



ЛЕКЦИЯ №8

ТЕМА:

«НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»

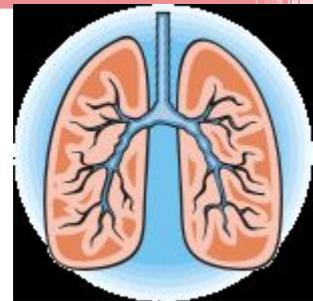
Докладчик: **Аббясов И.Х.** –
директор ГОУ СПО
«Кузнецкий медицинский
колледж», заслуженный
работник здравоохранения,
кандидат медицинских наук,
доцент СамГМУ



ВОПРОСЫ ЛЕКЦИИ:

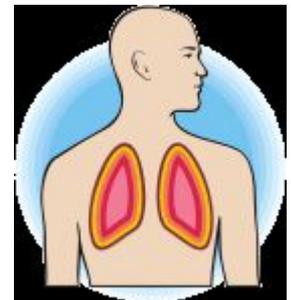
- ▣ **Понятие о заболеваниях бронхов.**
- ▣ **Понятие о хронических обструктивных заболеваниях лёгких (ХОБЛ).**
- ▣ **Понятие о пневмониях**
- ▣ **Понятие о нагноительных заболеваниях лёгких.**
- ▣ **Понятие о заболеваниях плевры**
- ▣ **Организация ухода и профилактика при заболеваниях дыхательной системы.**

Бронхит -воспаление бронхов – заболевание, которое по частоте занимает первое место среди заболеваний органов дыхания. Бронхитом страдают преимущественно дети и лица пожилого возраста. Мужчины болеют чаще, чем женщины, что обусловлено большим контактом с профессиональными вредностями и курением. Бронхит чаще встречается у лиц, проживающих в районе с холодным и влажным климатом, у работающих в сырых каменных помещениях и на сквозняках.



Хронический бронхит –

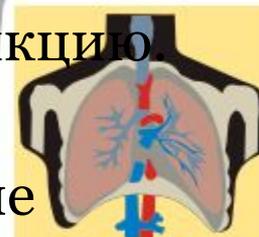
диффузное воспалительное поражение бронхиального дерева, захватывающее не только слизистую оболочку бронхов, но и более глубокие слои их стенок; заболевание, обусловленное длительным раздражением бронхов различными вредными агентами, имеющее прогрессирующее течение и проявляющееся нарушением слизиобразования и дренирующей функции бронхиального дерева. Хронический бронхит, характеризующийся прогрессирующим нарушением бронхиальной проходимости, следует обозначать термином «хронический обструктивный бронхит».



Эмфиземой легких обозначают различные поражения легких, общим признаком которых является повышенная воздушность легких за счет перерастяжения или разрушения альвеол.

Пневмосклероз – избыточное разрастание соединительной ткани в легких, нарушающее их функцию.

Бронхиальная астма – заболевание легких, проявляющееся периодически повторяющимися приступами удушья с затрудненным выдохом, развивающимися в результате нарушения бронхиальной проходимости, в основе которой лежат бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов и повышенное образование слизи, нередко измененного состава.



При всех этих заболеваниях пациент может предъявлять жалобы на:

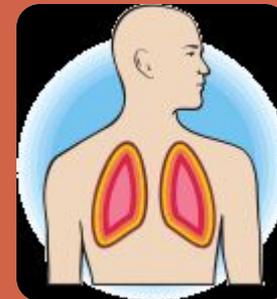
- ✓ одышку (диспноэ);
- ✓ кашель;
- ✓ выделение мокроты.
- ✓ приступы удушья,
- ✓ кашель с трудно отделяемой мокротой.
Кашель чаще возникает в конце приступа, может сопровождаться рвотой; мокрота слизистая, густая, клейкая;
- ✓ заложенность носа, чихание, слёзотечение, зуд глаз.



