



**Санкт-Петербургское государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение «Медицинский
колледж №1»**

Теоретическое занятие .

Пневмонии. Причины. Клинические проявления. Принципы
лечения и ухода.

ЦМК Сестринское дело.

Пневмонии – острое воспаление легких, возникающее самостоятельно или как осложнение других заболеваний. Воспаление локализуется в бронхиолах, альвеолах и распространяется на интерстициальную ткань с вовлечением сосудистой системы легких.

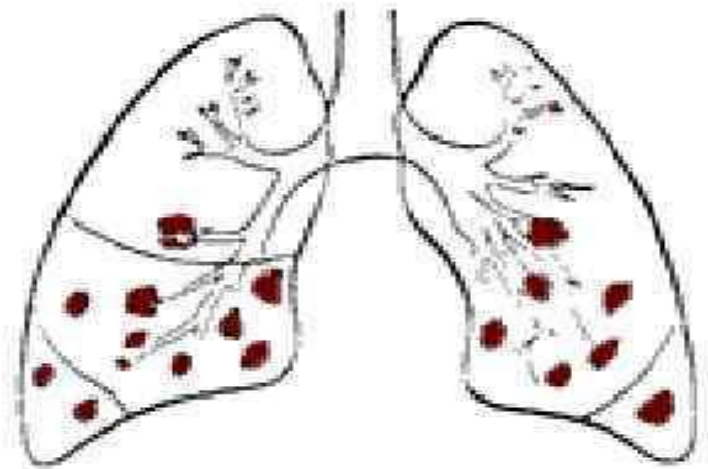
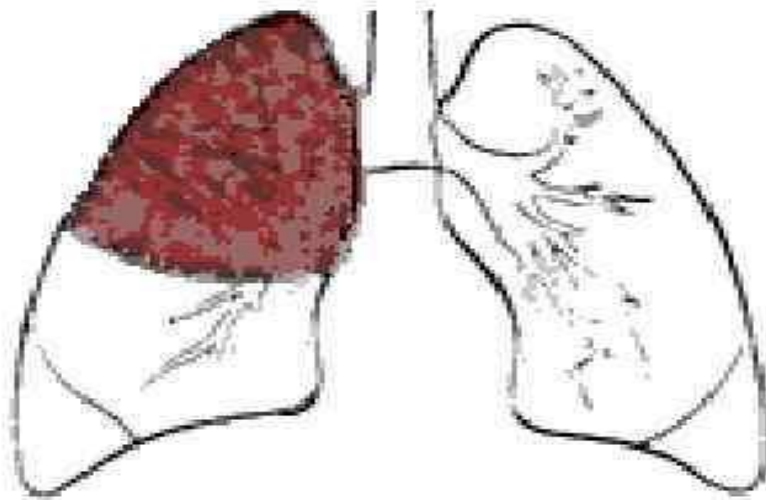


Рис.2а. Крупозная пневмония

Очаговая пневмония

Классификация пневмоний.

1. этиология:

бактериальные – пневмококк, стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, палочка Фридлиндера- клебсиелла, легионелла и др.

вирусные - вирусы ОРВИ, гриппа;

атипичные - микоплазма, хламидии;

грибковые - кандида, актиномицеты;

смешанные.

2. ситуация:

внегоспитальные
(внебольничные,
коммуникативные);

госпитальные
(внутрибольничные,
назокомиальные);

аспирационные;

пневмонии при
иммунодефиците.

3. течение:

острая - до 4-х недель;

затяжная - свыше 4-х недель.

4. распространённость поражения лёгочной ткани:

-очаговая (бронхопневмония);

-долевая (крупозная, плевропневмония);

-интерстициальная – вовлекается в процесс соединительная ткань стенок альвеол, мелких бронхов и кровеносных сосудов.

