

НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ

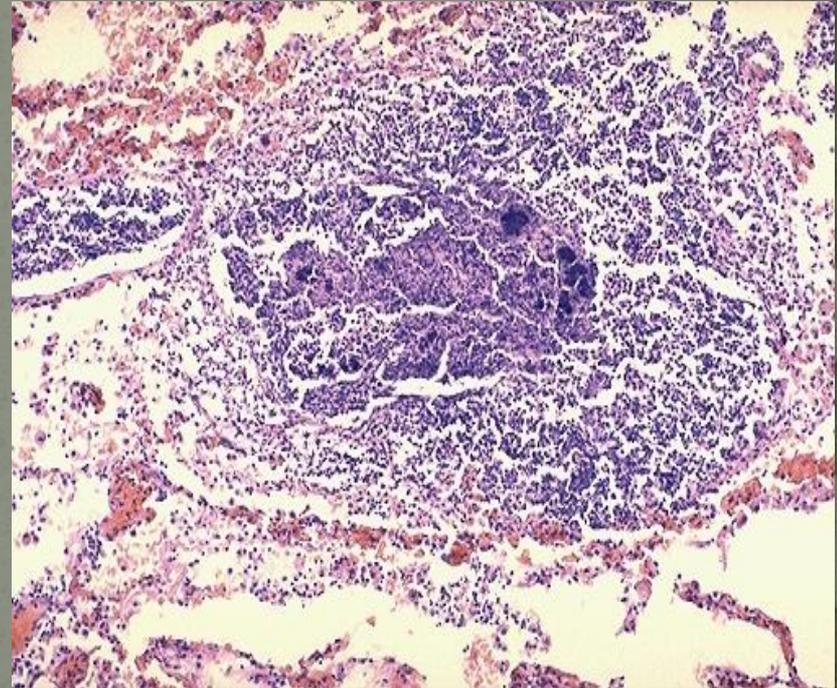
Абсцесс легкого

Абсцесс легкого — неспецифическое воспаление легочной ткани, сопровождающееся ее расплавлением в виде ограниченного очага и образованием одной или нескольких гнойно-некротических полостей.



Этиология

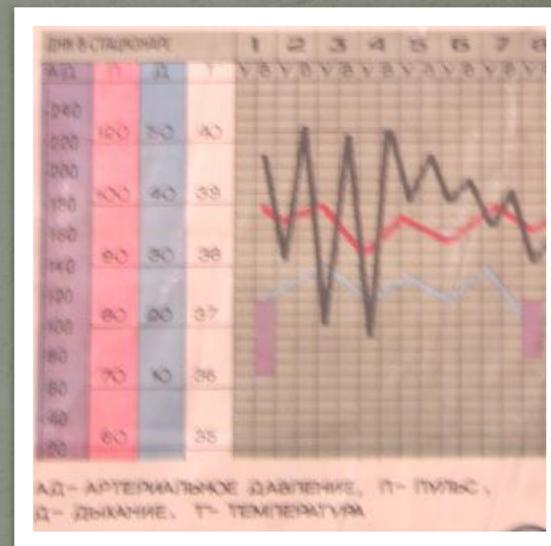
Специфического возбудителя легочных нагноений нет. Этиологическим фактором в развитии нагноительного процесса в легких является смешанная флора с преобладанием стрептококков. Развитие нагноительного процесса в легких и его интенсивность зависят от реактивности легочной ткани и реакции всего организма.



Клинические симптомы

До прорыва гноя в бронх:

- высокая температура тела, ознобы, проливные поты, интоксикация,
- сухой кашель с болями в груди на стороне поражения (при поражении плевры),
- голосовое дрожание усилено,
- при перкуссии легких — укорочение звука над очагом поражения,
- аускультативно — дыхание ослабленное с жестким оттенком, иногда бронхиальное; бронхофония усилена.



После прорыва в бронх:

- приступ кашля с выделением большого количества мокроты (100—500 мл) гнойной, часто зловонной
- голосовое дрожание усилено
- при перкуссии легких — над очагом поражения звук укорочен, может быть тимпанический оттенок за счет наличия воздуха в полости
- аускультативно — дыхание амфорическое, влажные хрипы; бронхофония усилена

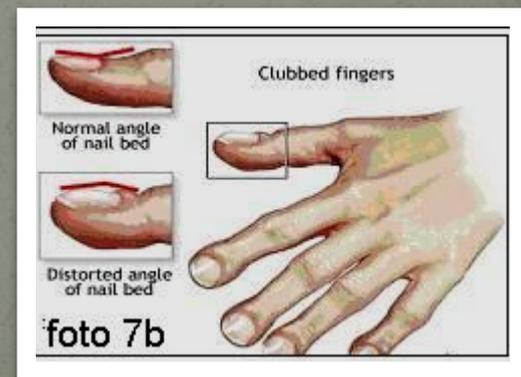
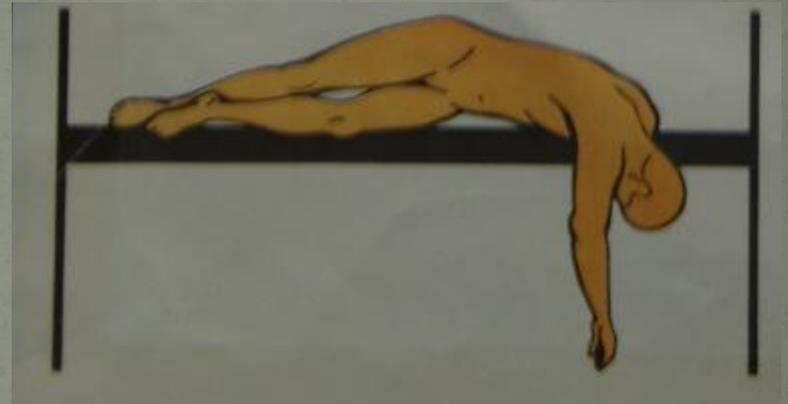


Дренирование

При хорошем дренировании абсцесса

самочувствие больного улучшается, температура тела снижается, в течение 6–8 недель симптоматика абсцесса исчезает.

При плохом дренировании температура тела остается высокой, ознобы, поты, кашель с плохим отделением зловонной мокроты, одышка, симптомы интоксикации, потеря аппетита, утолщение концевых фаланг в виде «барабанных палочек» и ногтей в виде «часовых стекол» (формируется хронический абсцесс лёгких).



Лабораторные данные

Общий анализ крови

лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, токсическая зернистость нейтрофилов, значительное увеличение СОЭ. После прорыва в бронх при хорошем дренировании — постепенное уменьшение изменений. При хроническом течении абсцесса — признаки анемии, увеличение СОЭ

Биохимический анализ крови

увеличение содержания сиаловых кислот, серомукоида, фибрина

Общий анализ мокроты

гнойная мокрота с неприятным запахом, при стоянии разделяется на два слоя, при микроскопии — лейкоциты в большом количестве, эластические волокна, кристаллы гематоидина, жирных кислот.



Инструментальные методы

- *Рентгенологическое исследование:*
- до прорыва абсцесса в бронх — инфильтрация легочной ткани, чаще в сегментах 2, 6, 10 правого легкого
- после прорыва в бронх — просветление с горизонтальным уровнем жидкости.



