмонолога через 1, 3 и 6 месяцев после выписки из стационара.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Пневмония: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
2. Классификация пневмонии.
3. Патогенез заболевания.
4. Клиническая картина очаговой пневмонии.
5. Клиническая картина крупозной пневмонии.
6. Осложнения пневмонии.
7. Принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения пневмонии.
8. План сестринского ухода за пациентом с пневмонией.
9. Реабилитация пациентов после пневмонии.

Задания для самостоятельной работы

Задание 1. Дайте определение:

Пневмония –

Задание 2. Подчеркните основной метод диагностики пневмонии:
 общий анализ крови,
 анализ мокроты,
 бронхоскопия,
 рентгенография органов грудной клетки,
 спирометрия,
 пневмотахометрия.

Задание 3. Заполните таблицу «Сбор мокроты».

		На чувствительность к антибиотикам	На туберкулез
1	О чем Вы предупредите пациента перед сбором мокроты?		
2	Какую емкость Вы дадите пациенту для сбора мокроты?		
3	Куда отправите мокроту?		В противотуберкулезный диспансер

Задание 4. Решите задачу.

Пациент К., 28 лет, поступил в пульмонологическое отделение с диагнозом: пневмония нижней доли левого лёгкого.

Данные сестринского обследования: жалобы на озноб, ломоту в теле, кашель с отделением ржавой мокроты, боли в грудной клетке слева, усиливающиеся при дыхании; общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита.

Заболел остро, после переохлаждения.

Хронических заболеваний не отмечает, вредных привычек нет, наследственность не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение в постели пассивное. Гиперемия щёк (больше слева). Видимого увеличения лимфоузлов нет. Температура тела 39,8°C. Грудная клетка обычной формы, левая половина отстаёт при дыхании. ЧДД= 20 в мин. Дыхание поверхностное, ритмичное. Аускультативно дыхание жёсткое, слева в нижних отделах влажные хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС=106 в мин. Пульс 106 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. АД= 110/75 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен у корня белым налётом. Живот мягкий, безболезненный.

Пациент не верит в успех лечения, считает, что если ему суждено выздороветь, то он и без помощи медиков выздоровеет; от инъекций отказывается.

Задания:

- 1) Выявите нарушенные потребности и проблемы пациента;
- 2) Определите цели ухода, выберите модель ухода;
- 3) Составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Эталон решения задачи.

Нарушенные потребности:

Проблемы пациента настоящие:

Из них приоритетными являются

Потенциальные проблемы:

Цели ухода краткосрочные

Цели долгосрочные:

План сестринских вмешательств при уходе за больным пневмонией.

<i>Сестринские вмешательства</i>	<i>Мотивация</i>
<i>1. Контроль за</i>	<i>1.</i>
<i>2. Обеспечить диету №13 и</i>	<i>2. организма</i>
	<i>3.</i>
<i>4. Обучить дисциплине кашля,</i>	<i>4</i>
<i>5.</i>	<i>5. Для анализа мокроты и .</i>
<i>6. Проветривание палаты.</i>	<i>6. Для профилактики гипоксии</i>
<i>7. Уборка палаты 1% рас</i>	<i>7. Для профилактики</i>
<i>8. Беседа с пациентом о</i>	<i>8. Для постановки точного диагноза</i>
<i>9. Уход за лихорадящим</i>	<i>9. Не допустить перегрева</i>

ТЕМА 3. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ, ПРИ ПЛЕВРИТАХ

1. Абсцесс лёгкого

Абсцесс лёгкого – это гнойное расплавление легочной ткани с образованием одной или нескольких полостей, заполненных гноем и окруженных воспалительным валиком.

Этиология:

Абсцесс лёгкого практически всегда является осложнением другого заболевания:

- гриппа;
- пневмонии (особенно вызванной стафилококком или клебсиелой);
- аспирационной пневмонии;
- нагноения кисты лёгкого;
- гематогенного заноса возбудителя в лёгкие из очага гнойной инфекции и др.

Предрасполагающие факторы:

- старческий возраст;
- ослабление реактивности организма, снижение иммунитета;
- длительный приём глюкокортикостероидных гормонов;
- сахарный диабет и др.

Клиническая симптоматика

В клинической картине абсцесса выделяют два периода:

- 1 период – до вскрытия абсцесса;
- 2 период – после вскрытия абсцесса.

В **1 период** происходит формирование абсцесса и ведущим является синдром интоксикации: общее недомогание, отсутствие аппетита, слабость. Главным симптомом является лихорадка, вначале умеренно высокая, затем ремиттирующая (перебегающая) и далее гектическая (истощающая). Повышение температуры сопровождается ознобом и значительным потоотделением (проливные поты).

Отмечается сухой кашель, боли в груди на стороне поражения. Когда абсцесс развивается на фоне пневмонии, настораживающим симптомом является затяжное течение лихорадки.

Над участком формирующегося абсцесса определяется притупление перкуторного звука, при аускультации – ослабленное дыхание с жёстким оттенком.

Важными являются изменения в ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз до 15-20 /л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и значительное ускорение СОЭ.

На рентгенограмме лёгких – крупноочаговое затемнение с нечёткими контурами.

Этот период продолжается в среднем 10-12 дней.

2 период абсцесса начинается с прорыва гноя в бронх, при этом возникает приступ кашля с выделением большого количества гнойной, часто зловонной

мокроты. Суточное количество мокроты определяется величиной полости и колеблется от 200 мл до 2 л.

После вскрытия абсцесса самочувствие пациента улучшается: снижается температура, уменьшается потливость, повышается аппетит.

При аускультации в этот период выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы.

При рентгенографии лёгких определяется полость с уровнем жидкости, окружённая воспалительной тканью.

Дальнейшее течение абсцесса зависит от качества дренирования полости. При хорошем дренировании абсцесса самочувствие пациента улучшается и в течение 6-8 недель симптоматика абсцесса полностью исчезает. При плохом дренировании могут возникать новые периоды подъёма температуры с ухудшением общего состояния пациента.

Осложнения абсцесса лёгких

1. Прорыв гнойника в плевральную полость с образованием эмпиемы плевры.

2. Легочное кровотечение вследствие повреждения кровеносных сосудов некротическим процессом.

3. Возникновение новых абсцессов в лёгких.

4. Метастазирование абсцессов в мозг, печень и другие органы, развитие сепсиса.

Клинические исходы абсцесса лёгких:

1. Выздоровление. Характеризуется отсутствием жалоб, восстановлением массы тела, нормализацией лабораторных показателей. На рентгенограмме на месте бывшей полости – уплотнение легочной ткани (пневмофиброз).

2. Формирование хронического абсцесса. Критериями перехода абсцесса в хроническую форму является сохранение клинической и рентгенологической симптоматики в течение 2 месяцев. При этом заболевание протекает с периодами обострения и ремиссий. В результате хронической интоксикации и постоянной потери белка у пациента развивается гипохромная анемия, дефицит массы тела, амилоидоз почек. Пальцы приобретают вид барабанных палочек, ногти – часовых стёкол.

3. Летальный исход. Летальность при острых гнойных абсцессах составляет 5-8%.

Принципы лечения и ухода

Прогноз заболевания зависит от своевременности диагностики заболевания, комплексного лечения и качественного ухода.

Режим

Лечение требует обязательной госпитализации. На период выраженной интоксикации назначается постельный режим. Пациенту необходимо обеспечить свежий воздух, комфортный температурный режим, удобную постель, своевременную смену белья. Требуется проведение профилактики пролежней. Мероприятия по уходу должны соответствовать периоду лихорадки.

Питание

Питание должно быть организовано таким образом, чтобы, несмотря на резкое снижение аппетита, пациент получал достаточное количество калорий. Этого можно добиться, если пищевой рацион будет представлен высококалорийными, легкоусвояемыми продуктами, богатыми белками и витаминами. Питание должно быть дробным, не реже 6-8 раз в день. Следует учитывать вкусовые пристрастия пациента, придавать блюдам аппетитный вид. Пациент должен употреблять большое количество жидкости (не менее 2 л в сутки), желательно в виде соков и морсов.

