

Лекция 7.1

Сестринский уход при
заболеваниях органов дыхания

План

- Причины, факторы риска развития ринита, тонзиллита, ларинготрахеита
- Клиника, принципы лечения, профилактика, диагностика, уход, реабилитация при заболеваниях верхних дыхательных путей.
- Тактика медсестры при остром ларинготрахеите

КЛАССИФИКАЦИЯ:

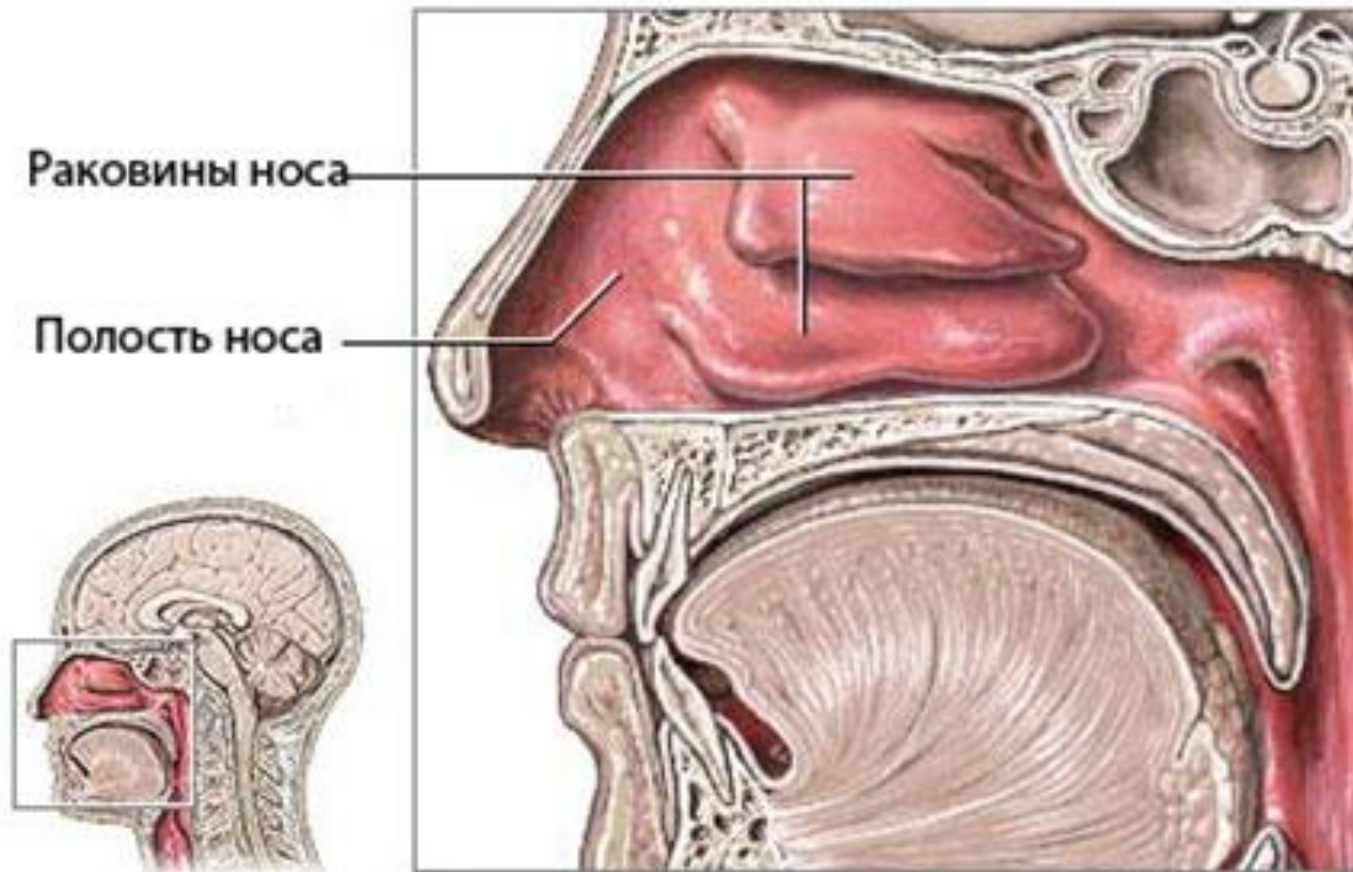
1. Болезни верхних дыхательных путей (носа, носоглотки, гортани, трахеи, внелегочных бронхов)
 - Воспалительные (ринит, синусит, фарингит, ларингит, тонзиллит)
 - Опухоли (ангиофиброма носоглотки, инвертированная папиллома, плазмоцитома, эстезионейробластома, полип голосовой складки, папилломатоз гортани, рак носоглотки, гортани).
2. Болезни легких
 - Острый бронхит, пневмонии
 - Поражение легких сосудистого происхождения (отек, РДСВ, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт легкого)
 - ХНЗЛ
 - Ателектаз и коллапс
 - Опухоли