- При расспросе медицинский работник выясняет обстоятельства возникновения приступа удушья, кашля; чем они вызываются и чем снимаются; какие лекарственные препараты и/или пищу больной не переносит
- Кроме того, больные могут жаловаться на озноб, потливость, слабость, головные боли, снижение аппетита, снижение трудоспособности.
- В анамнезе следует обратить внимание на начало появления жалоб, выяснить их причины по мнению больного, выяснить индивидуальную непереносимость лекарственных веществ, продуктов питания, запахов и т.д.; выявить личностные, профессиональные, семейные особенности пациента.
- Положение в постели, чаще всего, активное; при приступах бронхоспазма - вынужденное.

- **Кожные покровы** могут быть цианотичными, бледными, гиперемированными, с герпетическими высыпаниями. Цианоз больше выражен на губах, мочках ушей, ногтевых ложах, но может быть и диффузным, который особенно заметен на лице, верхней половине туловища, конечностях.
- На шее у больных можно выявить **набухание шейных вен**. У больных с хроническими заболеваниями бронхов часто выявляются **симптомы «барабанных палочек»** - утолщение концевых фаланг пальцев рук и «**часовых стёкол**»- выпуклые ногтевые пластинки.
- *Форма грудной клетки* может быть физиологической (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая) и патологической (эмфизематозная – укороченная, резко расширенная, бочковидная).
- При осмотре обращают внимание на участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания; определяется тип дыхания (грудной или реберный, брюшной или диафрагмальный, смешанный).
- Проводится подсчёт частоты дыхательных движений (в норме 16-20), определяется ритм дыхания. Пальпация грудной клетки проводится с целью выявления болезненных участков.
- Кроме того, оценивается характер пульса, измеряется артериальное давление, измеряется температура тела.

ХОБЛ



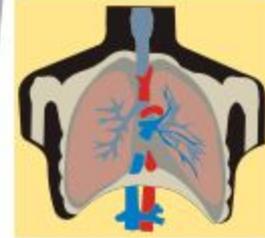
**ГРУППА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ,
ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ
КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТИЧНО
ОБРАТИМОЕ ИЛИ НЕОБРАТИМОЕ
НАРУШЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ
ПРОВОДИМОСТИ (БРОНХИАЛЬНОЙ
ОБСТРУКЦИИ)**

Факторами риска ХОБЛ являются



- **ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ:** КУРЕНИЕ, ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ПЫЛИ И ГАЗОВ В ВОЗДУХЕ, НА ПРОИЗВОДСТВЕ, ЗАГРЯЗНЕНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, НИЗКОЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, ПАССИВНОЕ КУРЕНИЕ, ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ, ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА С;
- **ВНУТРЕННИЕ ФАКТОРЫ:** ДЕФИЦИТ АЛЬФА-1 АНТИТРИПСИНА, СЕМЕЙНЫЙ ХАРАКТЕР НАСЛЕДОВАНИЯ, ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ (ГРУППА КРОВИ А (11), НЕДОНОШЕННОСТЬ, НИЗКИЙ ВЕС ПРИ РОЖДЕНИИ, ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНА Е, БРОНХИАЛЬНАЯ ГИПЕРАКТИВНОСТЬ.