• Бронхоскопия

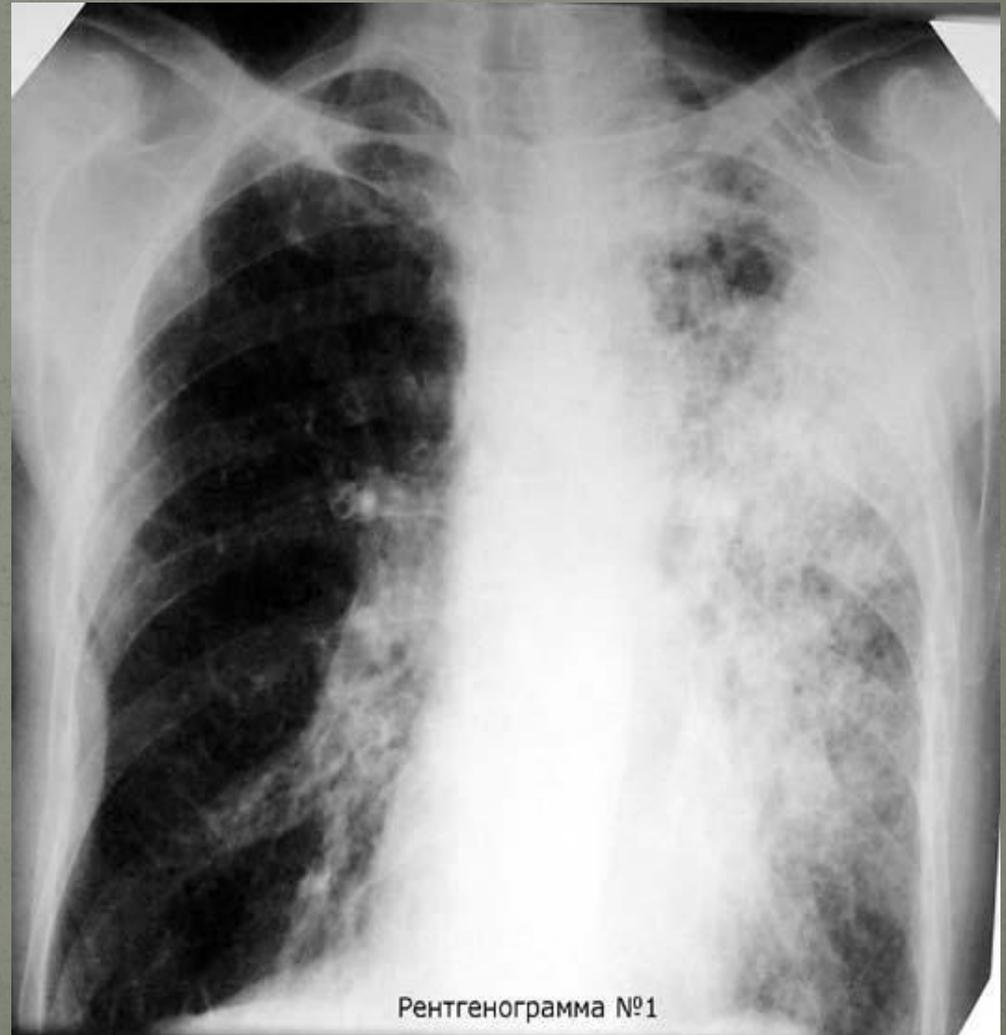


На фоне воспалённого бронха (признаки воспаления: гиперемия, отёк, повышенная кровоточивость слизистой оболочки, мокрота) до вскрытия абсцесса определяется гнойник, а после вскрытия – полость, частично заполненная гнойным содержимым.



Гангрена лёгкого

- Тяжёлое патологическое состояние, отличающееся обширным некрозом и распадом поражённой ткани лёгкого (не склонным к чёткому отграничению) и быстрым гнойным его расплавлением.



Бронхоэктатическая болезнь

Бронхоэктатическая болезнь — приобретенное заболевание, характеризующееся локализованным хроническим нагноительным процессом (гнойным эндобронхитом) в необратимо измененных (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах, преимущественно нижних отделов легких



Классификация

- 1. Клиническое течение (форма):
 - а) Легкое.
 - б) Выраженное.
 - в) Тяжелое.
 - г) Осложненное.
- 2. Фаза: а) Обострение.
 - б) Ремиссия.
- 3. Распространенность процесса:
 - а) Односторонние.
 - б) Двухсторонние.
- 4. Осложнения:
 - а) Легочное сердце
 - б) Легочно-сердечная недостаточность

Формы течения:

- *При легкой форме* у больных наблюдаются 1 —2 обострения в течение года; в периоды длительных ремиссий они чувствуют себя практически здоровыми и вполне работоспособными.
- *При выраженной форме* обострения более часты и длительны, выделяется 50—200 мл мокроты за сутки. Наблюдаются умеренные нарушения дыхательной функции.
- *Для тяжелой формы* бронхоэктазий характерны частые и длительные обострения, сопровождающиеся заметной температурной реакцией. Они выделяют более 200 мл мокроты, часто со зловонным запахом. Ремиссии кратковременны, наблюдаются лишь после длительного лечения. Больные остаются нетрудоспособными и во время ремиссий.

Клинические симптомы

Основные жалобы:

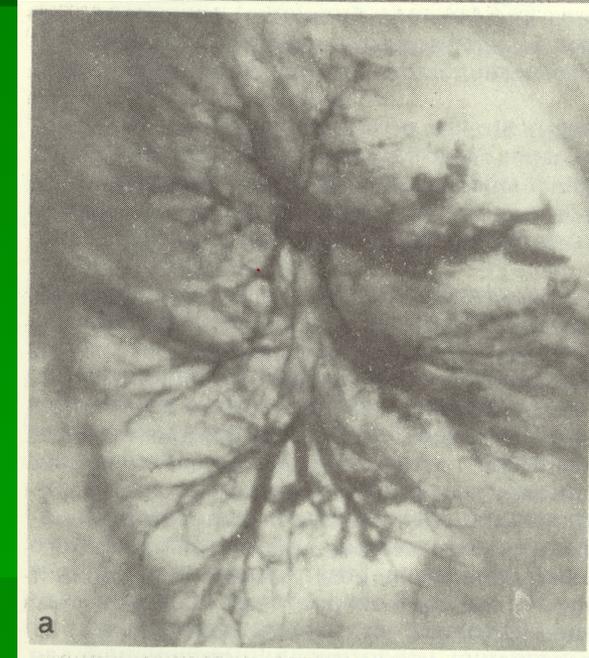
кашель с отхождением гнойной мокроты неприятного запаха, особенно утром («полным ртом»), а также при принятии дренажного положения в количестве от 20—30 до нескольких сотен миллилитров; общая слабость, анорексия, повышение температуры тела; возможно кровохарканье.

При осмотре: бледность кожи и видимых слизистых оболочек, при развитии дыхательной недостаточности — цианоз, одышка; утолщение концевых фаланг («барабанные палочки») и ногтей («часовые стекла»); отставание в физическом и половом развитии.

При пальпации: усиление голосового дрожания над поражённым участком.

При перкуссии: отставание подвижности легких на стороне поражения, притупление перкуторного звука над бронхоэктазами.

При аускультации: жесткое дыхание, сухие и влажные хрипы над очагом поражения.



Лабораторные данные

- **Общий анализ крови:** признаки анемии, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ (в фазе обострения).
- **Общий анализ мочи:** протеинурия.
- **Биохимический анализ крови:** снижение содержания альбуминов, увеличение — «альфа и гамма - глобулинов, а также сиаловых кислот, фибрина, серомукоида в фазе обострения.
- **Общий анализ мокроты:** гнойная; при отстаивании — два или три слоя; в мокроте много нейтрофилов, эластических волокон, могут встречаться эритроциты.