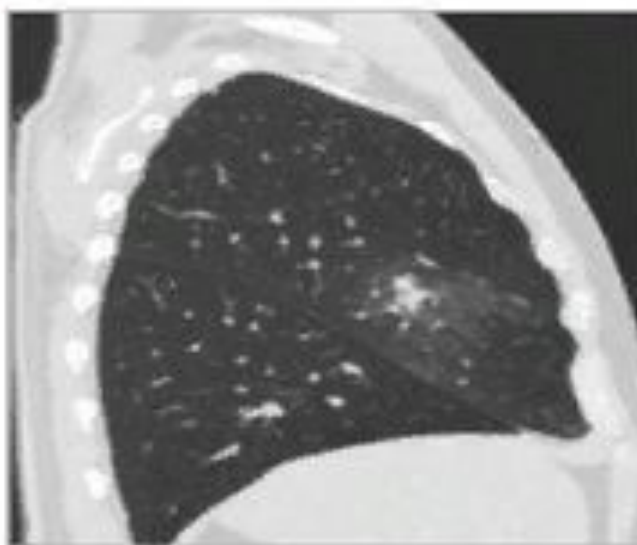
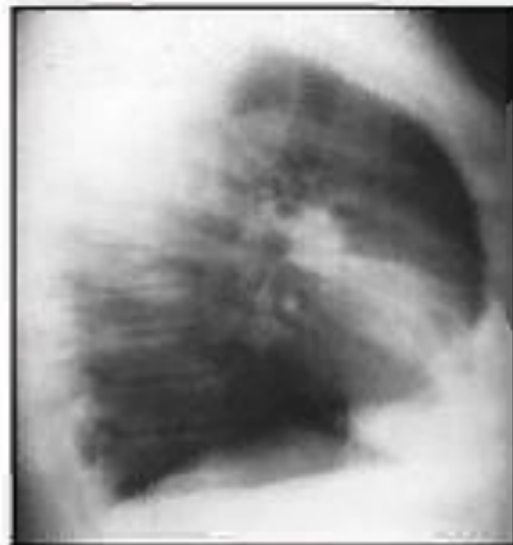
Очаговая пневмония



Крупозная пневмония в. доли справа



Интерстициальная пневмония



- Уплотнение по типу матового стекла
- Низкая интенсивность тени / низкая плотность
- Видимость сосудов и стенок бронхов
- Обычно выявляют при КТ

Внегоспитальная пневмония – выявлена в амбулаторных условиях.

Возбудители: пневмококк, микопlasма, вирус гриппа, хламидии, легионелла, стрептококк и др.

Внутригоспитальная пневмония(назокомиальная) – это пневмония, которая развивается не ранее чем 48 часов от момента госпитализации пациента, при этом в момент госпитализации признаков пневмонии не было.

Возбудители: стрептококк, кишечная палочка, анаэробы, вирусы и др.

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

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

Очаговая (бронхопневмония)

пневмония - характеризуется вовлечением в воспалительный процесс отдельных участков легкого в пределах сегмента, доли или ацинуса.

Первичная пневмония - самостоятельное заболевание.

Вторичная пневмония развивается на фоне различных патологических процессов.

Причины:

Вирусы, бактерии; сочетание бактерий и вирусов; микоплазмы; грибы (кандиды, аспергиллы и т. д.).

Способствующие факторы:

наличие острых и хронических заболеваний(онко, сахарный диабет);вынужденное длительное положение на спине, аспирация инфекция верхних дыхательных путей; хронический бронхит и др

Заболевание развивается постепенно на фоне перенесенного ОРВИ.

Жалобы: повышение температуры тела чаще до субфебрильных цифр (но может быть и выше 38С);