Мероприятия, улучшающие бронхиальный дренаж:

- дренажное положение в зависимости от локализации абсцесса по 15-20 мин. 3- 4 раза день;
- вибрационный массаж грудной клетки;
- стимуляция откашливания;

Необходимо обучить пациента тому, какое следует занимать положение, при котором усиливается отхождение мокроты, как правильно откашливать мокроту и о необходимости собирать её в банку с крышкой. В целях эпидемической безопасности необходимо дезинфицировать мокроту. Мокроту необходимо ежедневно осматривать для своевременной диагностики кровохарканья.

При тяжёлом состоянии больного необходимо следить, чтобы его голова была повернута в сторону с целью профилактики аспирации мокроты.

Медикаментозное лечение:

1. Антибактериальная терапия с учётом чувствительности микрофлоры (полусинтетические пенициллины, в том числе с клавулановой кислотой; цефалоспорины, аминогликозиды, фторхинолоны, метронидазол и др.).

Антибиотики вводятся внутримышечно, внутривенно капельно, эндобронхиально (с помощью бронхоскопа). При массивной антибактериальной терапии необходимо применять нистатин с целью профилактики грибковых осложнений.

2. Санация трахеобронхиального дерева: ингаляции, бронходилататоры, отхаркивающие средства, массаж, ЛФК, постуральный дренаж, вибрационный массаж, лечебная бронхоскопия с последующим эндобронхиальным введением антисептиков.

3. Дезинтоксикационная терапия: гемодез внутривенно, гемосорбция, лимфосорбция, плазмаферез.

4. Стимулирующая (иммунозаместительная) терапия: плазма, эритроцитарная масса; белковые гидролизаты, аминокислотные смеси; глюкоза, аскорбиновая кислота, витамины В6 и В12, анаболические гормоны.

5. Физиотерапевтическое лечение (после нормализации температуры): УВЧ, микроволновая терапия, электрофорез и др.

6. Хирургическое лечение (при неэффективности консервативной терапии).

2. Бронхоэктатическая болезнь

Бронхоэктатическая болезнь – это хроническое заболевание, при котором гнойно-воспалительный процесс локализуется в необратимо изменённых и функционально неполноценных бронхах – бронхоэктазах.

Этиология

Бронхоэктазы могут быть врождёнными и приобретёнными. Врождённые бронхоэктазы встречаются очень редко и являются пороком развития бронхиального дерева. Врождённая слабость стенки бронхов, обусловленная недостаточным развитием гладкой мускулатуры, эластической и хрящевой ткани, становится причиной выпячивания стенки бронхов при повышении внутрибронхиального давления. Такое выпячивание называется бронхоэктазом. Выделяют бронхоэктазы цилиндрические, веретенообразные, мешотчатые.

Приобретённые бронхоэктазы развиваются как результат перенесённых в детском возрасте инфекций бронхолёгочной системы (пневмония, коклюш, корь). Реже причиной бронхоэктазов являются бронхопневмонии, туберкулёз, абсцесс лёгких, попадание инородных тел в бронхи.

Изменения стенок бронхов обычно начинается с воспалительного процесса и заканчивается разрушением их мышечного и соединительно-тканного каркаса.

Стенка бронха теряет свою эластичность. При повышении внутрибронхиального давления происходит выпячивание стенки бронха. Причиной повышения внутрибронхиального давления могут быть сужение бронхов, скопление в них секрета, длительный кашель. В бронхоэктазах создаются условия для застаивания секрета и его инфицирования. Воспалительный процесс в бронхоэктазах ведёт к прогрессированию заболевания, развитию эмфиземы, легочного сердца, симптомов дыхательной и сердечной недостаточности.

Клиническая симптоматика

Характерными признаками БЭБ являются частые респираторные заболевания с продолжительным субфебрилитетом в возрасте от 5 до 25 лет. Типичным признаком обострения заболевания является кашель с отхождением мокроты «полным ртом», особенно по утрам. Суточное количество мокроты варьирует от 20 до 500 мл. Иногда мокрота приобретает неприятный запах. Возможно кровохарканье, общая слабость, понижение аппетита, снижение трудоспособности, прогрессирующее снижение массы тела. Частый симптом - небольшая, неправильного типа лихорадка. По мере развития эмфиземы появляется одышка, в начале при физической нагрузке, а позднее - в покое. При развитии легочного сердца у больного появляются отёки на голенях, увеличение печени.

При осмотре отмечается бледность кожных покровов, похудание, пальцы в форме барабанных палочек, ногти - часовых стёкол. При развитии дыхательной недостаточности кожные покровы приобретают цианотичный оттенок.

При перкуссии можно обнаружить коробочный перкуторный звук – симптом эмфиземы лёгких. При аускультации - дыхание жёсткое, влажные

разнокалиберные хрипы.

В ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ, гипохромная анемия.

На рентгенограмме лёгких: сотовый или ячеистый легочной рисунок. Наиболее информативной является бронхография, дающая информацию о локализации, форме и распространённости бронхоэктазов.

Осложнения бронхоэктатической болезни:

1. Легочное кровотечение.
2. Прорыв гноя в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры.
3. Развитие эмфиземы и легочного сердца с признаками лёгочно-сердечной недостаточности.
4. Развитие амилоидоза почек и хронической почечной недостаточности.

Принципы лечения и ухода

Лечение может проводиться как амбулаторно, так и в стационаре.

Показаниями к госпитализации являются выраженная интоксикация, дыхательная и сердечная недостаточность, легочное кровотечение.

Пациенту необходимо обеспечить свежий воздух, комфортный температурный режим, удобную постель, своевременную смену белья. Требуется проведение профилактики пролежней. Мероприятия по уходу должны соответствовать периоду лихорадки.

Питание

Питание должно быть организовано таким образом, чтобы, несмотря на резкое снижение аппетита, пациент получал достаточное количество калорий. Этого можно добиться, если пищевой рацион будет представлен высококалорийными, легкоусвояемыми продуктами, богатыми белками и витаминами. Питание должно быть дробным, не реже 6-8 раз в день. Следует учитывать вкусовые пристрастия пациента, придавать блюдам аппетитный вид. Пациент должен употреблять большое количество жидкости (не менее 2 л в сутки), желательно в виде соков и морсов, для уменьшения интоксикации и вязкости мокроты.

Мероприятия, улучшающие бронхиальный дренаж:

- дренажное положение в зависимости от локализации бронхоэктазов по 15-20 мин. 3-4 раза день;
- вибрационный массаж грудной клетки;
- стимуляция откашливания;

Необходимо обучить пациента тому, какое следует занимать положение, при котором усиливается отхождение мокроты, как правильно откашливать мокроту и о необходимости собирать её в банку с крышкой. В целях эпидемической безопасности необходимо дезинфицировать мокроту. Мокроту необходимо ежедневно осматривать для своевременной диагностики кровохарканья.

Медикаментозное лечение:

1. Антибактериальная терапия с учётом чувствительности микрофлоры.

Антибиотики вводятся внутримышечно, внутривенно капельно, эндобронхиально.

2. Санация трахеобронхиального дерева: ингаляции, бронходилататоры, отхаркивающие средства, массаж, лечебная физкультура, постуральный дренаж, вибрационный массаж, лечебная бронхоскопия с последующим эндобронхиальным введением антисептиков.

3. Стимулирующая (иммунозаместительная) терапия: плазма, эритроцитарная масса; белковые гидролизаты, аминокислотные смеси; глюкоза, аскорбиновая кислота, витамины В6 и В12, анаболические гормоны.

4. Хирургическое лечение.

3. Плевриты

Плевриты – это воспаление листков плевры с образованием на их поверхности фибрина или накоплением в плевральной полости жидкого экссудата.

По этиологии все плевриты делятся на инфекционные и неинфекционные.

Инфекционные плевриты могут быть вызваны пневмококками, микобактерией туберкулёза, стрептококками, стафилококками, вирусами, риккетсиями, микоплазменной инфекцией. Чаще всего плевриты развиваются на фоне острой пневмонии, туберкулёза. Причиной **неинфекционных плевритов** могут быть опухоли лёгких, плевры, а также системные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, склеродермия и др.)