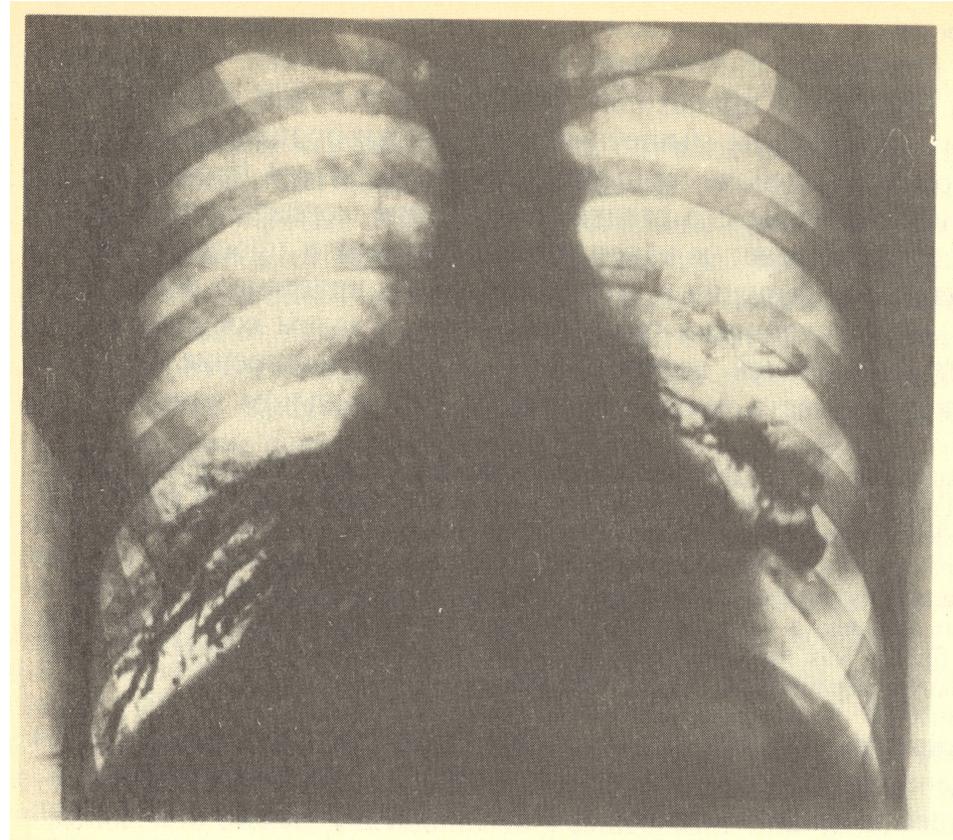
Инструментальные исследования

- **Рентгенография легких:** уменьшение объема пораженной части легкого, смещение средостения в сторону поражения, высокое стояние диафрагмы, усиление, деформация, ячеистость легочного рисунка, иногда интенсивное затемнение резко уменьшенной доли.



Бронхография:

- цилиндрические или мешотчатые расширения бронхов IV, VI порядка, их сближение, деформация, отсутствие контрастирования дистальнее расположенных ветвей.



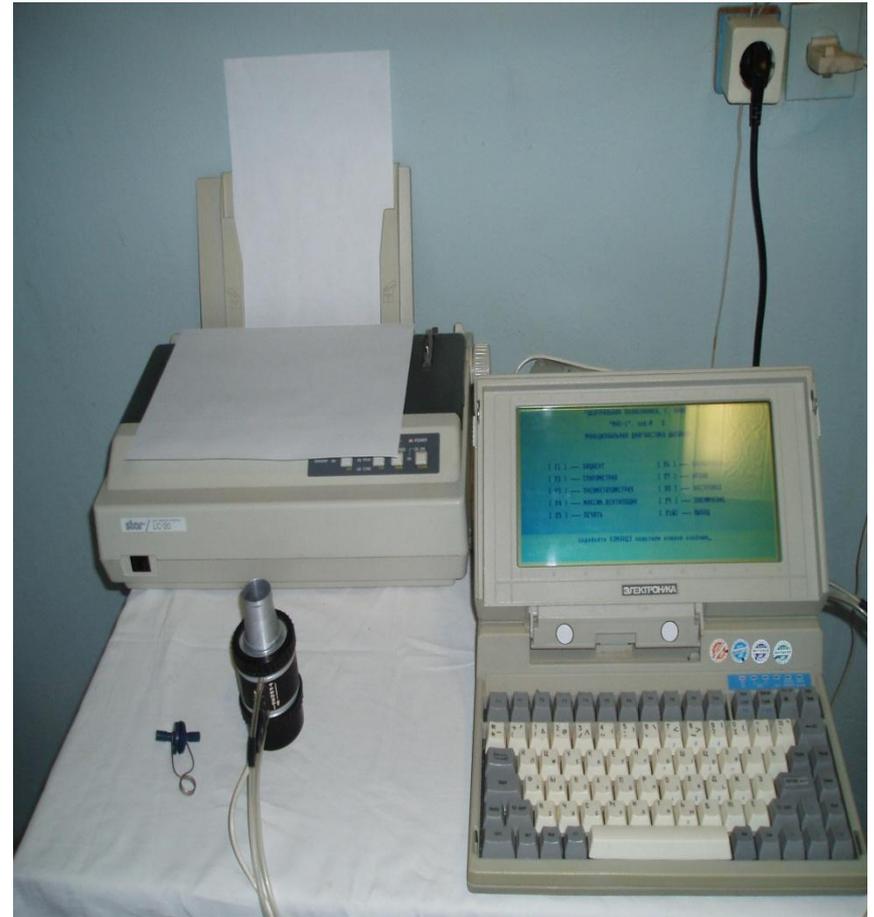
Бронхоскопия:

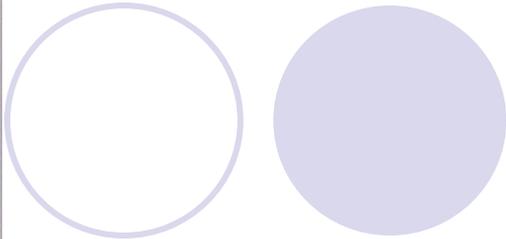
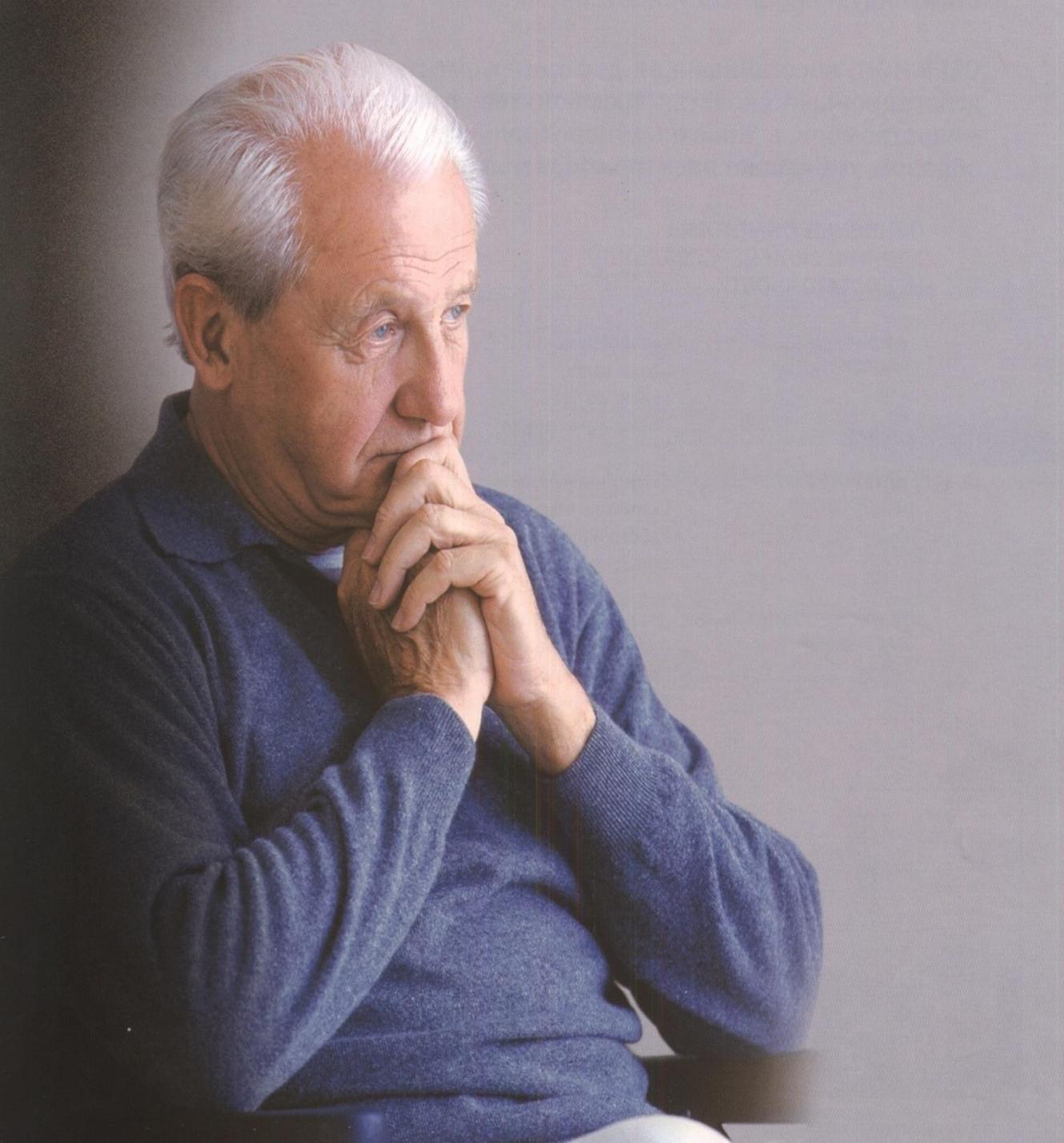


- Выявляются признаки гнойного бронхита, уточняется источник кровотечения.