Причины заболевания органов дыхания

| Причины заболевания | Последствия |
|---|---|
| 1. Малоподвижный образ жизни | Недостаточное снабжение организма кислородом |
| 2. Курение | Рак легких |
| 3. Большое количество пыли в помещении или на улице | Заболевания, связанные с проникновением в организм патогенных бактерий (туберкулез) |
| 4. Ослабленный иммунитет | Частые простудные заболевания |

РИНИТ:

Воспаление слизистой оболочки носа в результате охлаждения, инфекции, аллергии



Классификация

1. Острый ринит
 1. Вирусный
 2. Рефлекторный
 3. Травматический (механическая или химическая травма)
 4. Специфический
2. Хронический ринит
 1. Катаральный
 2. Аллергический
 3. Вазомоторный
 4. Гипертрофический
 5. Субатрофический и атрофический
 6. Озена

Клиника острого ринита по стадиям

1. Стадия раздражения (серозных выделений): 1-3 дня, чихание, боль в носу, серозные выделения («водичка»)
2. Стадия экссудации (слизистых выделений): 2-4 дня, обильное жидкое слизистое отделяемое из носа, загустевающее только по утрам.
3. Стадия густых выделений: 2-3 дня, слизь загустевает, становится желтоватой, количество её уменьшается.
4. Стадия реконвалесценции или развития осложнений: 1-2 дня.

Лечение острого ринита

1 стадия:

- Противовирусные средства
 - Местно: интерфероны, оксолиновая мазь, растительные фитонциды (водный настой чеснока, хвои), пиносол
 - Общее противовирусное лечение (арбидол, амиксин, ремантадин, реленца, тамифлю, кагоцел и др.)
 - Витамин С в больших дозах
- Рефлекторная терапия
 - Согревание ладонных и подошвенных поверхностей (ручные и ножные горячие ванночки, горчичники)
 - Акупрессура (точечный массаж)
- Симптоматическое лечение
 - Антигистаминные препараты
 - Дезинтоксикация (обильное питье)
- Физиотерапия (УФО)

Лечение острого ринита

2 стадия:

- Промывания носа (содово-танинные капли, солевые растворы, настои трав-антисептиков, «долфин» для взрослых)
- Симптоматическое и рефлекторное лечение можно продолжить
- Физиотерапия (УВЧ, магнитотерапия)

3 стадия:

- Сок алоэ или каланхоэ в нос
- Физиотерапию, начатую во 2 стадии, можно продолжить
- Симптоматическое и рефлекторное лечение уже не требуются, но необходимо соблюдать ограничительный режим – охлаждение лица и рефлексогенных зон может спровоцировать развитие осложнений (синусит, средний отит)

Хронический ринит. Определение.

Хронический ринит – хроническое рецидивирующее воспаление слизистой носа с преимущественным поражением нижних носовых раковин (исключением в этом отношении являются аллергический ринит и все разновидности атрофического ринита).

Клинически проявляется прежде всего нарушением носового дыхания.

Факторы, способствующие развитию хронического ринита

1. Анатомические предпосылки:
 1. Искривление носовой перегородки
 2. Гипертрофия аденоидов
 3. Варианты расположения носовых раковин
2. Влияние факторов внешней среды: загрязненность воздуха, контакт с летучими химическими веществами, повышенная сухость или влажность воздуха, резкие смены температурного режима
3. Длительно текущие и рецидивирующие заболевания придаточных пазух носа
4. Нарушение защитных механизмов слизистой носа – снижение мукоцилиарного клиренса, выработки антимикробных факторов; аллергия
5. Нарушение нервно-рефлекторных механизмов регуляции сосудистого тонуса слизистой и кавернозных тел носовых раковин вследствие:
 1. Бесконтрольного применения сосудосуживающих средств
 2. Неврологических заболеваний (последствия стресса, травмы черепа, позвоночника, поражение нервных узлов, заболевания вегетативной нервной системы)
 3. Применения гипотензивных препаратов со спазмолитическим действием

Хронический катаральный ринит

Чаще всего – переходная форма от острого ринита к какому-либо другому виду хронического.