Клиническая картина ХОБЛ



- ❖ **КУРЕНИЕ В АНАМНЕЗЕ, ЧАСТО СО СТАЖЕМ 25 ЛЕТ; КАШЕЛЬ С ВЫДЕЛЕНИЕМ МОКРОТЫ В ТЕЧЕНИИ МНОГИХ ЛЕТ (КАШЕЛЬ ВНАЧАЛЕ ПОЯВЛЯЛСЯ ТОЛЬКО ПО УТРАМ ПРИ ПРОБУЖДЕНИИ, ЗАТЕМ СТАЛ ПРИСУТСТВОВАТЬ В ТЕЧЕНИИ ВСЕГО ДНЯ);**
- ❖ **МОКРОТА ОБЫЧНО СЛИЗИСТАЯ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЙ СТАНОВИТСЯ СЛИЗИСТО-ГНОЙНОЙ, КОЛИЧЕСТВО МОКРОТЫ ОБЫЧНО НЕ ПРЕВЫШАЕТ 50-100 мл в сутки;**
- ❖ **КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ УСИЛИВАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО В ЗИМНИЕ МЕСЯЦЫ И ВО ВРЕМЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. Одышка появляется исподволь, при физической нагрузке, часто сопровождается заложенностью в груди и свистящими хрипами, причём одышка неуклонно прогрессирует. У одной части больных заболевание быстро прогрессирует, частые обострения приводят к развитию дыхательной недостаточности и лёгочного сердца (преобладает хронический бронхит - так называемые «синие отёчники»), у другой - мокроты выделяется мало, но очень выражена одышка, сухие хрипы слышны на расстоянии, больные имеют дефицит массы тела (преобладает эмфизема лёгких - так называемые «розовые пыхтельщики»);**
- ❖ **Большинство же больных ХОБЛ представляют собой смешанный тип, то есть имеют признаки как эмфиземы, так и хронического бронхита.**

Пневмония - острое воспаление легких, возникающее самостоятельно или как осложнение других заболеваний, объединяющее группу различных по этиологии и патогенезу воспалительных (чаще инфекционных) процессов, локализующихся в бронхиолах, альвеолах и распространяющихся на интерстициальную ткань с вовлечением сосудистой системы легких.

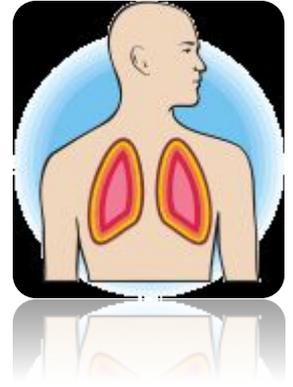
Крупозная пневмония – это острый воспалительный процесс, захватывающий всю долю легкого или ее значительную часть; характеризуется определенной цикличностью патоморфологических изменений и стадийностью клинического течения.

Очаговая пневмония (бронхопневмония). Под термином «очаговая пневмония» объединяются разнообразные по своему происхождению и клиническим проявлениям формы пневмонии, отличительной особенностью которых является вовлечение в воспалительный процесс отдельных участков легкого в пределах сегмента. Дольки или ацинуса. Очень часто очаговая пневмония начинается с поражения бронхов, что дало повод называть бронхопневмонией.

Пациент предъявляет жалобы на



- **кашель**, в начале заболевания-сухой, затем влажный;
- **мокроту**, которая может быть слизистой или слизисто-гнойной; по количеству мокроты может быть от нескольких миллилитров до 100-150 мл в сутки; по цвету - белесая, желтая, зеленоватая или ржавая;
- **кровохарканье** – наличие крови в мокроте. Кровь, выделяемая при кашле, может быть свежей (алой) или изменённой (сгустки);
- **лёгочное кровотечение** – количество выделенной крови превышает 50 мл. При лёгочном кровотечении кровь алого цвета, пенистая, с пузырьками воздуха, реакция щелочная;
- **боль в грудной клетке** – чаще возникает при поражении плевры, локализация боли, в основном, в боковых частях грудной клетки, реже в верхней части живота. Боли усиливаются при вдохе, глубоком дыхании, кашле, при наклоне туловища в здоровую сторону;
- **одышку**, как правило, инспираторную.

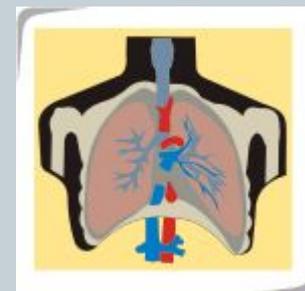


Абсцесс легкого представляет собой гнойное расплавление легочной ткани с образованием одной или нескольких отграниченных полостей, блин, заполненных гноем и окруженных воспалительным валиком (инфильтратом).