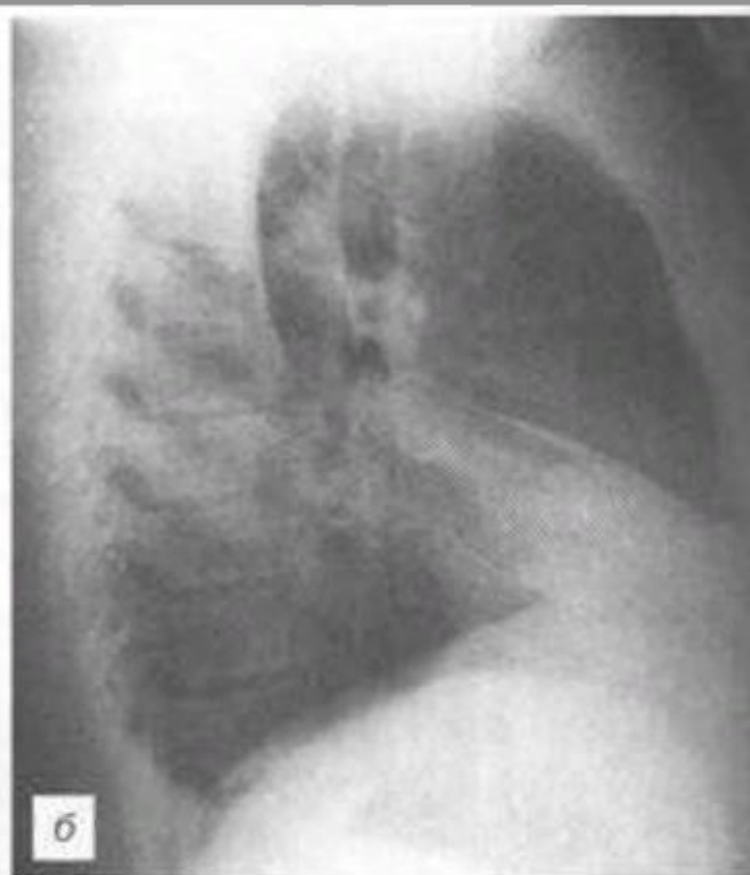
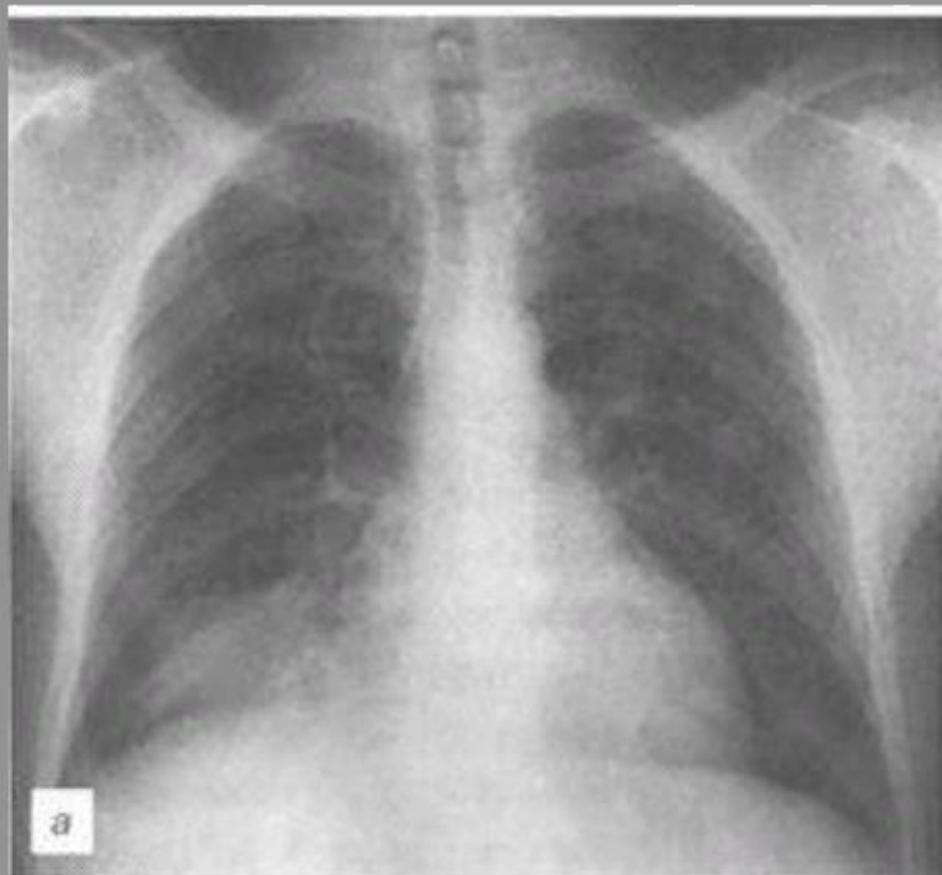
сухой кашель, через 2-3 дня кашель с небольшим количеством слизистой или слизисто-гнойной мокроты; может быть, незначительная одышка при физической нагрузке.