Клинически – нарушение дыхания умеренное, наиболее выраженное в положении лежа.

Диагноз: гиперемия, инфильтрация слизистой носа без обильных выделений из носа, отсутствие патологии на рентгенограмме придаточных пазух носа.

Лечение консервативное (аналогично вазомоторному риниту)

Хронический аллергический ринит

Аллергическая реакция, обычно немедленного типа, проявляющаяся преимущественно изменениями со стороны слизистой носа. Обострение аллергического ринита часто протекает в форме **поллиноза** – сочетанного поражения слизистой носа и конъюнктивы.

Клиника: при обострении - приступы чихания, слезотечение, выделения из носа – очень жидкая слизь, водянистой консистенции. Вне обострения может быть умеренное затруднение носового дыхания, а может и ничего не беспокоить.

Диагноз: а) рецидивирующее течение, связь с воздействием аллергена (сезонность, обострение в определенных местах – дома, на работе и проч.)

б) резкая отечность слизистой носа, «набухлость» и бледность

в) эозинофилия в мазке из носа и в общем анализе крови

Острый тонзиллит (ангина) — это общее инфекционноаллергическое заболевание с воспалительным процессом в лимфоидной ткани небных миндалин.

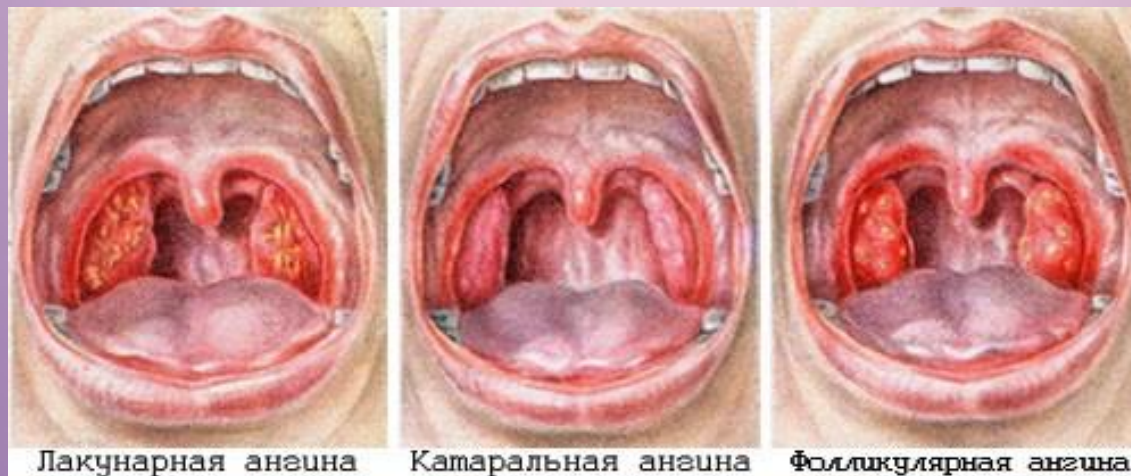
Воспаление может возникать и в других скоплениях лимфоидной ткани глотки — язычной, глоточной, тубарной миндалинах, в боковых валиках.

Для определения этих заболеваний употребляется термин «ангина» (от лат. *Angeo* — сжимать, душить), известный с давних времен.

В русской медицинской литературе можно встретить определение ангины, как «горловая жаба».

Заболеванию в основном подвержены дети дошкольного и школьного возраста, а также взрослые в возрасте до сорока лет.

Отмечаются выраженные сезонные подъемы заболеваемости в весенний и осенний периоды.



Этиологи

Среди различных микробных возбудителей ^{Я.} основная *этиологическая роль* принадлежит *бета-гемолитическому стрептококку*, который обнаруживается, по данным разных авторов, от 50 до 80% случаев.

Вторым по частоте возбудителем ангины можно считать *золотистый стафилококк*.

Отмечаются заболевания, вызванные зеленым стрептококком. Кроме того, возбудителем ангины могут быть *аденовирусы, палочки, спирохеты, грибы* и другое.



Эпидемиологи

Я.