Также причинами плевритов могут быть травмы грудной клетки, операционные вмешательства, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт лёгкого.

По клинико-морфологическим изменениям выделяют сухой и экссудативный плеврит.

При **сухом плеврите** на поверхности листков плевры появляются фибриновые наложения, вследствие которых происходит трение висцерального и париетального листков плевры, что вызывает появление характерных симптомов.

При **экссудативном плеврите** происходит накопление экссудата в плевральной полости, вызывая смещение лёгкого, а при массивном выпоте - и органов средостения.

Характер экссудата может быть различным: серозно - фибринозный при туберкулёзе, системных заболеваниях соединительной ткани, пневмонии; геморрагический – при опухолях лёгкого, плевры и других локализаций; гнойный - при гнойно-воспалительных процессах в лёгких (абсцесс лёгкого, БЭБ).

Клиническая симптоматика сухого плеврита

Доминирующим симптомом являются боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. Уменьшаются боли в положении на больном боку вследствие уменьшения экскурсии грудной клетки. При поражении диафрагмальной плевры боли могут иррадиировать в живот,

симулируя клинику «острого живота» (острого аппендицита, панкреатита, холецистита). У пациента может быть сухой рефлексорный кашель, слабость, недомогание, подъём температуры до субфебрильных цифр.

При перкуссии изменения перкуторного звука не отмечается, при аускультации лёгких выслушивается шум трения плевры.

Клиническая симптоматика экссудативного плеврита

Симптоматика определяется, главным образом, основным заболеванием (пневмония, туберкулёз, рак лёгкого и др.). Основным симптомом экссудативного плеврита является одышка, связанная со сдавлением лёгкого жидкостью.

Экссудативный плеврит может иметь как острое, так и постепенное начало. Иногда экссудативному плевриту предшествует сухой плеврит. По мере накопления жидкости в плевральной полости боли исчезают, а одышка нарастает.

При перкуссии над местом скопления жидкости определяется тупой перкуторный звук. При аускультации здесь же определяется полное отсутствие дыхательных шумов.

На рентгенограмме грудной клетки определяется гомогенное затемнение.

Для уточнения причины экссудативного плеврита проводится диагностическая плевральная пункция.

Лечение плевритов

Этиотропное лечение – это лечение основного заболевания. При плевритах необходимо проводить симптоматическое лечение, направленное на устранение основных симптомов.

1. Сухой плеврит

Для уменьшения боли требуется положение пациента на больном боку, применение согревающего компресса с тугим бинтованием (для уменьшения экскурсии грудной клетки), горчичников, парафиновых аппликаций (если нет противопоказаний для простейших физиопроцедур).

Для уменьшения сухого рефлексорного кашля по назначению врача применяются противокашлевые препараты (кодеин и др.).

2. Экссудативный плеврит

Для уменьшения выраженности одышки врачом производится плевральная пункция с эвакуацией всего или части экссудата. Медсестра должна провести психологическую подготовку пациента к процедуре, необходимый инструментарий, а также ассистировать врачу при проведении пункции.

Также необходимо осуществлять мероприятия согласно стандарта «Одышка, связанная со скоплением жидкости в плевральной полости».

После рассасывания экссудата требуется проведения массажа и дыхательной гимнастики для профилактики спаек.

С целью компенсации потери белка необходимо полноценное питание, богатое белками и витаминами.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Абсцесс легкого: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
2. Клиническая картина абсцесса легкого.
3. Возможные осложнения абсцесса легкого.
4. Клинические исходы абсцесса лёгких.
5. Принципы лечения и ухода за пациентом с абсцессом легкого.
6. Бронхоэктатическая болезнь: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
7. Клиническая картина бронхоэктатической болезни.
8. Осложнения бронхоэктатической болезни.
9. Мероприятия, улучшающие бронхиальный дренаж.
10. Принципы лечения бронхоэктатической болезни.
11. Плеврит: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
12. Классификация плевритов.
13. Клиническая картина сухого и экссудативного плевритов.
14. Принципы лечения плевритов.

Задания для самостоятельной работы

Задание 1. Дайте определение.

Сухой плеврит –

Экссудативный плеврит –

Бронхоэктатическая болезнь –

Абсцесс легкого –

Задание 2. Перечислите, какое оснащение медсестры должна приготовить для проведения плевральной пункции.

Задание 3. Опишите действия медсестры при проведении плевральной пункции.

Задание 4. Решите задачу.

Больной Н., 46 лет, находится на лечении с диагнозом: экссудативный плеврит справа. Данные сестринского обследования: жалобы на одышку в покое, слабость, повышение температуры, отсутствие аппетита, нарушение сна из-за одышки, кашель со скудной мокротой. Болен пятый день, заболевание началось с кашля и общего недомогания, к врачам не обращался.

Хронических заболеваний не отмечает, аллергический анамнез не отягощен, вредных привычек нет.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение в постели вынужденное (сидя). Кожа бледная. Температура тела 37,9°C. Грудная клетка асимметрична за счёт выбухания правой половины; правая половина грудной клетки в дыхании не участвует. ЧДД=34 в мин., одышка смешанная. Дыхание справа ниже угла лопатки не прослушивается; над всей поверхностью левого лёгкого дыхание жёсткое. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС=100 уд. в мин., АД=110/80 мм. рт. ст. Пульс 100 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках.

Живот мягкий, безболезненный.

Пациент растерян, не понимает, что с ним происходит (т.к. никогда ничем не болел), обеспокоен своим состоянием, но от плевральной пункции отказывается.

Задания: 1) Выявите нарушенные потребности и проблемы пациента;

2) Определите цели ухода модель ухода;

3) Составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Эталон решения задачи.

Нарушенные потребности:

Проблемы пациента настоящие:

<i>Из</i>	<i>них</i>	<i>приоритетной</i>	<i>проблемой</i>	<i>является</i>
-----------	------------	---------------------	------------------	-----------------

Потенциальные проблемы:

Цели ухода краткосрочные:

Цели долгосрочные:

План сестринских вмешательств при уходе за больным экссудативным плевритом.

<i>Сестринские вмешательства</i>	<i>Мотивация</i>
<i>1.</i>	<i>1. Для уменьшения нагрузки</i>
<i>2</i>	<i>2. Для уменьшения гипоксии</i>
<i>3. Убедить пациента в</i>	<i>3. Для эффективного лечения.</i>
<i>4. Обеспечить белково-</i>	<i>4.</i>
<i>5.</i>	<i>5. Для своевременной</i>
<i>6. Уход за лихорадящим больным в</i>	<i>6.</i>
<i>7. назначения врача.</i>	<i>7. Для эффективного лечения.</i>
<i>1. Проводить дезинфекцию</i> <i>2.</i>	<i>8. Для профилактики</i>
<i>9. Беседа с пациентом о сущности</i>	<i>9. Для профилактики</i>

ТЕМА 4. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ БРОНХИТАХ

1. Острый бронхит

Острый бронхит – это воспаление трахеи, бронхов и бронхиол, которое характеризуется острым течением и диффузным обратимым поражением преимущественно слизистой оболочки. Острый бронхит является самым распространённым среди заболеваний бронхо-лёгочной системы.

Этиология

Ведущим фактором возникновения бронхита является вирусная инфекция (грипп, парагрипп, аденовирусы) и бактериальная инфекция. Как правило, бактериальная инфекция присоединяется к вирусной в результате снижения под влиянием вирусов местного и общего иммунитета. Кроме экзогенного инфицирования причиной может быть активизация условно-патогенной микрофлоры верхних дыхательных путей. Поэтому пик заболеваемости острым бронхитом приходится на период вспышек ОРВИ.

Предрасполагающие факторы:

- переохлаждение организма;
- риниты, синуситы, снижающие кондиционирующую способность носового дыхания;
- курение;
- употребление алкоголя;
- ОРВИ;
- снижение иммунитета вследствие тяжёлых заболеваний, операций, травм, гиповитаминозов, неполноценного питания и др.

