

**Сестринский уход при хронической
обструктивной болезни легких
(ХОБЛ)**

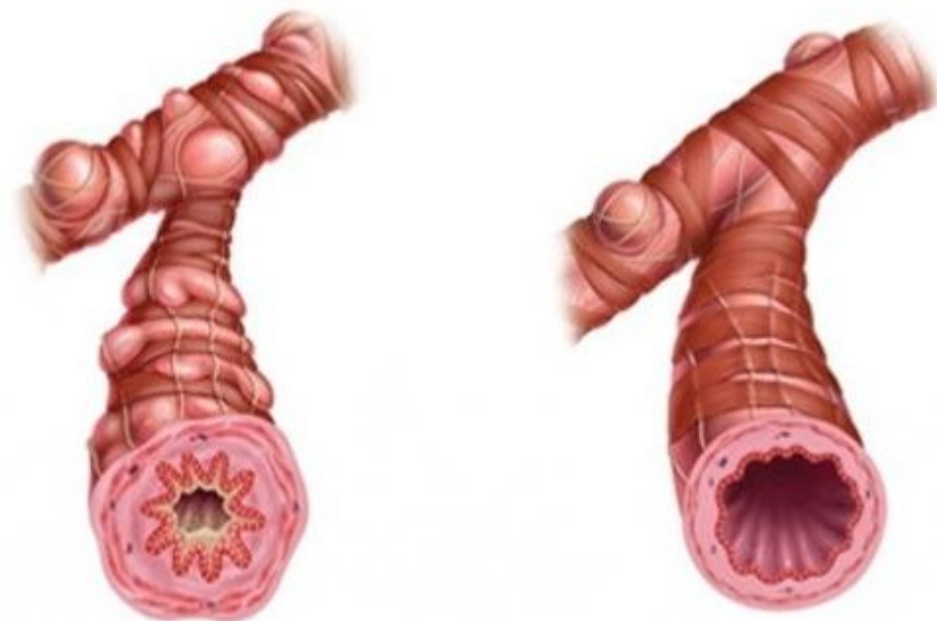
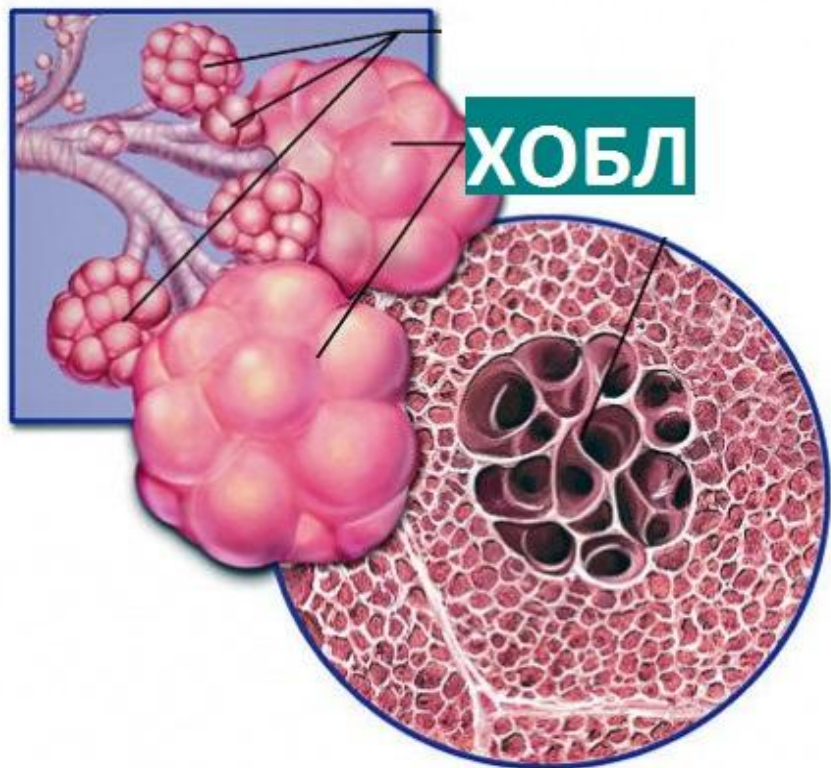
Актуальность темы

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — заболевание, которое набирает обороты.