Источниками инфекции при ангине являются больные различными формами острых стрептококковых заболеваний и "здоровые" носители стрептококков.

Возможно распространение эндогенной инфекции из кариозных зубов, патологического очага в околоносовых пазухах и т. д.

Кроме того, ангина может возникнуть как рецидив хронического процесса.

Проникновение экзогенного возбудителя может произойти *воздушно-капельным путем, алиментарным и при прямом контакте с больным или бактерионосителем.*



Заболеванию в основном подвержены дети дошкольного и школьного возраста, а также взрослые в возрасте до сорока лет. Отмечаются выраженные сезонные подъемы заболеваемости в весенний и осенний периоды.

Согласно классификации И.Б. Солдатова (1975 г.) острые тонзиллиты (ангины) делятся на две группы: *первичные* и *вторичные*.



Вторичные (специфические) тонзиллиты, вызванные конкретным специфическим возбудителем. Они могут быть признаком инфекционного заболевания (дифтерия глотки, язвенно-некротический тонзиллит, сифилитический, герпетический, грибковый) или болезней крови.



**Первичные
ТОНЗИЛЛИТЫ**

Катаральный тонзиллит — самая легкая форма заболевания, имеющая следующие *клинические признаки*:

- ощущение жжения, сухости, першения в горле;
- болезненность при глотании слабо выраженная;
- температура субфебрильная;
- умеренно выраженная интоксикация;
- увеличение регионарных лимфатических узлов.

Продолжительность заболевания 3-5 дней.

При фарингоскопии определяется:

- разлитая гиперемия миндалин и небных дужек;
- небольшое увеличение миндалин;
- местами определяется пленка слизисто-гнояног эксудата.



Фолликулярный тонзиллит имеет следующие

признаки:

- повышение температуры до 38-39 °С;
- сильная боль в горле при глотании;
- иррадиация боли в ухо;
- интоксикация выражена, особенно у детей, снижением аппетита, рвотой, помрачением сознания, явлениям менингизма;
- значительные гематологические изменения — нейтрофильный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ;
- увеличение и болезненность региональных лимфатических узлов.

Продолжительность заболевания 5-7 дней.

При *фарингоскопии* определяются:

- выраженная гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек;
- увеличение и гиперемия миндалин, бугристая поверхность в первые дни заболевания;
- множественные желтовато-белые точки величиной 1—3 мм (*гнойные фолликулы*) на 3-й день болезни.



Лакунарный тонзиллит часто протекает более тяжело, чем фолликулярный. Воспаление развивается, как правило, в обеих миндалинах, однако на одной стороне может быть картина фолликулярной ангины, а на другой — лакунарной. Объясняется это более глубоким поражением всех лимфоидных фолликулов. Поверхностно расположенные фолликулы дают картину фолликулярной ангины. Фолликулы, находящиеся в глубине миндалины, заполняют своим гнойным содержимым расположенные рядом лакуны. При обширном процессе гной выходит на поверхность миндалины в виде островков или сливных налетов.

Клинические признаки лакунарного тонзиллита следующие:

- сильная боль в горле при глотании пищи и слюны;
- иррадиация боли в ухо;
- озноб, повышение температуры тела до 39-40 °С;
- слабость, разбитость, нарушение сна, головная боль;
- боль в пояснице, суставах, в области сердца;
- выраженные гематологические изменения;
- значительное увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов и селезенки.

Продолжительность заболевания 10-12 дней.

При *фарингоскопии* определяются:

- выраженная гиперемия и увеличение миндалины;
- желтовато-белые налеты, расположенные в устьях лакун, которые легко снимаются шпателем;
- островки гнойных налетов, иногда покрывающие значительную поверхность миндалины.



Двусторонняя
лакунарная ангина

Флегмонозный тонзиллит встречается сравнительно редко и характеризуется гнойным расплавлением ткани внутри миндалины — образованием флегмоны.

Причины, способствующие формированию процесса, могут быть следующие:

- снижение иммунных сил организма;
- вирулентность возбудителя;
- травма миндалины инородным телом или при выполнении медицинских манипуляций;
- развитие спаек в глубине миндалины с затруднением оттока содержимого.

Клинические признаки флегмонозной ангины могут быть сходными с проявлениями лакунарного тонзиллита, небольшие абсцессы могут протекать почти бессимптомно. В более тяжелых случаях отмечается нарастание боли с одной стороны, затруднение глотания, ухудшение общего состояния.