Объективное исследование: Кожные покровы бледные, при высокой температуре тела – «лихорадочный румянец» и «лихорадочный блеск» глаз, тахикардия, тахипноэ.

Герпес на лице.

Дыхательная системы: над очагом - усиление голосового дрожания, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.

Очаговая пневмония



Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Лабораторные методы исследования:

Клинический анализ крови – ускоренное СОЭ, умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, при вирусной пневмонии может быть лейкопения.

Общий анализ мокроты: увеличение количества лейкоцитов.

Посев мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам и выделяют возбудителя.

Инструментальные методы исследования:

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

Осложнения: При стафилококковой пневмонии, клебсиелле – возможно абсцедирование.

Принципы лечения:

1. Строгий постельный режим на период лихорадки.
2. Диета. Обильное питье: клюквенный морс, фруктовые соки...
3. Медикаментозное лечение:
 - Антибиотики пенициллинового ряда – бензилпенициллин, ампициллин, ампиокс, оксациллин, сульфаниламиды – бисептол, сульфадиметоксин (по схеме):
 - При сухом кашле – противокашлевые препараты - либексин, тусупрекс.
 - При появлении мокроты - отхаркивающие средства муколитические препараты: бромгексин, аброксол (амбробене), мукалтин, йодид калия, отхаркивающая микстура, настои лекарственных растений: корня солодки, алтея, травы термопсиса, листьев мать-мачехи, цветов трёхцветной фиалки и др.
 - Бронхолитики – эуфиллин.

4. Отвлекающая терапия: чередование через день горчичников и банок.
5. Физиотерапия: ингаляции щелочей, бронхолитиков, электрофорез хлорида кальция, аскорбиновой кислоты, УВЧ, кварцевые банки.
6. Лечебная физкультура.
7. Массаж грудной клетки в период рассасывания воспалительного очага.
8. Санаторно-курортное лечение: Сестрорецкий курорт, Южный берег Крыма.

Сестринский уход:

- Контроль за соблюдением рекомендованного врачом режима;
- Рекомендации по питьевому режиму: обильное питье: клюквенный морс, соки, чай;
- Проветривание и влажная уборка помещения, где находится пациент;
- Контроль за температурой тела (при лихорадке каждые два часа), частотой пульса, частотой дыхательных движений, частотой кашля, характером мокроты, цветом кожи и слизистых;
- Смена нательного, постельного белья;
- При выраженном сухом кашле увлажнение воздуха помещения, ;
- Обучить пациента и его родственникам правилам применения горчичников, банок, приготовлению настоев лекарственных трав, правилам проведения ингаляций в домашних условиях; Обучить пациента и его родственникам правилам дыхательной гимнастики.

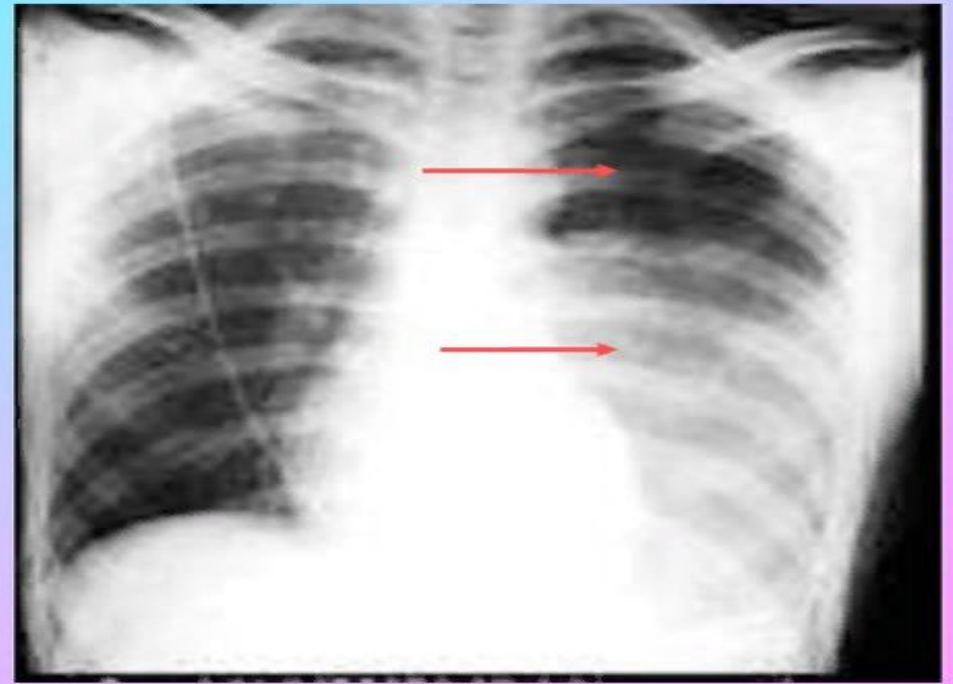
Крупозная пневмония – это острый воспалительный процесс, захватывающий всю долю легкого или ее значительную часть с вовлечением в процесс плевры.