Пациент предъявляет жалобы на

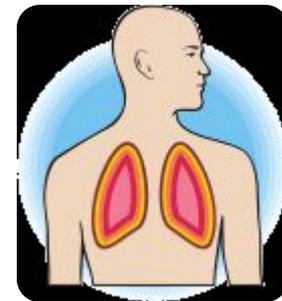


- **влажный кашель**; выясняется количество и качество мокроты, время наиболее интенсивного отхождения, суточное количество мокроты и т.д.;
- при **кровохарканьи** выясняются цвет и количество крови, связь с кашлем, время появления;
- **лихорадка** (её характер, суточные размахи температуры, ознобы, жар, пот).
- При осмотре обращается внимание на цвет кожных покровов, форму пальцев и ногтей, грудной клетки, характер дыхания, подвижность грудной клетки. Подсчитывается пульс, ЧДД, измеряются АД и температура.

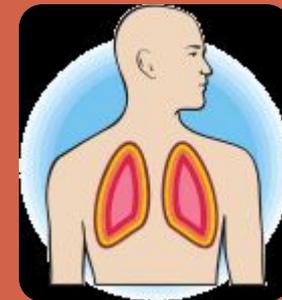


Раком легкого называют

злокачественную опухоль, растущую из эпителия слизистой оболочки бронхов или эпителия легочных альвеол. Среди онкологических болезней рак легкого – одна из наиболее распространенных. В нашей стране занимает второе место у мужчин после рака желудка и третье после рака матки и органов пищеварения у женщин. Рак легкого развивается чаще у мужчин (встречается в 6 раз чаще, чем у женщин), преимущественно в возрасте старше 40 лет, в большинстве случаев у жителей крупных промышленных центров.



ПЛЕВРИТ



ТЕРМИНОМ «ПЛЕВРИТ» ОБЫЧНО ОБОЗНАЧАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ ЛИСТКОВ ПЛЕВРЫ С ОБРАЗОВАНИЕМ НА ИХ ПОВЕРХНОСТИ ФИБРИНА ИЛИ СКОПЛЕНИЕМ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОТА –ЭКССУДАТА ТОГО ИЛИ ИНОГО ХАРАКТЕРА.

Сухой плеврит самостоятельного значения не имеет. Однако, развиваясь первично, он почти всегда представляет собой проявление скрытого протекающей туберкулезной инфекции. Кроме этого, сухой плеврит наблюдается и при нетуберкулезных поражениях легких (пневмонии, нагноительные заболевания, инфаркт легкого). Он может сопутствовать внелегочным процессам (панкреатит, холецистит, поддиафрагмальный абсцесс и пр.).

Эксудативные, или выпотные, плевриты по характеру выпота разделяют на серозно-фибринозные, геморрагические, гнойные, гнилостные и пр. Характер экссудата в известной мере обусловлен той причиной, которая привела к развитию плеврита.

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- ▣ Задача медицинского персонала успокоить больного, вселить в него уверенность в хорошем исходе, сделать все, чтобы он не чувствовал себя обреченным.
- ▣ В остром периоде любого заболевания дыхательной системы сопровождающемся повышением температуры тела, показан постельный режим (постельный режим необходим при всяком лихорадочном состоянии). В состоянии покоя часто уменьшаются одышка и кашель.
- ▣ Воздух в комнате должен быть свежий и чистый, поэтому нужно чаще проветривать помещение. Вместе с тем не следует забывать, что больной должен находиться в тепле и не подвергаться охлаждению.
- ▣ Обслуживая больного на дому, медицинский работник должен следить за тем, чтобы в комнате, где он находится, не курили, не готовили пищу и пр.
- ▣ Уход при хронических заболеваниях органов дыхания состоит из комплекса мероприятий, несколько различных в период обострения и ремиссии. Во всех случаях необходимо исключить контакты с внешними раздражающими факторами (курение, профессиональные вредности), провести санацию очагов инфекции в верхних дыхательных путях.