Спирография:

- выявляется рестриктивный или смешанный тип дыхательной недостаточности.





Особенности
нагноительных
заболеваний
лёгких в
пожилом и
старческом
возрасте

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ПРИЗНАК	АБСЦЕСС ЛЕГКОГО	ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ	РАК ЛЕГКОГО	БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ
Начало заболевания	Острое с ознобами	Чаще «стертое»	«Стертое»	Периодически обострения и ремиссии
Температура	Высокая	Чаще субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная при обострении
Мокрота	Гнилостная, обильная, 3-х-слойная	Серозно-гнойная, без запаха, м.б. кровохаркание	Скудная, слизистая, м.б. кровохаркание	Слизисто-гнойная, 2-х-слойная
Микрофлора мокроты	Разнообразная	Микобактерии туберкулеза	Отсутствует	Разнообразная
Физикальные данные	Разнообразные	Скудные	Скудные	Разнообразные
Локализация процесса	Преимущественно нижние доли	Преимущественно верхние доли	Любая	Преимущественно нижние доли
Стенки полости	Ровные	Гладкие	Неровные	Полости нет
Уровень жидкости в полости	Характерно	Не характерно	Не характерно	Полости нет
Легочная ткань	Инфильтрирована	Фиброз, очаги «рассева»	Не изменена, м.б. метастазы	Ячеистость и деформация легочного рисунка

Критерии	Абсцесс лёгких	Рак лёгких	Туберкулез лёгких
Анамнез	Часто предшествуют грипп, пневмонии	Длительное курение	Наличие в прошлом туберкулеза, контакт с больным туберкулёзом
Кашель	С большим количеством мокроты	Часто мучительный, надсадный с незначительн. количеством мокроты	Незначительный, с небольшим количеством мокроты
Характер мокроты	Гнойная	Слизисто-гнойная, нередко цвета малинового желе, атипичные клетки	Чаще слизистая, БК+
Интоксикация	Выражена	Умеренная	Выражена
Боль в грудной клетке	Изменчивая по интенсивности, непостоянная	Интенсивная, постоянная	Часто отсутствует
Плеврит	Часто осумкованный, нередко гнойный	Часто геморрагический, атипичные клетки в экссудате	Серозно-фибринозный, микобактерии в экссудате
Рентгенологическая картина	Гладкостенная полость с дренирующим бронхом в виде дорожки к корню	Полость с участком просветления в центре, с бугристой внутренней стенкой	Наличие полости с признаками диссеминированных очагов.
Кровь	Высокий нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Нередко умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Часто лимфоцитоз
Антибактериальная терапия	Эффект от антибиотиков	Неэффективна	Эффект от туберкулостатических препаратов

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ.

Методы обследования	Хронический обструктивный бронхит	Абсцесс до прорыва (1 стадия)	Абсцесс после прорыва (2 стадия)	Бронхоэктатическая болезнь
Жалобы	Затяжной кашель с выделением мокроты, экспираторная одышка, температура 38-39 °С при обострении	Общая слабость, кашель с мокротой, боли в груди. Лихорадка в начале высокая, продолжительностью до 12 суток	Кашель со зловонно-гноющей мокротой. Температура снижается. Состояние в этой стадии улучшается	Кашель со зловонной мокротой, кровохарканье, общая слабость, повышение температуры, утомляемость, истощение, анемия, лихорадка неправильного характера при обострении
Осмотр	Цианоз лица, набухание шейных вен	Кожные покровы бледные, цианотичный оттенок, больной заторможен	Показатели постепенно нормализуются	Бледность кожных покровов, пальцы принимают вид «барабанных палочек», ногти - «часовых стекол»
Перкуссия	Коробочный звук	Интенсивное укорочение перкуторного звука	Укороченный перкуторный звук с тимпаническим оттенком	На участке воспаления притупление звука
Аускультация	Жесткое дыхание, гудящие, свистящие хрипы	Дыхание ослаблено, с жестким оттенком	Влажные хрипы	Разнокалиберные хрипы на фоне жесткого дыхания в нижних отделах легкого. Мозаичное дыхание

Методы обследования	Хронический обструктивный бронхит	Абсцесс до прорыва (1 стадия)	Абсцесс после прорыва (2 стадия)	Бронхоэктатическая болезнь
ОАК	Лейкоцитоз, ускорение СОЭ	Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ	Показатели постепенно нормализуются	Лейкоцитоз, ускорение СОЭ
Анализ мокроты	Мокрота слизистогнойная. При исследовании лейкоциты, макрофаги, цилиндрический эпителий.	Мокроты мало, она слизистогнойная. При исследовании лейкоциты, бактерии, эпителий.	Мокрота гнойная, со зловонным запахом. При макроскопии -отрывки тканей. При микроскопии - эластические волокна, лейкоциты	Мокрота гнойная, при отстаивании двух- или трехслойная. Содержатся нейтрофилы, эластические волокна, эритроциты, пробки Дитриха, лейкоциты.
Рентгенологическое исследование	Деформация легочного рисунка, признаки эмфиземы.	Крупноочаговое затемнение с неровными краями и невыраженными контурами.	Полость с уровнем жидкости	Усиление, деформация легочного рисунка.
Бронхография	Диаметр бронхов не изменен			Цилиндрическое или мешотчатое расширение бронхов 4-6 порядка, их сближение, деформация.

Лечение гнойных заболеваний легких



1. Госпитализация при обострении бронхоэктатической болезни, возникновении абсцесса, гангрене лёгкого
2. Постельный режим на весь период лихорадки
3. Диета № 13, после нормализации температуры тела - № 15
4. Тщательный уход за больным

5. Антибактериальная терапия (с учётом чувствительности флоры):



5.1. Эндобронхиальное введение антибиотиков (цефалоспорины, аминогликозиды, тетрациклины) и антисептиков (диоксидин, фурациллин, фурагин, хлорофиллипт)

5.2. В/м или в/в введение антибиотиков (гентамицин, линкомицин, карбенициллин, канамицин, цефазолин, цефатоксин)

5.3. При анаэробной инфекции - метронидазол (трихопол)

5.4. Фторхинолоны (офлоксацин, ципробай, абактал)



6. Санация бронхиального дерева, выведение гнойной мокроты:

- с помощью инсталляций через носовой катетер или при бронхоскопии вводят лечебные растворы антисептиков (10 мл 1% р-ра диоксидина, 10мл 1:1000 р-ра фурацилина), муколитиков (мукозольвин, ацетилцистеин 2мл 10% р-ра);
- постуральный дренаж несколько раз в сутки;
- отхаркивающие средства (бромгексин);
- внутривенное введение 2,4% раствора эуфиллина

7. Дезинтоксикационная терапия:



7.1. Обильное витаминизированное питье до 3 литров в сутки: липовый, малиновый чай, настой шиповника, брусничный, клюквенный морс

7.2. Внутривенно капельно гемодез, изотонический раствор NaCl, 5% раствор глюкозы

7.3. Гемосорбция, плазмоферез, УФО крови



8. Иммуномодулирующая терапия, нормализация общей и легочной реактивности

8.1. Иммуномодуляторы (левамизол, иммунал, тималин, т-активин)

8.2. Адаптогены (настойка женьшеня, экстракт элеутерококка, настойка китайского лимонника, пантокрин)

8.3. Витаминизированное, обогащённое белком питание, переливание альбумина, нативной плазмы

8.4. Витамины, биогенные стимуляторы (алоэ, ФИБС)



9. Санация верхних дыхательных путей:

тщательное
лечение кариозных
зубов, тонзиллита,
фарингита



10. Оксигенотерапия, гипербарическая оксигенация (для уменьшения гипоксемии)

11. Хирургическое лечение

Показания:

- отсутствие эффекта от лечения через 1 - 2 месяца, при осложненных абсцессах (кровохарканье, подозрение на опухоль, эмпиема плевры, пневмоторакс),
- ограниченные в пределах отдельных сегментов бронхоэктазы без выраженного хронического бронхита,
- гангрена лёгкого.