Крупозная пневмония характеризуется определенной цикличностью патоморфологических изменений и стадийностью клинического течения. .

Крупозная пневмония



С плевритом



С плевритом и
буллами

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

Способствующие факторы:

сердечная недостаточность с нарушением кровообращения в малом
круге;

острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей;

алкоголизм;

заболевания, сопровождающиеся иммунодефицитом.

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

В клинической картине заболевания выделяют три основные стадии:

I ст. - прилива (бактериального отёка) – от 12 час до 3-х суток.

II ст. - уплотнения - до 7 дней.

III ст. разрешения - от 7 до 10 дней.

В стадии (бактериального отека) отмечаются характерные жалобы:

потрясающий озноб; сильная головная боль; повышение температуры тела до 39-40°; интенсивная боль в грудной клетке, усиливающаяся при вдохе и кашле; кашель вначале сухой, а через 1-2 дня кровянистая («ржавая») мокрота; одышка при незначительной физической нагрузке.

Объективно:

гиперемия щек (румянец), герпетические высыпания на губах и крыльях носа более выражена на стороне поражения, может быть цианоз; тахикардия, тахипноэ; отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании.

В стадии уплотнения отмечаются типичные жалобы:

сохраняются интенсивные боли в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе и кашле нарушается сон, появляется мокрота слизисто-гнойного и даже гнойного характера; усиливается одышка, которая может быть в покое; уменьшается количество выделенной мочи (олигурия).

Объективно:

Общее состояние больного тяжелое, может быть нарушение сознания, бред, галлюцинации.

Учащенное поверхностное дыхание (до 30-40 в мин), тахикардия -100-200 в минуту. Может быть снижение АД.

Язык сухой, обложен серым налетом.

Заключительная стадия крупозной пневмонии – стадия разрешения.
Отмечается улучшение состояния пациента.

Жалобы:

увеличение количества мокроты;

уменьшается интенсивность болей в грудной клетке;

уменьшение одышки;

нормализация температуры тела.

Объективно:

При перкуссии: уменьшается притупление перкуторного звука,
появляется тимпанический оттенок.

Лабораторные методы исследования:

Клинический крови крови: нейтрофильный лейкоцитоз (до 15-20)

□ 109/л со сдвигом влево, ускоренное СОЭ.

Анализ мочи - во время лихорадочного периода может быть умеренная протеинурия, цилиндрурия, единичные эритроциты.

Анализ мокроты – в стадию бактериального отека отмечается увеличение количества лейкоцитов.

Посев мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Инструментальные методы исследования

Рентгенография.

Вначале усиление легочного рисунка, затем появление очагов затемнения, которые сливаются. Образовавшаяся тень обычно соответствует доле легкого.

ТЗ 4 ПМ 02 МДК 02.01 Пневмонии. Причины. Клинические проявления. Принципы лечения и ухода.

Осложнения:

Острая дыхательная недостаточность;

Острая сердечная недостаточность;

Острая сосудистая недостаточность;

Инфекционно-токсический шок;

Перикардит;

Абсцесс легкого;

Экссудативный плеврит.