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- Для лучшего отхождения и разжижения мокроты принимают щелочные и минеральные воды (боржом, бадамлы) и щелочное питье (молоко с содой),
- используют отхаркивающие средства. Препараты из трав следует применять с осторожностью, так как травы могут быть аллергенами.
- Для разжижения слизистого вязкого содержимого бронхов можно использовать паровые ингаляции отваров трав: зверобоя, цветов ромашки, листьев эвкалипта и эфирных масел (анисовое, ментоловое и др.). При хорошей переносимости ингаляции проводят по 5-20 мин несколько раз в течение дня. Температура пара не должна быть слишком высокой во избежание бронхоспазма.
- При болях в грудной клетке ставят горчичники. Показаны согревающие компрессы, тепловые горчичные ножные ванны.
- При влажном кашле предпочтение отдается круговым банкам. С того момента, как начинает увеличиваться отделение мокроты, назначают отхаркивающие средства: мукалтин, настой травы термопсиса, корня алтея, листьев мать-и-мачехи, травы чабреца и пр. Обязателен прием витаминов, особенно аскорбиновой кислоты.

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- ▣ Прежде всего необходимо устранить контакт с аллергеном, если он известен. Легкие приступы бронхиальной астмы могут быть купированы больным самостоятельно вдохом через рот одного из бронхорасширяющих веществ. Иногда достаточно принять препарат в таблетке (эуфиллин). Кроме этого, при приступе удушья любой тяжести применяют горячее щелочное питье, горчичные ножные ванны, горчичники (при хорошей их переносимости) на грудную клетку. Среднетяжелые и тяжелые приступы бронхиальной астмы требуют обязательного парентерального введения лекарственных препаратов и нахождения больного в стационаре.
- ▣ Большинство больных пользуются карманными ингаляторами (астмопент, сальбутамол, беротек). Медицинский работник должен обучить больного пользоваться дозированными ингаляторами. После вдыхания кортикостероидов больной должен обязательно прополоскать рот водой. Это предотвратит возможное развитие кандидоза полости рта.

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- Важное значение для освобождения бронхов от мокроты имеет дыхательная гимнастика, которую больной должен выполнять не менее двух раз в день: утром – с методистом лечебной физкультуры и вечером – самостоятельно.
- Обязательное назначение физиотерапевтических средств воздействия на организм, улучшающих бронхиальную проходимость. В первую очередь это дыхательная гимнастика, с помощью которой улучшается выдох, массаж, индуктотермия, иглорефлексотерапия и пр. В лечении таких больных большое значение имеет психотерапия.
- Этому же способствует массаж грудной клетки и другие физиотерапевтические методы воздействия (диатермия, УВЧ на грудную клетку, электрофорез хлорида кальция и др.).
- Задача медицинского персонала успокоить больного, вселить в него уверенность в хорошем исходе, сделать все, чтобы он не чувствовал себя обреченным.

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- ❑ После стихания обострения больной должен продолжать занятия дыхательной гимнастикой, при возможности использовать санаторно-курортное лечение. Рекомендуется пребывание в санаториях, расположенных на Южном берегу Крыма, в сосновом лесу, степной полосе.
- ❑ В период ремиссии очень хорошее воздействие оказывают пребывание в горной местности, санаторно-курортное лечение в Кисловодске и других курортах Северного Кавказа, а также на Южном берегу Крыма. Иногда благоприятное влияние оказывает перемена места жительства и даже смена мягкой мебели (устранение аллергенов).
- ❑ Контроль за состоянием бронхиальной проходимости должен осуществляться больным с помощью индивидуального прибора, называемого пикфлоуметром.