12. Лечебная физкультура, массаж, дыхательная гимнастика, физиотерапевтическое лечение (УВЧ, ингаляции, электрофорез), фитотерапия (корень солодки, чабрец, мать-и-мачеха), санаторно-курортное лечение (южный берег Крыма, юг Украины и Белоруссии)

Диспансеризация при бронхоэктатической болезни

- - осмотр терапевтом - 1-3 раза в год,
- - осмотр пульмонологом, ЛОР - врачом, торакальным хирургом, стоматологом 1 раз в год, фтизиатром – по показаниям,
- - лабораторные исследования (анализ крови, мокроты, мочи, флюорография, ЭКГ, бронхоскопия) - 1-2 раза в год
- - противорецидивное лечение 2 раза в год (весна и осень)



Сестринский процесс при нагноительных заболеваниях легких

I этап. Сестринское обследование.



Медицинская сестра выявляет жалобы и проблемы пациента. Она характеризует каждую жалобу. Если пациент жалуется на влажный кашель, выясняется количество и качество мокроты, время наиболее интенсивного отхождения, суточное количество мокроты и т.д. При кровохарканье важно выяснить цвет и количество крови, связь с кашлем, время появления.



Особое внимание уделяется лихорадке. Необходимо определить её характер, суточные размахи температуры, ознобы, жар, влажность кожи и др. При осмотре медицинская сестра обращает внимание на цвет кожных покровов, форму пальцев и ногтей, грудной клетки, характер дыхания, подвижность грудной клетки. Она считает ЧДД в 1 минуту, пульс, измеряет АД и температуру тела.

II этап. *Определение проблем пациента.*



По данным сестринского обследования медицинская сестра определяет проблемы пациента, например:

- нарушение потребности дышать — продуктивный кашель с отделением большого количества мокроты при обострении БЭБ, вскрытии абсцесса;
- кровохарканье вследствие нарушения целостности сосудистой стенки бронха или в зоне абсцесса (гангрены);
- лихорадка гектического типа до вскрытия абсцесса;
- чувство стеснения, неловкости из-за неприятного запаха мокроты и при дыхании (больной сдерживает кашель).

III этап. *Планирование сестринских вмешательств*



Цель сестринских вмешательств:

в течение первых суток при кашле мокрота будет свободно отходить, не вызывая затруднений в дыхании

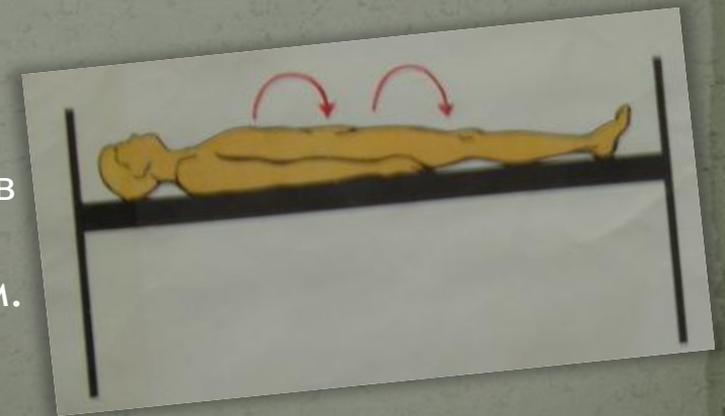
План сестринских вмешательств:

1. Поместить пациента в теплую, хорошо проветриваемую палату.
2. Придать пациенту в постели удобное положение.

3. Обучить пациента позиционному положению

(положению Квинке):

- объяснить суть и цель положения;
- заполнить плевательницу 5% раствором хлорамина или другого дезинфицирующего средства на 1/3 объёма;
- приподнять ножной конец кровати на 20–30° выше уровня пола;
- пациенту поворачивать туловище вокруг своей оси, задержавшись в положении, при котором появляется кашель;
- мокроту откашливать в плевательницу;
- повороты повторять 3–4 раза каждые 15 минут в течение часа утром, в обеденное время и вечером.





4. Для облегчения отделения мокроты медсестра по назначению врача или фельдшера даёт больному муколитические средства (мукалтин, амброксол, ацетилцистеин) и отхаркивающие средства (бромгексин, настойка травы термопсиса).

Примечание: перед подачей мукалтина таблетку предварительно растворить в $1/3$ стакана воды.

Амброксол — лучше через небулайзер.

Цель сестринских вмешательств:

при кровохарканье - кровотечение не разовьется

План сестринских вмешательств:

1. Создать пациенту возвышенное положение в постели.
2. Обучить пациента пользоваться плевательницей и заполнять ее дезраствором.
3. Запретить интенсивные физические движения и прием горячей пищи.
4. До прихода врача приготовить пузырь для льда, гемостатические лекарственные средства: этамзилат, викасол, кальция хлорид, адроксон, аминокaproновую кислоту.
5. Выполнять влажное обтирание кожи.





Цель сестринских вмешательств :
Температура тела будет постепенно снижаться, не вызывая осложнений

План сестринских вмешательств:

1. На высоте лихорадки выполнить влажное обтирание кожи раствором воды с добавлением спирта, холодную примочку на лоб.
2. Обеспечить проветривание помещения и раздевание пациента до нательного белья.
3. Наложить пузыри со льдом на проекции крупных сосудов через тканевые прослойки.



4. Приготовить для внутримышечного введения: 2 мл 50% раствора анальгина и 1 мл 1% раствора димедрола (ввести по назначению врача).
5. Вводить антибактериальные препараты в строго назначенное врачом время.
6. Регулярно измерять АД, температуру тела, следить за пульсом, дыханием пациента, за его внешним видом, сознанием.
7. Организовать дробное питание малыми порциями и обильное прохладное витаминизированное питье (если назначил врач).
8. Постоянно следить за психическим состоянием пациента, создать индивидуальный пост (возможен психоз).

Цель сестринских вмешательств:

Пациент будет спокоен



Комфортное состояние пациента обеспечится вмешательством медсестры:

- 1) повторные доверительные беседы с пациентом о временных неудобствах;
- 2) поместить пациента в отдельную палату или за ширму;
- 3) часто менять в плевательнице дезодорирующие растворы;
- 4) обеспечить регулярное проветривание палаты;
- 5) по назначению врача подавать пациенту легкие седативные средства (драже валерианы, назепам и др.)

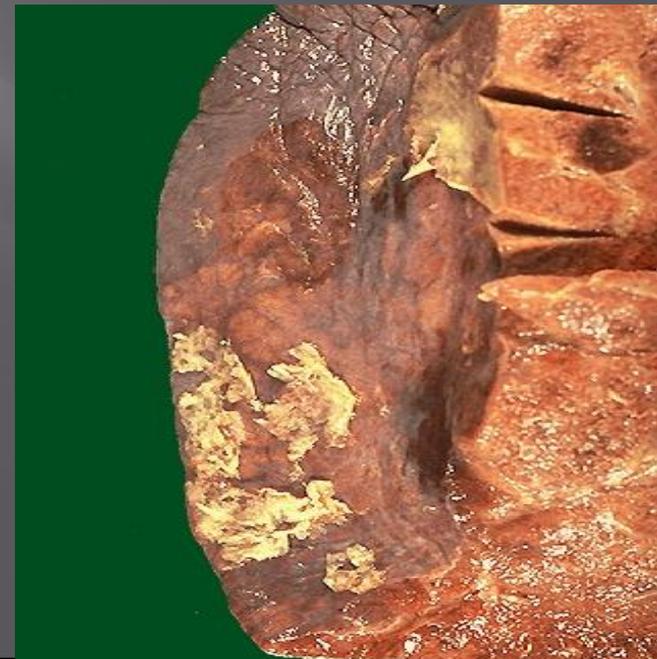
IV этап. Реализация плана сестринских вмешательств.