Принципы лечения:

Обязательная госпитализация в тяжёлых случаях в отделение реанимации;

Строгий постельный режим на период лихорадки;

Диета №15 при лихорадке частое полужидкое питание. Обильное питье: клюквенный морс, фруктовые соки; чай с лимоном.

Медикаментозное лечение:

антибиотики пенициллинового ряда – бензилпенициллин, ампициллин, ампиокс, оксациллин; при устойчивости микрофлоры к пенициллинам - цефалоспорины (кефзол); при непереносимости пенициллинов макролиты (эритромицин, спиромицин). Сульфаниламиды – бисептол, сульфадиметоксин (по схеме).

Дезинтоксикационная терапия: гемодез, реополиглюкин.

При сухом кашле – противокашлевые препараты - либексин, тусупрекс, глаувент

При появлении мокроты - отхаркивающие и муколитические средства: бромгексин, амброксол (амбробене), ацетилцистеин (АЦЦ), йодид калия, мукалтин, отхаркивающая микстура.

Бронхолитики – эуфиллин.

Витаминотерапия: аскорутин, аскорбиновая кислота.

Антигистаминные препараты.

Симптоматическая терапия: сердечные гликозиды, препараты калия, мочегонные препараты, дыхательные analeптики (кордиамин), сосудосуживающие препараты (мезатон, адреналин), глюкокортикоиды.

При выраженном болевом синдроме в грудной клетке - анальгетики.

Оксигенотерапия.

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

Лечебная физкультура.

Массаж грудной клетки в период рассасывания.

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

ТЗ 4 ПМ 02 МДК 02.01 Пневмонии. Причины. Клинические проявления. Принципы лечения и ухода.

Сестринский уход:

Рекомендации по режиму, питанию;

Систематическое проветривание и влажная уборка помещения, где находится пациент;

Контроль за температурой тела (при лихорадке каждые два часа),
А/Д, частотой пульса, дыхательных движений кашля, характером мокроты, цветом и состоянием кожи и слизистых;

Смена нательного, постельного белья;

Помощь пациенту в осуществлении гигиенических мероприятий;

Выполнения назначений врача;

Обучить пациента и его родственникам правилам дыхательной гимнастики.

Диспансеризация:

Диспансерное наблюдение в течение 1 месяца, с организацией плановых контрольных (динамических) осмотров 1 раз в неделю. Во время динамических осмотров проводится контрольное обследование (при необходимости) По показаниям назначаются специальные методы обследования.

Профилактика:

закаливание;

рациональная физическая нагрузка;

избегать переохлаждений;

соблюдать гигиену труда

Вопросы для самоконтроля;

1. Пневмония.
2. Бронхопневмония. Определение. Причина. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
3. Крупозная пневмония. Определение. Причина. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
4. Организация сестринского ухода при пневмониях

Сравнительная таблица пневмоний Симптомны Крупозная Очаговая

Поражается

Возбудитель

Начало

Температура

Снижается температура

Симптомны интоксикации

Кашель

Мокрота

Боль в грудной клетке

ОСМОТР

Герпес на лице

Положение

Дыхание

Отставание больной стороны в дыхании

Перкуссия

Аускультация

ОАК

Рентген

Осложнения

Задача: В ФАП доставлена пациентка 35 лет с диагнозом крупозная пневмония нижней доли правого легкого. При сестринском обследовании выявлены жалобы на резкое повышение температуры, слабость, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель, одышку, выделение мокроты ржавого цвета. Заболела после переохлаждения. В домашних условиях принимала жаропонижающие таблетки, но состояние быстро ухудшалось. Пациентка подавлена, в контакт вступает с трудом, выражает опасения за возможность остаться без работы.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39,50 С. Лицо гиперемировано, на губах герпетические высыпания, ЧДД 26 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижних отделах правого легкого усилено, при перкуссии там же притупление, а при аускультации крепитация. Пульс 110 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 100/65 мм рт. ст, тоны сердца приглушены.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациента
2. Определите проблемы пациента, по приоритетной спланируйте сестринское вмешательство.