Патогенез

При остром бронхите отмечается отёк и гиперемия слизистой оболочки, гиперсекреция бокаловидных клеток и бронхиальных желёз с выделением слизистого или слизисто-гнойного секрета; иногда присоединяется бронхоспазм.

Всё это приводит к нарушению бронхиальной проходимости и при локализации воспаления в бронхах мелкого и мельчайшего калибра может привести к острой дыхательной недостаточности. Нарушение бронхиальной проходимости способствует ухудшению дренажной функции бронхов, что может стать причиной развития пневмонии.

Клиническая симптоматика

Клинически острый бронхит может протекать самостоятельно или в сочетании с фарингитом (воспалением носоглотки), ларингитом (воспалением гортани), трахеитом.

В зависимости от преимущественной локализации процесса выделяют:

- трахеобронхит (воспаление трахеи и крупных бронхов);
- собственно бронхит (воспаление бронхов крупного и среднего калибра);
- бронхиолит (воспаление мелких и мельчайших бронхов).

Заболевание начинается остро, в некоторых случаях ей предшествует острое респираторное заболевание с соответствующими симптомами: насморк, охриплость голоса, першение в горле, подъём температуры до 37,5-38⁰С, общее недомогание. Основным симптомом бронхита является кашель, сначала сухой,

грубый, болезненный, затем с выделением небольшого количества слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Кашель может вызвать появление болей в мышцах грудной клетки и брюшного пресса.

Через несколько дней кашель становится более продуктивным, количество мокроты увеличивается, она становится менее вязкой и легко отделяется при кашле.

При бронхиолите вследствие развития обструкции бронхиол возникает одышка экспираторного характера.

При аускультации лёгких выслушивается жёсткое дыхание, сухие и влажные хрипы.

В ОАК может быть небольшой лейкоцитоз и ускоренная СОЭ.

На рентгенограмме лёгких определяется незначительное усиление легочного рисунка в прикорневой зоне.

Период общей интоксикации обычно не превышает 5-10 дней, однако кашель продолжается в среднем около 3 недель. В некоторых случаях острый бронхит может иметь затяжное течение или осложняется бронхопневмонией.

Принципы лечения и ухода

1. Постельный режим на период выраженной интоксикации, затем - полупостельный. Лечение, как правило, амбулаторное.
2. Категорический отказ от курения.
3. Обильное питьё (чай с малиной, мёдом, морсы, соки, щелочные минеральные воды в подогретом виде, тёплое молоко с содой и др.)
4. Ингаляции 2% раствора натрия гидрокарбоната.
5. Горчичники на грудную клетку.
6. При малопродуктивном кашле – противокашлевые препараты (кодеин, либексин), муколитические препараты (бромгексин, амброксол)
7. Антибиотики - только при наличии признаков бактериальной инфекции (высокая температура, слизисто-гнойная мокрота, изменения в ОАК): полусинтетические пенициллины, макролиды.
8. При подъёме температуры выше 38С- жаропонижающие препараты (парацетамол, ацетилсалициловая кислота).
9. При выраженном бронхоспазме: эуфиллин, сальбутамол.

Профилактика

1. Закаливание организма.
2. Полноценное питание с достаточным количеством белков и витаминов.
3. Лечение хронических заболеваний ЛОР-органов.
4. Отказ от курения, недопустимость пассивного курения.
5. Отказ от алкоголя.
6. Профилактика вирусных инфекций.
7. Профилактика пылевых и газовых загрязнений.

2. Хронический бронхит

Хронический бронхит – это диффузное, длительно текущее необратимое поражение бронхиального дерева, характеризующееся гиперсекрецией и нарушением дренажной функции бронхов.

Частота хронического бронхита имеет тенденцию к увеличению. В настоящее время хроническим бронхитом страдает от 5 до 10% населения промышленно развитых стран.

Этиология

Главной причиной хронического бронхита является длительное воздействие на слизистую оболочку бронхов вредных примесей к вдыхаемому воздуху, в первую очередь, элементов табачного дыма. Существенное значение имеют производственные факторы (запылённость и загазованность рабочих мест), меньше - общая загрязнённость воздушного бассейна. Большую роль играет патология ЛОР-органов (вследствие нарушения кондиционирующей функции носового дыхания).

Патогенез

Под влиянием перечисленных факторов происходит перерождение эпителия бронхов. Происходит гипертрофия слизистых желёз и увеличение количества слизеобразующих бокаловидных клеток эпителия бронхов, постепенно замещающих ресничные клетки, ответственные за эвакуацию слизи и механическое очищение бронхов от пылевого и микробного загрязнения.

Одновременно происходит увеличение вязкости секрета и уменьшение его антимикробных свойств. Это ведёт к застою слизи вместе с содержащимися в ней загрязнениями и способствует развитию внутрибронхиальной инфекции.

Внутрибронхиальная инфекция течёт с периодическими обострениями, причинами которых бывают неблагоприятные погодные условия, переохлаждение, заражение вирусной инфекцией. Нарушение дренажной функции бронхов и снижение местного иммунитета приводит к возможности развития пневмоний. Прогрессирующее течение хронического бронхита приводит к развитию эмфиземы лёгких, пневмосклероза и легочного сердца.

Клиническая симптоматика

Клиническая симптоматика зависит от преимущественной локализации патологического процесса. При локализации воспаления в бронхах крупного и среднего калибра у пациента появляются симптомы необструктивного бронхита.

При преимущественном поражении мелких и мельчайших бронхов развивается клиника обструктивного бронхита.

Необструктивный бронхит

Заболевание развивается чаще у мужчин, контактирующих с патогенными факторами (курение, производственные вредности). Начинается, как правило, незаметно, в относительно молодом возрасте с кашля (преимущественно по утрам, с необильной слизистой мокротой), которому пациенты обычно не придают значения. Нередко заболевание обращает на себя внимание лишь после того, как на фоне уже существующего хронического бронхита возникает пневмония, которая в таких случаях ошибочно расценивается пациентом как начало заболевания. Выраженная клиническая картина чаще всего формируется к 40-50 годам или в пожилом возрасте. Заболевание протекает с периодами обострения и ремиссий.

Период ремиссии характеризуется кашлем с большим или меньшим количеством мокроты и симптомами интоксикации: общим недомоганием, слабостью, снижением трудоспособности.

Во время обострения, связанного, как правило, с переохлаждением или вирусной инфекцией, кашель усиливается, мокрота становится более обильной, иногда приобретает слизисто-гнойный характер, появляется субфебрильная температура, недомогание, потливость, озноб.

При аускультации лёгких определяется жесткое дыхание, рассеянные сухие и влажные хрипы, особенно в утренние часы до откашливания.

Обструктивный бронхит

Ведущим симптомом обструктивного бронхита является постепенно прогрессирующая экспираторная одышка, значительно усиливающаяся при обострении. Также больного беспокоит приступообразный малопродуктивный кашель.

При осмотре отмечается бочкообразная форма грудной клетки, диффузный цианоз, пальцы в форме барабанных палочек, ногти - часовых стёкол.

При перкуссии лёгких определяется коробочный перкуторный звук.

При аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы.

При развитии декомпенсированного легочного сердца появляются признаки правожелудочковой сердечной недостаточности: набухание шейных вен, отёки, увеличение и болезненность печени.

Данные дополнительного обследования: в ОАК при обострении – лейкоцитоз, ускоренное СОЭ; при спирографии: понижение ОФВ (объёма форсированного выдоха) ниже 75% и теста Вотчала-Тиффно (ОФВ/ЖЕЛ) ниже 60%.

Принципы лечения и ухода

1. Категорический отказ от курения.
2. Рациональное трудоустройство с исключением вредных производственных факторов.
3. В период обострения: полупостельный режим в домашних условиях, в тяжёлых случаях – госпитализация.
4. Питание с повышенным содержанием белка и витаминов.
5. Антибактериальная терапия: а/б (полусинтетические пенициллины, макролиды, аминогликозиды, цефалоспорины и др.).
6. Муколитические и отхаркивающие препараты.
7. При выраженном бронхоспазме: метилксантины (эуфиллин), бета2 – агонисты (сальбутамол, фенотерол), холинолитики (атровент), комбинированные препараты (беродуал).
8. При толерантности к указанному лечению применяют глюкокортикостероидные гормоны: местного действия (бекламетазон) и системного действия (преднизолон).
9. При упорном, не поддающемся лечению бронхите проводится эндобронхиальная терапия (лечебная бронхоскопия с последующим введением антибиотиков).