V этап. Оценка эффективности сестринских вмешательств.



Осложнения нагноительных заболеваний лёгких

- Легочное кровотечение
- Спонтанный пневмоторакс
- Инфекционно - токсический шок
- Сепсис
- Медиастинит
- Эмпиема плевры



ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Причины

1. Повреждение легких (сильный удар в грудь, перелом ребер)
2. Заболевания легких (туберкулез, рак легкого, бронхоэктатическая болезнь, абсцесс и гангрена легкого)
3. Заболевания сердца (митральный и аортальный пороки сердца, разрыв аневризмы аорты, инфаркт легкого)
4. Тромбоцитопеническая пурпура

Клиника

Выделение с кашлевыми толчками алой пенистой крови в большом (свыше 10 миллилитров) объеме за короткий промежуток времени, слабость, головокружение, тахикардия, ГИПОТОНИЯ.

Схема дифдиагностики легочного кровотечения

Кровохарканье, легочное кровотечение	Кровавая рвота
Кровь откашливается	Кровь выделяется во время рвоты
Алого цвета, щелочной реакции	Темно-красного (коричневого) цвета, кислая реакция
После кровотечения несколько дней кровь выделяется с мокротой	После желудочного кровотечения кровь не выделяется
Выделенная кровь носит пенистый характер	Кровь смешанна с остатками пищи
В анамнезе – болезни легких	В анамнезе – болезни желудка с диспепсическим и болевым синдромом
Мелены после кровотечения нет	Мелена наблюдается часто
Кровохарканье продолжается обычно в течение нескольких часов, дней	Кровавая рвота как правило обильная и кратковременная

Неотложная помощь

1. Успокоить пациента, убедить, что ему нужен покой. Рекомендовать глубоко дышать и сдерживать кашель.
2. Освободить одежду, затрудняющую дыхание, придать полусидящее положение, обеспечить доступ свежего холодного воздуха.
3. На грудь положить пузырь со льдом или холодный компресс.
4. Оценить: состояние, пульс, АД, ЧД, характер кровотечения.
5. Дать пациенту ёмкость для сбора крови.

6. Ввести гемостатики:

- этамзилат 2 мл 12,5% раствора в/в в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида;
- в/венно капельно 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты;
- в/мышечно 2 мл 1% раствора викасола.

6. Плазмозамещающие растворы: 10%-й раствор желатиноля,

реополиглюкин, полиглюкин, 5%-й раствор глюкозы в/венно;

7. Экстренная госпитализация в стационар.

Транспортировка на носилках.

Сестринский процесс

- Неудовлетворённые потребности пациента:
дышать, спать, есть, быть здоровым, работать, иметь жизненные ценности, избегать опасности.
- Проблемы пациента: кровотечение, общая слабость, кашель, беспокойство по поводу своего состояния.
- Потенциальная проблема: летальный исход.
- Цель сестринского вмешательства: прекратить кровотечение по мере возможности.
- Этапы сестринского процесса:
 1. Сестринское обследование
 2. Определение проблем пациента
 3. Планирование сестринских вмешательств
 4. Реализация плана сестринских вмешательств
 5. Оценка результатов, коррекция планирования.

Сестринское вмешательство

Планирование необходимой помощи	Обоснование
1. Вызвать врача или фельдшера	Для оказания квалифицированной мед. помощи
2. Придать пациенту удобное положение, повернув голову на бок	Для предупреждения аспирации
Примечание: если развилось легочное кровотечение, приподнять ножной конец кровати на 20-30 см, пациента уложить на живот без подушки. Если кровь вытекает медленно – возможна остановка кровотечения (кровь свёртывается)	
3. Обеспечить психический, физический и речевой покой	Для уменьшения притока крови к органам грудной клетки
4. Обеспечить доступ свежего воздуха	
5. Применить холод на грудную клетку	Для уменьшения кровотечения
6. Дать глотать кусочки льда	
7. Обеспечить кормление пациента охлажденной пищей и жидкостью в малых порциях	

Сестринское вмешательство

8. Обеспечить карманной плевательницей и обучить дисциплине кашля	Необходимо убедиться, что количество крови не увеличивается
9. Контролировать характер и количество мокроты	
10. Успокоительная беседа с пациентом	
11. Приготовить для парентерального введения: -1% р-р викасола - 10% р-р кальция хлорида - 12,5% р-р этамзилата - 5% р-р аминокaproновой кислоты Ввести препараты, назначенные врачом, фельдшером.	Для прекращения кровохарканья, кровотечения
12. Наблюдать за состоянием пациента: PS, АД, ЧДД, диурезом, сознанием.	Для своевременной диагностики тяжелых осложнений

Лечение легочного кровотечения

1. Госпитализация
2. Постельный режим, полусидячее положение
3. Легкоусваиваемая диета
4. Медикаментозное лечение:
 - ингибиторы протеаз (контрикал, трасилол)
 - аминокaproновая кислота
 - раствор атропина
 - хлорид кальция
 - хлорид натрия
 - викасол
 - ганглиоблокаторы (бензогексоний, гигроний)
 - препараты крови, кровезаменители
 - фибриноген
5. Специальные методы лечения:
 - бронхологические
 - эмболизация бронхиальных артерий
 - хирургические
 - искусственный пневмоторакс
6. Лечение основного заболевания.





СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС

- **Спонтанный пневмоторакс**- скопление в плевральной полости воздуха, не связанное с механическим повреждением легкого или грудной клетки.
- **Закрытый пневмоторакс** (если воздух, попавший в плевральную полость, не сообщается с атмосферным)
- **Открытый пневмоторакс** (при вдохе воздух поступает в плевральную полость, а при выдохе выходит через дренирующей бронх или отверстие в грудной клетке.
- **Клапанный пневмоторакс** (при вдохе воздух поступает в плевральную полость, а при выдохе не уходит т.к свищевое отверстие закрывается)

Причины

- Рак лёгкого в стадии распада
- Туберкулёз лёгких
- Астматический статус
- Воспалительные процессы в лёгких (абсцесс, гангрена)

СИМПТОМЫ:

Начало острое. Внезапная нестерпимая боль в грудной клетке, одышка, иногда кашель, тахикардия.

Осмотр: вынужденное положение (сидя, полусидя); холодный пот, цианоз, одышка (до 40-50 в минуту). Дыхание поверхностное, отставание поражённой стороны при дыхании; межреберья сглажены, расширены.

Пальпация: ослабление или отсутствие голосового дрожания.

Перкуссия: тимпанический звук на стороне поражения, смещение границы относительной сердечной тупости в здоровую сторону.