При *фарингоскопии* определяются:

- увеличение одной миндалины, гиперемия, напряжение;
- болезненность при надавливании шпателем;
- наличие флюктуации при созревшей флегмоне.

Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны на стороне поражения.

Лечение первичных (банальных) тонзиллитов.

Лечение первичных (банальных) тонзиллитов должно быть этиотропным, комплексным — местным и общим.

Как правило, лечение проводится на дому, и только в тяжелых случаях или при неблагоприятных социальных условиях пациента помещают в стационар.

Для подтверждения диагноза и выбора адекватного лечения проводится бактериологическое исследование содержимого носа и глотки.

Лечение должно включать следующие этапы:

1. *Соблюдение режима лечения заболевания*
2. *Местное лечение*
3. *Общее лечение*

Соблюдение режима лечения заболевания:

- строго постельного режима в течение первых дней заболевания;
- санитарно-эпидемических норм — изоляция пациента, индивидуальные средства ухода и предметы личной гигиены;
- режима питания — механически, термически и химически щадящая диета, богатая витаминами, обильное питье.



Местное лечение:

- полоскание горла теплыми растворами перманганата калия, фурацилина, грамицидина, гидрокарбоната натрия, хлорофилипта, гексорала, повидон йода, а также отварами ромашки, шалфея, эвкалипта;
- обработка слизистой оболочки глотки аэрозольными препаратами «Каметон», «Эвкалипт», «Пропосол», «Биопарокс»;
- применение оросептиков: «Фарингосепт», «Гексализ», «Лариплюс», «Ларипронт», «Септолете», «Стрепсилс», «Анти-ангин» и других;
- ароматерапия: эфирные масла эвкалипта, кедра, чайного дерева, лаванды, грейпфрута.



Общее лечение:

- антигистаминные препараты рекомендуются в связи с токсико-аллергическим характером заболевания (тавегил, супрастин, диазолин, фенкарол и других);
- антибактериальная терапия назначается в зависимости от тяжести и стадии заболевания: лицам молодого возраста в начальной стадии болезни применение антибиотиков не рекомендуется.

В *тяжелых случаях*, в стадии абсцедирования или при поражении других органов применяются *полусинтетические препараты широкого спектра действия* (ампициллин, амоксициллин, амоксиклав, уназин), *цефалоспорины первого поколения* (цефалексин, цефалотин, цефалозин), *макролиды* (эритромицин, ровамицин, рулид). Лечение антибиотиками должно сопровождаться профилактикой дисбактериоза — назначением нистатина, леворина, линекс, дифлюкана. При неправильном выборе антибиотиков и сроков лечения создаются условия для перехода процесса в хронический;



- противовоспалительные препараты — парацетамол, ацетилсалициловая кислота назначаются при гипертермии, при этом необходимо учитывать их побочные действия;
- иммуностимулирующая терапия рекомендуется в виде следующих препаратов: экстракта вилочковой железы (вилозен, тимоптин), пирогенал, природных иммуностимуляторов (женьшень, левзея, ромашка, прополис, пантокрин, чеснок).

Применение иммуномодулятора вакцинного типа — препарата Имудон — дает положительные результаты при лечении герпетических, грибковых поражений полости рта и глотки, повышает фагоцитарную активность и уровень лизоцима