10. Поливитамины, аскорбиновая кислота, витамины группы В.
11. Физиолечение.
12. Вибрационный массаж грудной клетки, ЛФК, дыхательная гимнастика.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Бронхит: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
2. Классификация заболевания.
3. Патогенез развития острого бронхита.
4. Клиническая картина острого бронхита.
5. Возможные осложнения острого бронхита.
6. Принципы лечения и ухода за пациентом с острым бронхитом.
7. Патогенез развития хронического бронхита.
8. Клиническая картина хронического бронхита.
9. Возможные осложнения хронического бронхита.
10. Принципы лечения и ухода за пациентом с хроническим бронхитом.
11. Профилактика заболевания.

Задания для самостоятельной работы

Задание 1. Дайте определения:

1. Бронхит – _____
2. Обструкция – _____
3. Одышка экспираторная – _____
4. Бронхоскопия – _____
5. Бронхография _____

Задание 2. Заполните таблицу «Сбор мокроты».

	На общий анализ	На бак. исследование	На атипичные клетки
О чем Вы предупредите пациента перед сбором мокроты?			
Какую емкость Вы ему дадите для сбора мокроты?			
Куда отправите собранную мокроту и как быстро?			
	<i>Как можно быстрее после сбора мокроты</i>		

Задание 3.

Решите задачу.

Больной В., 26 лет, находится на лечении с диагнозом: «Острый бронхит». Жалуется на озноб, ломоту в теле, кашель со скудной слизистой мокротой без запаха, общую слабость, снижение аппетита.

Заболев остро, 12 часов назад, связывает с переохлаждением. Хронических заболеваний не отмечает. Аллергологический анамнез спокоен. Наследственность неотягощена. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. температура тела 38,3°C. Видимого увеличения лимфоузлов нет. Грудная клетка обычной формы, симметрична, обе половины равномерно участвуют в дыхании. ЧДД=20 в мин. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС=96 в мин. АД=110/70 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 96 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный.

Больной тревожен, считает, что очень серьезно болен, требует к себе внимания и активного лечения.

Задание:

1. Определите нарушенные потребности и проблемы пациента.
2. Определите цели ухода и выберите модель сестринского ухода.
3. Составьте план ухода с мотивацией.

Нарушенные потребности: _____

Проблемы пациента настоящие: _____

Из них приоритетные: _____

Потенциальные: _____

Цели краткосрочные: _____

Цели долгосрочные: _____

План сестринских вмешательств при уходе за больным острым бронхитом:

Сестринские вмешательства	Мотивация
1. О режиме	
2. Обеспечить диету №13.	2. Для восполнения энергозатрат.
3. Обильное щелочное питье.	3. Для разжижения мокроты и детоксикации организма.
4, обучить ею	4. Профилактика осложнений, соблюдение эпидрежима.
5.	5. Для анализа мокроты, соблюдения эпидрежима.
	6.
7. Уборка палаты 1% раствором хлорамина.	7. Профилактика внутрибольничной инфекции.
сущности	8.
9. Выполнение врачебных назначений.	9. Для эффективного лечения.

ТЕМА 5. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЁГКИХ

Эмфизема лёгких – это заболевание, характеризующееся патологическим расширением альвеол и деструкцией альвеолярных стенок. Различают первичную эмфизему, возникшую в неповреждённых лёгких (в том числе врождённая эмфизема), и вторичную, возникшую на фоне предшествующих заболеваний органов дыхания (чаще всего на фоне обструктивного бронхита).

Предрасполагающие факторы

1. Вдыхание токсических аэрозолей, табачного дыма, производственные вредности. 2. Нарушение легочной микроциркуляции. 3. Наследственная предрасположенность (генетический дефект эластического каркаса лёгких). 4. Повышение внутриальвеолярного давления при бронхиальной обструкции.

Патогенез

При обструктивном бронхите имеет место клапанный механизм повышения внутриальвеолярного давления. Воздух во время вдоха попадает в альвеолы за счёт усилий дыхательной мускулатуры. Выдох является пассивным актом, поэтому эластических свойств альвеол и грудной клетки при обструкции бронхов может быть недостаточно, чтобы воздух полностью вышел из альвеол за время выдоха. Происходит увеличение количества воздуха в альвеолах, что вызывает перерастяжение альвеолярных стенок и вздутие лёгких. Происходит резкое снижение эластических свойств альвеол, что приводит к ещё большему снижению эффективности выдоха. Возникающая при этом экспираторная одышка приобретает постоянный характер, то есть сохраняется даже после устранения бронхиальной обструкции. Также происходит деструкция стенок альвеол с образованием воздушных полостей – булл.

Клиническая симптоматика

Основной жалобой пациентов, страдающих эмфиземой лёгких, является экспираторная одышка с тяжёлым продолжительным выдохом. Вначале одышка беспокоит пациента при физических или психо-эмоциональных нагрузках, позднее – в покое.

Грудная клетка приобретает бочкообразную (эмфизематозную) форму. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательных мышц грудной клетки и живота, набухание шейных вен на выдохе и при кашле. Диффузный цианоз кожных покровов и видимых слизистых. Перкуторно над лёгкими определяется коробочный звук. При аускультации дыхание ослаблено, имеет жёсткий оттенок, выдох удлинён.

На рентгенограмме лёгких: повышенная прозрачность легочных полей, горизонтальное расположение рёбер, расширенные межрёберные промежутки, низкое стояние куполов диафрагмы, вертикальное расположение сердца.

Спирография: уменьшение ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ, индекса Тиффно.

При прогрессировании эмфиземы у пациента появляются признаки не только дыхательной, но и сердечно-сосудистой недостаточности (декомпенсированное легочное сердце).

Лечение и уход

Специального лечения эмфиземы не существует. Исключаются факторы, которые явились причиной развития эмфиземы, проводится лечение хронического обструктивного бронхита. Для уменьшения одышки требуется подключение резервов дыхания: тренировка выдоха и диафрагмального дыхания. Используется алгоритм ухода при одышке, связанной со снижением эластических свойств альвеол и грудной клетки.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Эмфизема легких: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
2. Патогенез развития эмфиземы легких.
3. Клиническая картина эмфиземы легких.
4. Возможные осложнения эмфиземы легких.
5. Принципы лечения и ухода за пациентом с эмфиземой легких.

Задания для самостоятельной работы

Задание 1. Выберите вариант правильного ответа.

1. Форма грудной клетки при эмфиземе лёгких:

- А) астеническая;
- Б) рахитическая;
- В) гиперстеническая;
- Г) бочкообразная.

2. Перкуторный признак эмфиземы лёгких:

- А) легочной звук;
- Б) укороченный звук;
- В) коробочный звук;
- Г) тимпанический звук;
- Д) тупой звук.

3. Рентгенологический признак эмфиземы лёгких:

- А) повышенная прозрачность легочной ткани;
- Б) очаг затемнения;
- В) полость с горизонтальным уровнем жидкости;
- Г) облаковидные инфильтраты.

Задание 2.

Пациентка М. 20 лет, жалоб активно не предъявляет, из анамнеза – курит в течение 5 лет. При осмотре грудная клетка нормостенической формы, эластична, голосовое дрожание в норме. При перкуссии отмечается коробочный оттенок звука над верхними отделами лёгких. При аускультации жёсткий оттенок дыхания.

1. Объясните, с развитием какого патологического процесса связаны изменения, выявленные при осмотре органов дыхания.

2. Назовите вероятную причину развития данного патологического состояния.

3. Перечислите дополнительные методы обследования, которые необходимо назначить для верификации диагноза.

4. Опишите лечебно-профилактические мероприятия.