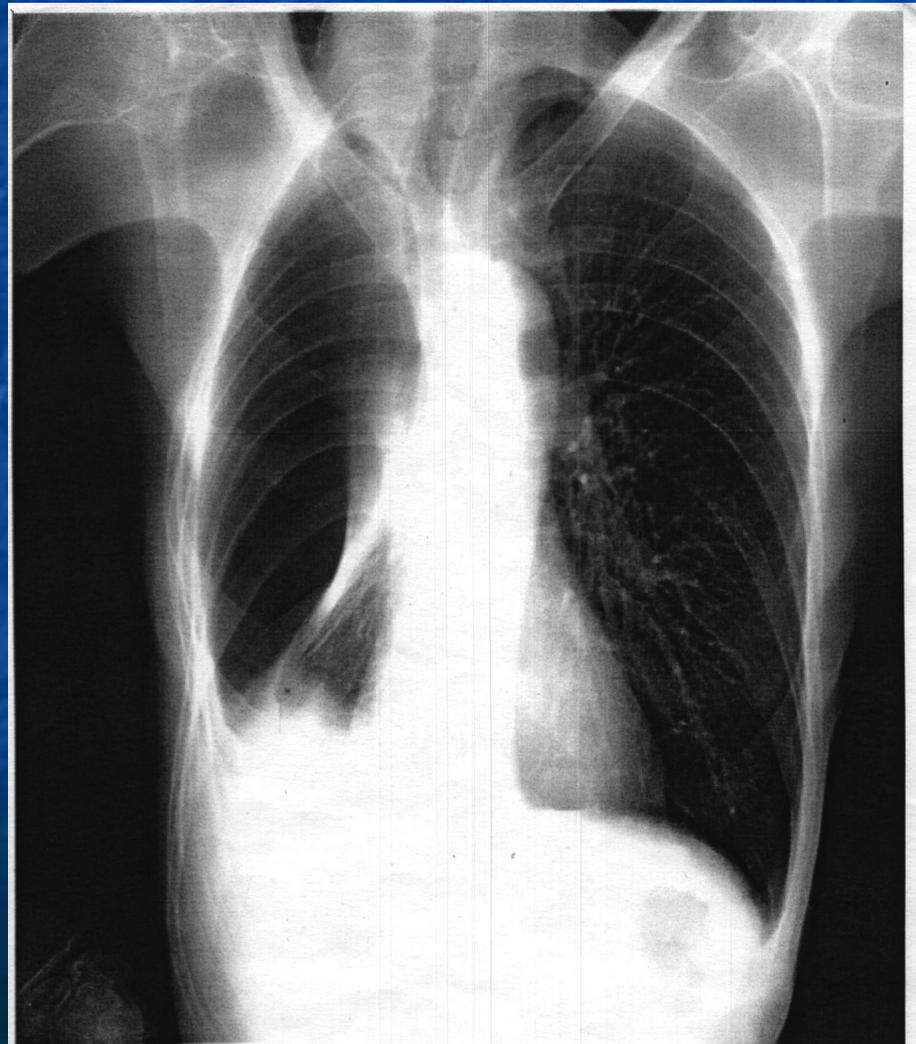
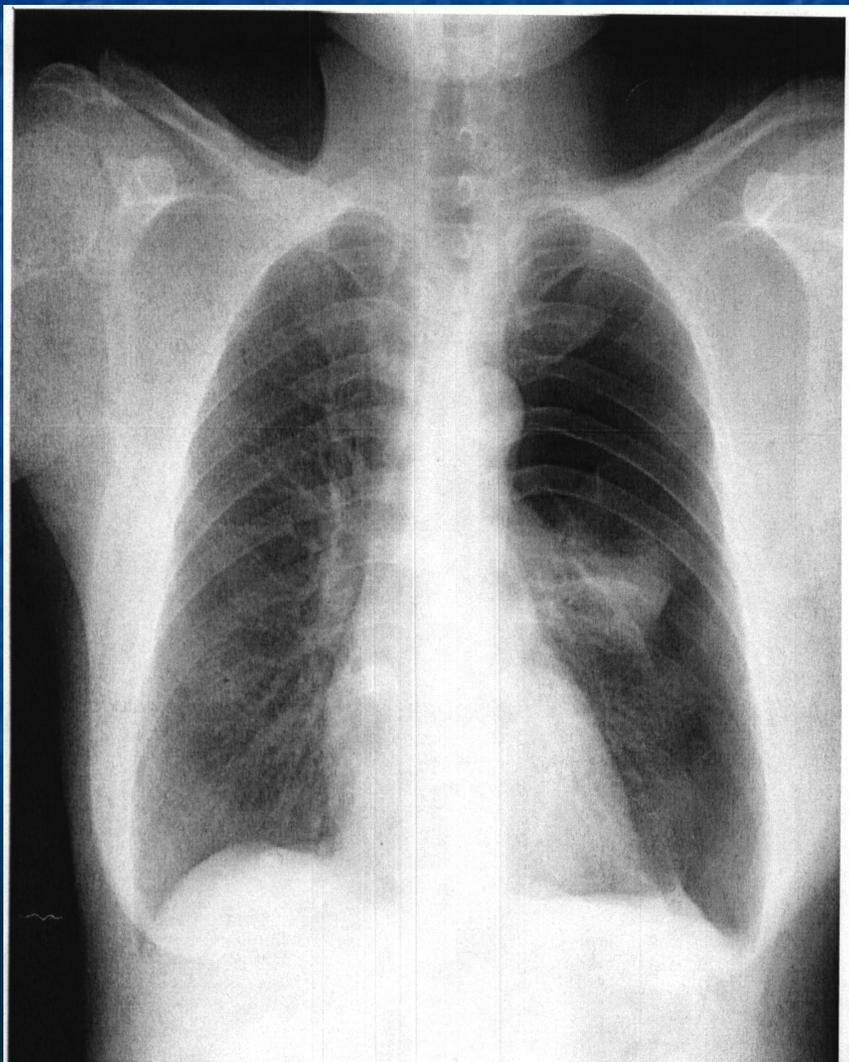
Аускультация: ослабление или отсутствие везикулярного дыхания на стороне поражения.

Рентгенологическое исследование:

обнаружение

воздуха в плевральной полости (отсутствие легочной ткани),

смещение средостения в противоположную сторону ■



Неотложная помощь:

- Госпитализация в сидячем или полусидящем положении с опущенными ногами и опорой на спину.

- Обезболивание: наркотические анальгетики — *морфин* (промедол) по 2 - 5 мг внутривенно каждые 10—25 мин до полного купирования боли;

- *фентанил* — 2 мл 0,005% раствора с *дроперидолом* — 2 мл 0,25% р-ра, внутривенно или внутримышечно).

- Для подавления кашля — *кодеин* (0,015 г) или *дионин* (0,01 г).

- Ингаляция увлажненного кислорода.

ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК

«Гипертермия»



Причины развития:

- Менингококковая инфекция
- Грибковая инфекция
- Кишечная инфекция
- Другие острые инфекции при неблагоприятном течении заболеваний (абсцесс, гангрена лёгкого)

Стадии развития:

I. Компенсации

II. Субкомпенсации

III. Декомпенсации

Диагностика

Стадия компенсации:

- гипертермия
- психомоторное возбуждение
- одышка
- тахикардия при сохранении АД на нормальном для данного пациента уровне
- гиперемия кожи

- гипертермия трансформируется в невысокий субфебрилитет или даже снижается до нормальных и субнормальных цифр
- психическое возбуждение и двигательное беспокойство сменяется адинамией и заторможенностью
- одышка и тахикардия
- АД не претерпевает существенных изменений или снижается незначительно
- бледность кожных покровов.

Стадия декомпенсации:

- гипотермия
- адинамия
- заторможенность
- бессознательное состояние
- на фоне тахикардии отмечается падение АД до критического уровня
- цианоз на фоне одышки и судорог

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Обеспечить внутривенный доступ через периферический катетер наибольшего диаметра.

Внутривенно быстро струйно инфузия кристаллоидных растворов не менее 800 мл за 10 мин (при неопределяемом уровне САД в 2 вены и более) под контролем САД (не менее 90 мм рт. ст.).

Обеспечить проходимость дыхательных путей, оксигенотерапия (под контролем SpO_2 – не менее 90%).

При необходимости:

- обезболивание (1 мл 0,005% раствора фентанила, 1 мл 2% раствора тримеперидина, 1-2 мл 5% раствора трамадола);
- глюкокортикостероиды: преднизолон 120-300 мг или метилпреднизолон до 30 мг/кг массы тела.

При отсутствии эффекта (САД менее 90 мм.рт.ст.) – в/в капельно допамин 200 мг.

При необходимости – установка воздуховода интубация трахеи; пульсоксиметрия.

Оксигенотерапия (под контролем SpO_2 – не менее 90%).

Инфузионная терапия под контролем АД (САД \geq 90 мм рт. ст.).

Симптоматическая терапия.

Положение пациента в положении лёжа на боку с приподнятым ножным концом носилок.

Доставка под контролем жизненно важных функций (АД, ЧДД, ЧСС, SpO_2) в ближайший стационар.

Передача в ОИТАР, минуя приемное отделение.

Лечение

Госпитализация

Постельный режим

Наблюдение и уход за пациентом

Питьё, легкоусвояемое питание

Применение жаропонижающих средств:

50% анальгин (метамизол) и 1% димедрол.