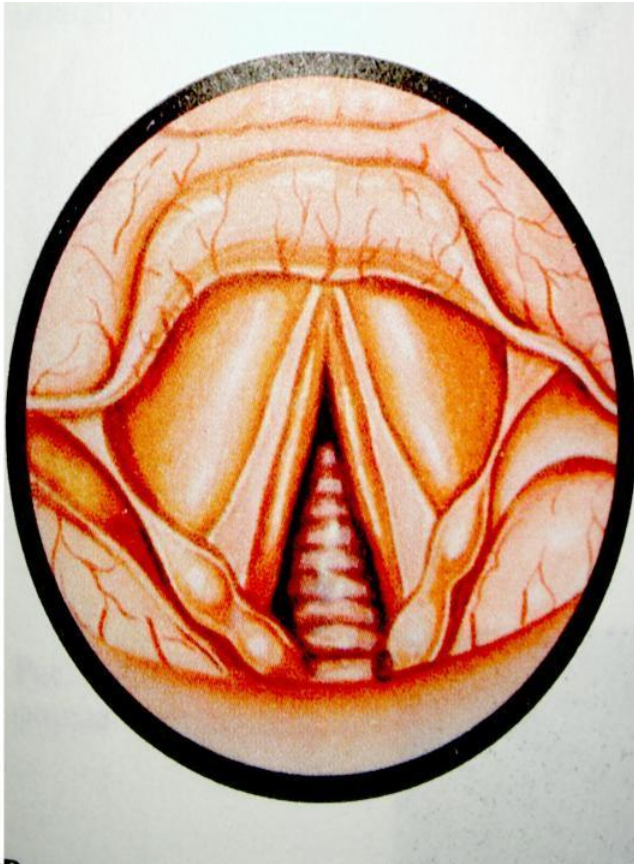


Физиотерапевтические процедуры назначаются после снятия гипертермии и ликвидации гнойного процесса при затянувшихся лимфаденитах: соллюкс, УВЧ на подчелюстную область, фонофорез, магнитотерапия.

В процессе лечения необходимо наблюдать за состоянием сердечно-сосудистой системы, проводить повторные исследования мочи и крови. После перенесенного заболевания пациент должен находиться под наблюдением врача в течение месяца.



Острый ларинготрахеит



Инфекционно-аллергическое воспаление слизистой оболочки и мышц гортани, сочетающееся с воспалением слизистой оболочки трахеи.

Этиология ларингита

1. Грипп
2. Аденовирусная инфекция
3. Парагрипп
4. Респираторно-синцитиальная инфекция
5. Mixt

Анатомо-физиологические предпосылки

1. Мягкость хрящевого скелета,
2. короткое и узкое преддверие гортани,
3. высокое расположение голосовых связок,
4. богатая клеточными элементами слизистая оболочка,
5. рыхлый, обильно кровоснабжающийся подслизистый слой с большим количеством тучных клеток
6. повышенная рефлекторная возбудимость мышц-аддукторов, замыкающих голосовую щель,
7. широкая распространенность и функциональная незрелость рефлексогенных зон гортани

Патогенез острого ларинготрахеита

Классификация острого ларинготрахеита у детей (проф. Митин Ю.В.) (1)

I. Вид острой респираторной вирусной вирусной инфекции

1) грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция,
респираторно-синцитиальная инфекция;

2) ОРВИ – указывается при невозможности клинической
расшифровки и отсутствии экспресс-диагностики

Классификация острого ларинготрахеита у детей (проф. Митин Ю.В.) (2)

II. Форма и клинический вариант:

Первичная форма, рецидивирующая форма;

1-й вариант – внезапное начало при отсутствии других симптомов ОРВИ;

2-й вариант – внезапное начало на фоне ОРВИ

3-й вариант – постепенное нарастание симптомов на фоне ОРВИ.

III. Течение : 1) непрерывное; 2) волнообразное

IV. стадия стеноза гортани: 1) компенсированная; 2) неполной компенсации; 3) декомпенсированная; 4) терминальная.

Клиническая картина

- Развитие на фоне ОРВИ
- Острое начало, преимущественно в ночное время
- лающий кашель, резкое затруднение дыхания,
- инспираторная одышка
- Возможен акроцианоз, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
- Эндоларингиальная картина: выступающие под голосовыми складками красные валики, образованные гиперемированной и отечной слизистой оболочкой.

Дифференциальная диагностика ложного и истинного крупа

| <i>Признак</i> | <i>Ложный круп</i> | <i>Истинный круп</i> |
|-----------------------|---------------------------|---|
| Начало | Остро, в ночное время | Постепенное ухудшение дыхания |
| Голос | Чистый | Осиплость до афонии |
| Кашель | Лающий | Громкий в начале, постепенно переходящий в беззвучный |
| Лимфаденит | Нет | Шейный |
| Фибринозный налет | Нет | На миндалинах, в гортани |
| Интоксикация | Выраженная на фоне ОРВИ | Слабо выраженная, постепенно нарастающая |

Лечение

- Режим – постельный со свободным доступом свежего воздуха
- В начале заболевания – «отвлекающая» терапия
- Этиотропное
 - противовирусное
 - антибактериальное
- Патогенетическое
 - противовоспалительное
 - дегидратация
 - десенсибилизирующее
 - противокашлевые
- Симптоматическое
 - антипиретики
 - седативные
 - анальгетики
- При сохраняющихся или нарастающих явлениях стеноза – госпитализация в стационар (ингаляции кислорода, интубация)