ТЕМА 6. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПНЕВМОСКЛЕРОЗЕ

Пневмосклероз – это разрастание в лёгких соединительной ткани и нарушение функции лёгких, возникшие в результате различных патологических процессов.

Этиология

Причинами развития пневмосклероза могут быть:

не разрешившаяся пневмония; хронический бронхит; бронхоэктатическая болезнь; абсцесс лёгкого; туберкулёз; травмы лёгкого; системные заболевания соединительной ткани; застой крови в малом круге кровообращения и др.

Патогенез

При пневмосклерозе происходит замещение функциональных элементов легочной ткани соединительной тканью. В зависимости от выраженности разрастания соединительной ткани различают пневмосклероз, пневмофиброз и цирроз лёгкого. При пневмосклерозе рубцовые изменения в лёгких выражены умеренно, при пневмофиброзе происходит более грубое замещение соединительной тканью лёгких, при циррозе происходит полное замещение альвеол, бронхов и сосудов лёгких грубой, неструктурной соединительной тканью.

Клиническая симптоматика

Незначительное разрастание в лёгких соединительной ткани может никак не проявляться клинически. Диагностика осуществляется с помощью рентгенографии лёгких: обнаруживается усиление легочного рисунка. Однако клиническую симптоматику может давать основное заболевание, которое привело к развитию пневмосклероза.

При массивном замещении лёгких соединительной тканью у пациента появляется одышка, связанная с исключением из акта дыхания участка легочной ткани и уменьшением общей дыхательной поверхности альвеол. При перкуссии выявляется притупление легочного звука, при аускультации – ослабленное дыхание с жёстким оттенком. При спирографии выявляют снижение ЖЕЛ, ФЖЕЛ, индекса Тиффно.

Лечение и уход

Специального лечения пневмосклероза не существует. Проводится лечение основного заболевания. При наличии выраженной одышки на фоне массивного пневмосклероза используется алгоритм ухода при одышке, связанной с исключением из дыхания участка лёгких».

Вопросы для самостоятельной подготовки

- 1.Пневмосклероз: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
- 2.Патогенез развития пневмосклероза.
- 3.Клиническая картина пневмосклероза.
- 4.Возможные осложнения заболевания.
- 5.Принципы лечения и ухода за пациентом с пневмосклерозом.

ТЕМА 7. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Бронхиальная астма (БА) – это хроническое заболевание, проявляющееся симптомами бронхиальной обструкции, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях и гиперреактивность бронхов.

Предрасполагающими факторами в развитии БА являются:

- атопия (наследственно обусловленная склонность к аллергическим реакциям);
- «индукторы» (экзогенные аллергены: домашняя пыль, клещи, пыльца растений, шерсть и перхоть животных, грибки, медикаменты (в том числе аспирин), профессиональные аллергены, пищевые продукты и др.);
- способствующие факторы (низкий вес при рождении, респираторные инфекции, активное и пассивное курение);
- “триггеры” (провоцирующие факторы: помимо “индукторов”, к ним относятся физическая нагрузка, гипервентиляция, метеофакторы, повышенное эмоциональное напряжение, в-блокаторы, желудочно-пищеводный рефлюкс, беременность, обострение синуситов и др.

Патогенез

В основе заболевания лежит аллергическое воспаление в дыхательных путях. Воздействие «индукторов» или аллергенов вызывает выработку антител. Это иммунологическая фаза аллергической реакции. Комплекс антиген – антитело вызывает развитие аллергического воспаления бронхов.

В отличие от банального воспаления, в аллергическом воспалении участвуют не лейкоциты, а эозинофилы и тучные клетки, продуцирующие биологически активные вещества: гистамин, ацетилхолин и др. Это патохимическая фаза аллергической реакции. Биологически активные вещества вызывают бронхоспазм и гиперпродукцию густой вязкой слизи. Это патофизиологическая фаза аллергической реакции.

При БА имеет место непрерывное, персистирующее (“тлеющее”) воспаление бронхов, которое в любой момент при воздействии экзогенных или эндогенных стимулов («триггеров») может проявиться клиническими симптомами. Это объясняет необходимость лечения в межприступный период.

Лечение, проводимое эпизодически, только в период появления респираторных симптомов (обострений астмы) способно лишь временно устранить эти симптомы.

Причинами бронхиальной обструкции являются:

- спазм гладкой мускулатуры стенки бронха;
- отёк слизистой бронхов;
- усиление секреции густой вязкой слизи.

Клиническая симптоматика

Для БА характерны эпизодические появления или усиления симптомов различной степени бронхиальной обструкции:

- затруднённое дыхание, дыхательный дискомфорт, чувство стеснения в груди, приступы кашля, преимущественно в ночное время или рано утром;

- экспираторная одышка с удлинённым выдохом, свистящее дыхание (дистанционные хрипы);
- приступы удушья.

Характерным является обратимость этих симптомов (спонтанно, либо под влиянием бронхолитической или противовоспалительной терапии), их суточная и сезонная вариабельность.

При аускультации лёгких чаще всего определяются сухие свистящие хрипы.

В ОАК и анализе мокроты - большое количество эозинофилов. Важным для диагностики является изучение аллергологического анамнеза, а также проведение аллергических проб (скарификационных, внутрикожных проб или уколочных трик-тестов).

Данные спирографии: Снижение ОФВ1, ФЖЕЛ и индекса Тиффно являются симптомами бронхиальной обструкции.

Наиболее важным методом диагностики и контроля БА является пикфлоуметрия (определение ПОС – пиковой объёмной скорости выдоха – с помощью пикфлоуметра). Этот метод используется больными как способ самоконтроля.

Принципы лечения

Лечение больных БА должно проводиться длительно.

Больные нуждаются в активном обучении принципам самоконтроля за состоянием, в частности, методу пикфлоуметрии.

Обученный пациент может изменять дозы препаратов в зависимости от результатов пикфлоуметрии.

Лечение начинают с устранения контакта с аллергенами, а также неспецифическими раздражителями.

Лекарственная терапия:

1. Противовоспалительные препараты:

А. Ингибиторы тучных клеток:

- кромогликат натрия (интал, ломудал, кромолин)
- недокромил натрия (тайлед)

Б. Глюкокортикостероиды:

а). Местного применения (ингаляционные формы):

- беклометазона дипропионат (бекломет, бекотид)
- флунизолид (ингакорт)
- будесонид

б). Системного действия (для парентерального и орального введения):

- кортизон, гидрокортизон, преднизон, преднизолон, триамцинолон, дексаметазон и др.)

2. Бронходилататоры:

а). Симпатомиметики:

- селективные β_2 -агонисты короткого действия: орципреналин (алупент, астмопент), сальбутамол (альбутерол, вентолин), фенотерол (беротек);
- β_2 -агонисты длительного действия: сальметерол (серевент), форматерол;

β 2-агонисты нельзя применять бесконтрольно! Больным следует ограничивать использование симпатомиметиков до 3-4 раз в сутки (6-8 ингаляций)

б). Антихолинергические средства:

- ипратропиум бромид (атровент)
- беродуал (беротек +атровент)
- тровентол

в). Метилксантины:

- теофиллин
- эуфиллин (аминофиллин, диафиллин, синтофиллин), в том числе пролонгированного действия (теопак, теодур, теотард, дулофиллин, теобиолонг, унифил, эуфилонг и др.).

Обучение пациентов

Пациента необходимо обучить принципам самонаблюдения: рекомендовать вести дневник, где ежедневно отмечать астматические симптомы с их оценкой в баллах, и научить контролю за функциональным состоянием дыхательной системы путём пикфлоуметрии.

Пикфлоуметр – прибор для определения пиковой скорости выдоха. Максимальная скорость выдоха, определяемая пикфлоуметром, зависит главным образом, от степени сужения бронхов.

Пикфлоуметр при ежедневном использовании позволяет определить ранние признаки бронхиальной обструкции (до появления кашля, свистящего дыхания, удушья). Это позволяет корректировать проводимое лечение. Величина пиковой скорости выдоха и её суточная вариабельность характеризуют тяжесть и стабильность течения БА.