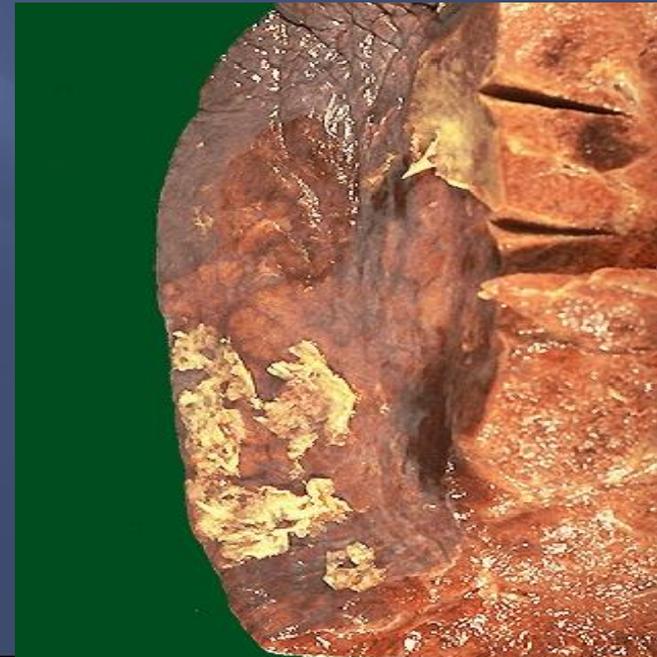
При возбуждении и судорогах — 0,5% седуксен— 2 - 4 мл., 25% магния сульфат или 10-20 мл 20% раствора натрия оксибутирата.

Введение внутривенно капельно 400 мл полиглюкина (реополиглюкина) и глюкокортикоидных гормонов (преднизолон 90-120 мг или равнодействующие дозы других препаратов — дексаметазон, метилпреднизолон и т. д.).

При отсутствии эффекта стабилизации гемодинамики — 5 мл (200 мг) допамина на 200 мл 5% раствора глюкозы внутривенно.

Осложнения нагноительных заболеваний лёгких

- Легочное кровотечение
- Спонтанный пневмоторакс
- Инфекционно - токсический шок
- Сепсис
- Медиастинит
- Эмпиема плевры



Сестринский процесс

- Неудовлетворённые потребности: дышать, спать, есть, двигаться, быть здоровым, общаться, избегать опасности.
- Проблемы пациента: боль в грудной клетке, одышка, удушье.
- Приоритетная проблема: удушье.
- Потенциальная проблема: высокий риск развития ателектаза лёгкого.
- Цель вмешательств: уменьшить боль и одышку.

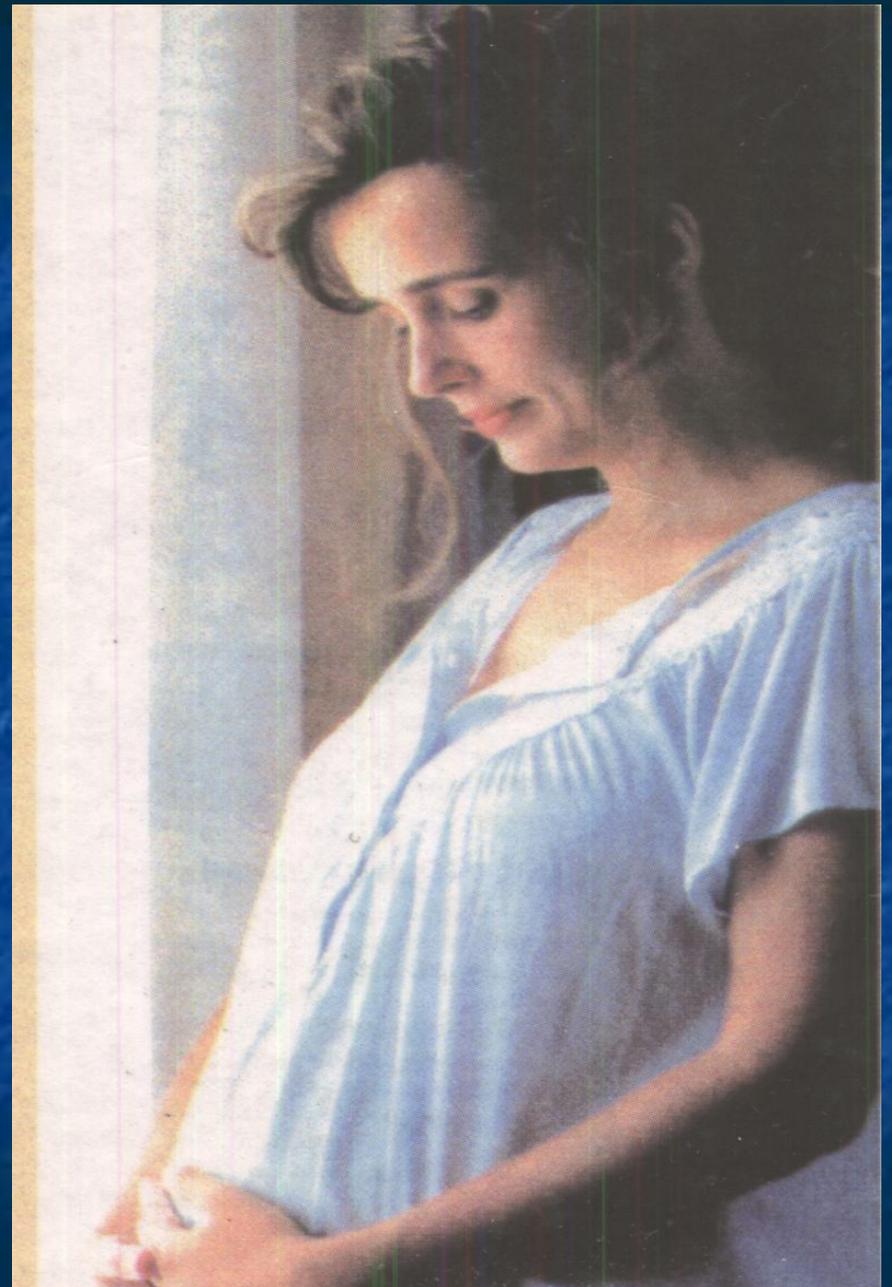
Наблюдение и уход за больным:

- Оценить общее состояние пациента
- Установить с ним контакт
- Успокоить, создать полный физический покой
- Помочь придать удобное положение тела
- Расстегнуть стесняющую одежду
- Обеспечить приток свежего воздуха, по возможности провести кислородотерапию
- Следить за своевременным приёмом медикаментов
- Следить за состоянием пациента, цветом кожных покровов в динамике; исследовать АД, пульс, число дыхательных движений каждые 15-30 мин.
- Выполнять назначения врача (фельдшера)

Неотложная помощь

- Обезболивание:
 - * *баралгин* - 5мл в/в с 20мл NaCl (0/9%) или в/м.
 - * *фентанил* - 2мл- 0.005% р-ра с дроперидолом в/м.
 - * *анальгин* - 50%- 2мл в/м.
- Для подавления кашля:
 - * *кодеин* – 0.015г.
 - * *дионин* – 0.01г.
- При пониженном АД:
 - * *кордиамин* 2мл.
 - * *сульфокамфокаин* 10% р-р 2мл подкожно или в/м.
- Срочная доставка больного в стационар на носилках.
- Приготовить оснащение для плевральной пункции (выполняется врачом во 2-м межреберьи), ассистировать при её выполнении

Беременность и
нагноительные
заболевания
лёгких



Профилактика

- Своевременное и адекватное лечение гриппа, острых и обострений хронических бронхитов, пневмоний.
- Соблюдение техники безопасности на производствах, где работа связана с загазованностью, запылённостью, большой влажностью.
- Борьба с вредными привычками (курением, алкоголизмом).
- Профилактика попадания инородных тел в дыхательные пути (особенно у детей)
- Правильный уход за больными при рвоте, инсульте, травме черепа, при наркозе (профилактика аспирации рвотных масс).
- Своевременная санация очагов хронической инфекции носоглотки, полости рта.
- Закаливание, укрепление сопротивляемости организма, повышение иммунитета.