Формула терапии заболеваний дыхательной системы :



- **дезинтоксикационная терапия:** обильное питье (клюквенный морс, фруктовые соки, чай с лимоном, минеральные воды, молоко – при лёгкой степени тяжести; при средней и тяжёлой – в вену вводят гемодез, полиглюкин, реополиглюкин, физиологический раствор, 5% раствор глюкозы);
- **антибактериальная терапия** зависит от типа возбудителя и тяжести заболевания. Эффективны полусинтетические пенициллины: ампициллин, оксациллин, ампиокс. В настоящее время наиболее активными препаратами этой группы являются моксиклав или аугментин, в состав которых, помимо полусинтетического пенициллина – амоксициллина, входит и клавулановая кислота, обеспечивающая защиту антибиотика от разрушительного воздействия фермента бета-лактамазы. Эти антибиотики применяются каждые 8 часов внутрь по 0,375-0,625 или внутривенно – по 0,6-1,2 г.
- **вспомогательная терапия** включает назначение следующих средств: отхаркивающих - применяют при сильном кашле в начале заболевания кодеин, в период разрешения пневмонии – термопсис, ипекакуану, обильное щелочное питье и пр.; бисептола (можно комбинировать с антибиотиками при средней степени тяжести пневмонии); дыхательных analeптиков (сульфокамфакаин, бемеград и др.) при тяжёлом течении, лицам пожилого возраста и при быстром снижении температуры (кризисе); жаропонижающих при температуре выше 38 °С; глюкокортикоидов при вирусных пневмониях, аллергических реакциях; назначают сосудистые средства: кофеин, камфора; при сердечной недостаточности – строфантин, препараты дегиталиса.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНО - ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:



- Анализ крови клинический: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, при тяжелых пневмониях- лейкопения.
- Анализ крови биохимический: повышения содержания фибриногена, серомукоида, сиаловых кислот, глобулинов, появление С- реактивного белка.
- Рентгенография грудной клетки, компьютерная томография по показаниям.
- Анализ мокроты клинический.
- Анализ мокроты бактериологический с посевом на флору и чувствительностью к антибиотикам.
- Бронхоскопия с биопсией по показаниям.
- УЗИ сердца.
- Анализ мочи общий: умеренная протеинурия, единичные эритроциты



Исследование функции внешнего дыхания:



- ✓ **Спирография**- графическая регистрация объема легких во время дыхания. При частых обострениях и развитии эмфиземы легких снижается ЖЕЛ.
- ✓ **Пневмотахометрия** - регистрация в двухкоординатной системе петли «поток-объем»-скорости экспираторного потока воздуха на середине выдоха. Характерен вогнутый характер кривой выдоха и снижение максимальной объемной скорости на середине выдоха.
- ✓ **Пикфлоуметрия**- метод измерения максимальной (пиковой) объемной скорости воздуха(ПСВ) во время форсированного выдоха после полного вдоха. Пикфлоуметрия проводится несколько раз в течение суток, до и после приема бронхорасширяющих препаратов. Обязательным является
 - ✓ измерение ПСВ утром (разу после подъема), затем через 10-12 часов. Нормальные величины ПСВ можно определить с помощью номограммы.
- ✓ **Пробы с использованием бронходилататоров** - необходимы для уточнения степени обратимости бронхиальной обструкции.
- ✓ **Бронхоскопия.**
- ✓ **Исследование газового состава крови.**
- ✓ **Оценка аллергологического статуса** проводится с целью диагностики атопической (аллергической) формы и выявления причинного аллергена. Применяются кожные пробы (апликационный, скарификационный, внутрикожные методы использования аллергенов).

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. Личная профилактика:

- обучение правильному дыханию с детства;
- занятия физкультурой;
- закаливание (воздушные ванны, обтирания, обливания, бассейн и т.п.);
- последовательная, упорная борьба с курением.

2. Влияние на факторы, значимые для организма человека, экологический и санитарно-гигиенический скрининг, медико-социальный мониторинг.

3. Формирование здорового образа жизни.

4. Долечивание ОРВИ и гриппа.

5. Активное выявление больных с заболеваниями бронхолегочной системы:

- медицинские осмотры при поступлении на работу, учебу;
- скрининг-обследования при любом обращении в поликлинику;
- флюорография;
- постановка диагностических проб;
- активное выявление больных туберкулезом.



СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!