Целью проводимого лечения является достижение персонального лучшего показателя 80% и более. “Персональный лучший показатель” определяется при 2-3недельном мониторинговании пиковой скорости выдоха в период максимально достижимого благополучия. Больного следует научить правильно ориентироваться в своём состоянии для проведения необходимых мероприятий.

С этой целью используется система зон.

Зелёная зона указывает на благополучие в состоянии больного, астма находится под контролем. Симптомы отсутствуют или выражены минимально, не вызывая нарушения двигательной активности и сна. Пиковая скорость выдоха более 80% должного. В этом периоде уточняется необходимый больному уровень поддерживающей терапии.

Жёлтая зона: требует повышенного внимания. Отмечается постепенное или более быстрое нарастание астматических симптомов. Пиковая скорость выдоха 50-80%. Необходимо усиление лечебных мероприятий. При умеренном нарастании симптомов больной может самостоятельно усилить терапию, в более тяжёлых случаях показано врачебное вмешательство.

Красная зона: сигнал тревоги. Характерно значительное нарастание симптомов, пиковая скорость выдоха менее 50%. Требуется срочное врачебное

вмешательство, усиление лечебных мероприятий, обычно парентеральное введение препаратов.

Вопросы для самостоятельной подготовки

- 1.Бронхиальная астма: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
- 2.Классификация заболевания.
- 3.Патогенез развития бронхиальной астмы.
- 4.Клиническая картина заболевания.
- 5.Возможные осложнения бронхиальной астмы.
- 5.Принципы лечения и ухода за пациентом с бронхиальной астмой.
- 6.Пикфлоуметрия, правила обучения пациентов.
- 7.Профилактика бронхиальной астмы.

Задания для самостоятельной работы

Задание 1. Дайте определение.

Бронхиальная астма – _____

Аллерген – _____

Атопическая бронхиальная астма – _____

Инфекционно-аллергическая бронхиальная астма – _____

Задание 2. Перечислите аллергены.

Инфекционные – _____

Неинфекционные – _____

Задание 3. Укажите стрелками соответствие.

Антибиотики

Глюкокортикоиды

Сульфаниламиды

Бронхолитики

Раствор димедрола 1% 1мл
Таблетки эритромицина по 0,25
Раствор дексаметазона 0,4% 1мл
Раствор анальгина 50% 2мл
Таблетки индометацина 0,025
Таблетки «Бисептол 480»
Таблетки эуфиллина 0,15
Раствор нитроглицерина 1%

Задание 4. Решите задачу.

Вы – медсестра пульмонологического отделения. Вас пригласили к больному, страдающему бронхиальной астмой.

Данные сестринского обследования: жалобы на удушье. Ухудшение наступило резко, после вдыхания запаха апельсина (сосед по палате разрезал апельсин). Страдает бронхиальной астмой в течение 20 лет.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

[illegible]

ТЕМА 8. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО

Рак лёгкого – это злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителиальной ткани бронхов или альвеол.

Рак лёгкого занимает первое место среди опухолей и составляет примерно 15% от их общего количества. В промышленно развитых странах отмечается тенденция к росту заболеваемости раком лёгких. У мужчин рак лёгкого встречается в 6 раз чаще, чем у женщин.

Этиология и патогенез

Увеличение заболеваемости раком лёгких напрямую связано с широким распространением курения и загрязнением воздушной среды в промышленно развитых странах. Наибольшее значение в развитии рака лёгкого играет вдыхание табачного дыма. У курящих рак лёгкого развивается в 10 раз чаще, чем у некурящих. Заболеваемость зависит от стажа курения и количества выкуриваемых сигарет.

Среди курильщиков заболеваемость в 2 раза выше у лиц, проживающих в промышленно развитых городах. Это объясняется загрязнением атмосферы автомобильным транспортом и промышленными предприятиями. Пассивные курильщики подвергаются риску развития раком лёгкого ещё в большей степени, чем курильщики активные, так как выдыхаемый табачный дым содержит ещё более патогенный состав.

Особую роль играют профессиональные вредности (пыль, химические канцерогены, ионизирующая радиация, загрязнение атмосферы соединениями асбеста, никеля, радона, мышьяка, хрома, кадмия).

Способствуют развитию рака хронические заболевания лёгких: туберкулёз, бронхит, пневмония.

С увеличением возраста повышается вероятность заболевания раком лёгкого.

В патогенезе рака лёгкого главным считают процессы дисплазии и метаплазии эпителия бронхов под влиянием патогенных факторов. Происходит изменение структуры ДНК и клетки приобретают свойства опухолевых клеток.

Международная классификация рака лёгкого по системе TNM

T – первичная опухоль

Tis – прединвазивный рак (carcinoma in situ)

T0 – первичная опухоль не определяется

T1 – опухоль до 3 см в диаметре

T2 – опухоль более 3 см в диаметре

T3 – опухоль лёгкого любого размера с переходом на соседние органы

Tx – любая опухоль, которая не может быть выявлена

N – региональные лимфоузлы

N0 – нет

N1 – поражение лимфоузлов перибронхиальных и корня лёгкого

N2 – поражение лимфоузлов средостения

Nx – недостаточно данных для оценки лимфоузлов

M – отдалённые метастазы

M0 – отсутствуют

M1 – имеются отдалённые метастазы

Mx – недостаточно данных для выявления.

Группировка по стадиям:

Скрытый рак: TхNoMo

1а стадия: T1NoMo или T2NoMo

1б стадия: T1N1Mo

2 стадия: T2N1Mo

3 стадия: T3N0-1M0 или T0-3N2Mo

4 стадия: T0-3N0-2M1

Клиническая симптоматика

В зависимости от локализации различают центральный и периферический рак лёгкого. Центральный рак составляет 72%, а периферический - 28% от общего количества.

Прогноз заболевания и лечебная тактика определяются морфологической структурой опухоли. Так называемый мелкоклеточный рак обладает высокой способностью к генерализации и метастазированию, что делает прогноз неблагоприятным, а хирургическое лечение часто нецелесообразным.

Немелкоклеточный рак имеет более благоприятный прогноз, и хирургическое лечение при этой форме является основным методом, позволяющим обеспечить высокую выживаемость больных.

Начальные стадии рака лёгкого клинически не проявляются, поэтому чаще всего выявляются формы рака 2 и более стадий. Первые клинические симптомы рака лёгкого неспецифичны: кашель (вначале сухой, затем с незначительным количеством мокроты); кровохарканье (обычно скудное в виде прожилок крови), одышка при движении. Также отмечается повышение температуры до субфебрильных цифр, постоянная слабость. Эти симптомы более характерны для центрального рака лёгкого, тогда как периферический рак обычно имеет бессимптомное течение и клинически проявляется на стадии отдалённых метастазов. В ряде случаев первыми признаками рака лёгкого могут быть увеличенные надключичные лимфоузлы, либо симптомы, обусловленные распространением и прорастанием опухоли в соседние органы и ткани: например, осиплость голоса при сдавлении возвратного нерва или односторонний отёк шеи, лица, руки при сдавлении верхней полой вены.

Позднее развиваются метастазы в плевру с явлениями экссудативного плеврита, в печень, лимфатические узлы, мозг, кости и другие органы.

Диагностика

Для диагностики рака лёгкого основное значение имеет рентгенологический метод исследования (флюорография, обзорная рентгенография, томография), компьютерная томография, магниторезонансная томография, бронхоскопия, цитологическое исследование мокроты, бронхиального секрета или плеврального экссудата, радионуклидное исследование, ангиография, ультразвуковое исследование, трансторакальная пункция, медиастиноскопия, диагностические торакоскопия или торакотомия.

Принципы лечения

Применяются хирургический, лучевой, химиотерапевтический, комбинированный (включающий два метода) и комплексный (включающий три и более) методы лечения рака лёгкого. Выбор метода определяется гистологической структурой опухоли, распространённостью процесса, функциональным состоянием органов и систем. В случае мелкоклеточного рака лёгкого ведущим методом лечения является химиолучевой, а при немелкоклеточном – хирургический, комбинированный и комплексный.

Хирургическое лечение показано в случаях, когда возможно полное удаление поражённых тканей, то есть при I и II клинических стадиях болезни.

Комбинированное и комплексное лечение используют у больных со III и IV стадией опухолевого процесса.

Лучевая терапия как самостоятельный метод может быть проведена по радикальной или паллиативной программе. Также она может быть использована в качестве симптоматического лечения, например, для обезболивания при отдалённых метастазах.

Химиотерапию как отдельный метод проводят в случае невозможности проведения других методов лечения из-за распространённости процесса, а также при рецидиве болезни, когда возможности других методов лечения исчерпаны. В ряде случаев химиотерапия проводится до или после хирургического лечения и лучевой терапии, особенно в случаях мелкоклеточного рака. В качестве средств химиотерапии используются: цисплатин, карбоплатин, этопозид, гемцитабин, винорелбин, доцетаксел, паклитаксел, циклофосфамид и др.

Осложнения химиотерапии

1. Местное раздражающее действие (токсические дерматиты, воспалительные инфильтраты и некрозы подкожно-жировой клетчатки, флебиты, асептические циститы и серозиты).

2. Диспептический синдром (тошнота, рвота), лекарственная лихорадка.

3. Поражение кожи и её придатков (выпадение волос), слизистых оболочек.

4. Нарушение репродуктивной функции.

5. Нейротоксическое, гепатотоксическое, кардиотоксическое, панкреотоксическое действие, поражение лёгких, мочевыделительной системы, свёртывающей системы крови, зрительного аппарата, эндокриннообменные нарушения, хромосомные нарушения, тератогенное и канцерогенное действие.

6. Иммунодепрессивное действие (присоединение бактериальных, грибковых, вирусных инфекций).

7. Аллергические реакции.

8. Аутоиммунные реакции (лейкопения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитическая анемия).

Паллиативная помощь онкологическим больным

Паллиативная помощь – это активная всеобщая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются лечению, направленная на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента.

Целью паллиативной помощи является создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни.

Качество жизни означает субъективное удовлетворение, испытываемое и / или выражаемое индивидуумом.

Если пациент до самого конца живёт настолько активно и полноценно, насколько это только для него возможно, и на протяжении всего периода болезни, а также в момент смерти не оставлен один, а его семье предоставлена система поддержки, то можно считать цель помощи достигнутой.

Компоненты паллиативной помощи:

- общий уход за пациентом;
- контроль симптомов и симптоматическое лечение;
- реабилитация, цель которой – помочь пациентам достичь и поддержать максимальную физическую, психологическую и социальную форму;
- психотерапия;
- социальная и психологическая поддержка семьи во время болезни пациента и в период утраты;
- обучение (пациента, его семьи, медицинских работников, добровольных помощников – волонтеров);
- исследования (для улучшения качества паллиативной помощи в дальнейшем).

Основные задачи медицинской сестры при оказании паллиативной помощи:

- Общий уход.
- Контроль симптомов и проведение симптоматической терапии.
- Психологическая поддержка пациента и членов его семьи.
- Обучение пациента и членов его семьи.

1. Общий уход

Проведение эффективного ухода требует составления плана. Планированию помогает составление карты предпочтений пациента: во сколько он просыпается, курит или нет, предпочитает ванну или душ, любимые блюда и напитки, в каком часу ложится спать, любимое занятие и др.

При планировании и осуществлении ухода следует стремиться к сохранению самостоятельности и независимости пациента от окружающих. Необходимо поощрять и стимулировать пациента к полному или частичному самообслуживанию, за исключением ситуаций, когда это может быть опасно.

Постель

Если пациент перестал вставать с постели, кровать становится для него местом постоянного пребывания.

1. Днём желательно помочь пациенту посидеть несколько часов (если позволяет его состояние).

2. Необходимо подобрать пациенту удобную кровать, матрас, одеяло, необходимое число подушек, при необходимости - щит.

3. Ежедневно утром, каждый раз после еды и перед сном встряхивать и расправлять простыню.

4. Расположить необходимые для самоухода вещи так, чтобы пациенту было легко дотянуться и воспользоваться ими.

Запах

При неприятном запахе в помещении необходимо протирать поверхности растворами уксуса или соды, или поставить миску с одним из этих растворов. Применение аэрозолей нежелательно, так как это приведёт к наслаиванию и усилению запаха.

Боль

Боль испытывают от 75 до 95 % инкурабельных онкологических больных. Боль оказывает непосредственное влияние на повседневную активность больного: сон, настроение, способность работать, объём движений, отношения с окружающими.

На интенсивность боли влияют различные факторы.

Факторы, повышающие субъективное восприятие боли:

- Соматический источник: наличие других тяжких симптомов (тошнота, рвота, слабость), побочные эффекты от лечения.
- Депрессия, вызванная утратой социального положения, источника дохода, утратой роли в семье, хронической бессонницей, чувством беспомощности, уродством, предстоящей смертью и др.
- Гнев, вызванный прекращением посещений друзей, родственников, молчанием врачей, отсутствием результатов лечения.
- Тревога, вызванная страхом госпитализации, болью или ожиданием её, страхом смерти, неуверенностью в будущем, душевным беспокойством.

Факторы, повышающие порог болевой чувствительности:

- Сон, отдых, проявления внимания, дружеское общение, понимание, антидепрессанты, транквилизаторы, анальгезия.

Так как на боль одновременно влияют различные по своей природе факторы, то и лечение должно быть всеобъемлющим, а не ограничиваться только медикаментозными методами.

Способы облегчения болей:

- повышение порога болевой чувствительности;
- прерывание путей распространения боли (хирургические методы, химио- и лучевая терапия);
- иммобилизация, изменение образа жизни (например, ограничение двигательной активности).

Медикаментозное лечение хронических болей:

1. Опиаты:

- слабые (кодеин);
- сильные (морфин, просидол, омнопон).

2. Ненаркотические анальгетики (аспирин, парацетамол, ибупрофен, ортофен, индометацин, напроксен, баралгин).

3. Ко-анальгетики (глюкокортикостероиды: дексаметазон; антидепрессанты: амитриптилин; противосудорожные: финлепсин;).

4. Вспомогательные препараты (спазмолитики, противорвотные, снотворные, седативные, холинолитики, нейролептики, противосудорожные, слабительные и др.).

Методы немедикаментозного обезболивания:

1. Массаж.
2. Дыхательные упражнения (отвлекающая методика).
3. Релаксационные упражнения.

Наиболее часто встречающиеся психологические проблемы пациента

1. Страх смерти, боли и других повреждающих факторов.
2. Страх наркотической зависимости при применении наркотических препаратов для обезболивания.
3. Снижение чувства собственного достоинства и значимости.
4. Чувство вины перед близкими родственниками (чаще детьми), беспокойство о своём будущем и будущем семьи.
5. Гнев, обращённый на родственников, медицинских работников, на себя.
6. Депрессия.
7. Одиночество.
8. Изоляция и самоизоляция.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Рак легкого: определение, причины возникновения и развития заболевания, факторы риска.
2. Классификация заболевания.
3. Патогенез развития рака легкого.
4. Клиническая картина заболевания.
5. Возможные осложнения рака легкого.
5. Принципы лечения и ухода за пациентом с раком легкого.
6. Принципы паллиативной помощи пациентам с раком легкого.
7. Способы облегчения болей.

Задания для самостоятельной работы

Задание 1. Дайте определение.

Рак лёгкого – _____

Паллиативная помощь – _____

Химиотерапия – _____

Задание 2.

Мужчина 46 лет, обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты. Похудел на 6 кг за 3 мес. Курит в течение 30 лет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,90С. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см,

плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы, перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Установите контакт с пациентом. О каком заболевании идет речь?
2. Выделите приоритетные и потенциальные проблемы пациента и составьте план их решения.
3. Обоснуйте целесообразность обращения медицинской сестры в клиническую, биохимическую лабораторию, рентгенологическое отделение.
4. Обоснуйте необходимость применения лекарственных препаратов, назначенных врачом.
5. Выпишите рецепт на трамадол в таблетках.