В последние годы отмечается мировая тенденция к увеличению заболеваемости: с 2000 года по 2020 год её значение увеличилось на 25 % у мужчин и 69 % у женщин. Прогнозируется рост заболеваемости ХОБЛ в России.



Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)



Простой хронический бронхит и ХОБЛ - хронические воспалительные заболевания бронхов, протекающие с кашлем и отделением мокроты, продолжительностью не менее трех месяцев в году два года подряд и более.

ОСНОВНЫЕ ФАКТЫ

- Основной причиной развития ХОБЛ является табачный дым (в результате потребления табака или вдыхания вторичного табачного дыма).
- В настоящее время болезнь поражает мужчин и женщин почти равномерно, отчасти, в связи с возросшим потреблением табака среди женщин в странах с высоким уровнем дохода.
- ХОБЛ неизлечима, но лечение позволяет замедлить развитие болезни.
- По прогнозам, если не будут приняты меры, направленные на уменьшение риска, особенно на снижение воздействия табачного дыма, общая смертность от ХОБЛ в ближайшие 10 лет возрастет более чем на 30%.

Факторы риска

- Основной причиной развития ХОБЛ является табачный дым (включая вдыхание вторичного табачного дыма, или пассивное курение). Другие факторы риска включают:
- загрязнение воздуха внутри помещений (например, в результате использования твердого топлива для приготовления пищи и обогрева);
- загрязнение атмосферного воздуха отходами производства, производными сгорания топлива, выхлопными газами;
- социально-экономическое положение больных (бедность);
- погодные условия и климат (сырой и холодный воздух, туманы);

Факторы риска

- частые инфекции нижних дыхательных путей в детстве,
инфекционные факторы (у 25% - исход неизлеченного острого бронхита);
- неблагоприятные условия профессиональной деятельности:
- наличие пыли (особенно содержащей кадмий и кремний);
- длительное воздействие токсических паров и газов (испарений аммиака, хлора, газов при сварке),
- раздражающих веществ и дымов.

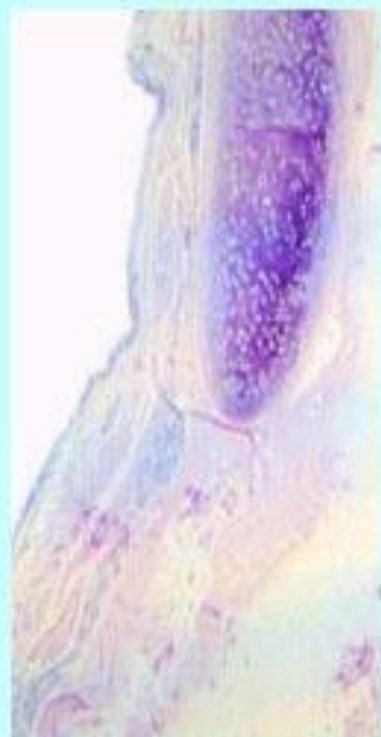
Патогенетические механизмы

**Нарушение функции системы местной
бронхопульмональной защиты и системы
иммунитета.**

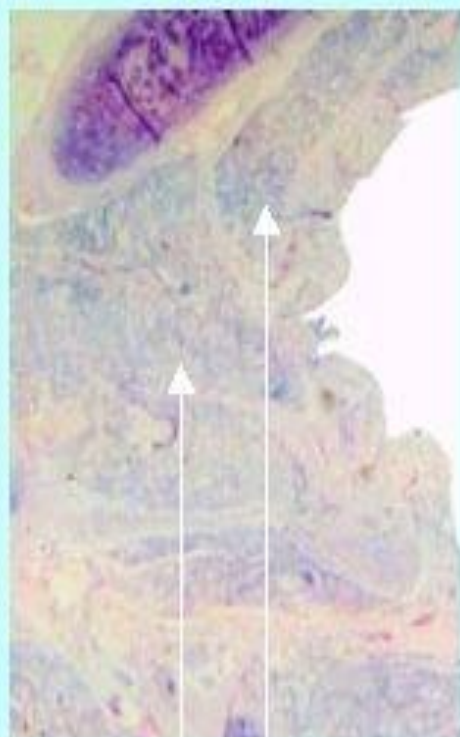
**Структурная перестройка слизистой оболочки
бронхов.**

**Развитие классической патогенетической триады
(гиперкриния, дискриния, мукостаз) и выделение
медиаторов воспаления и цитокинов.**

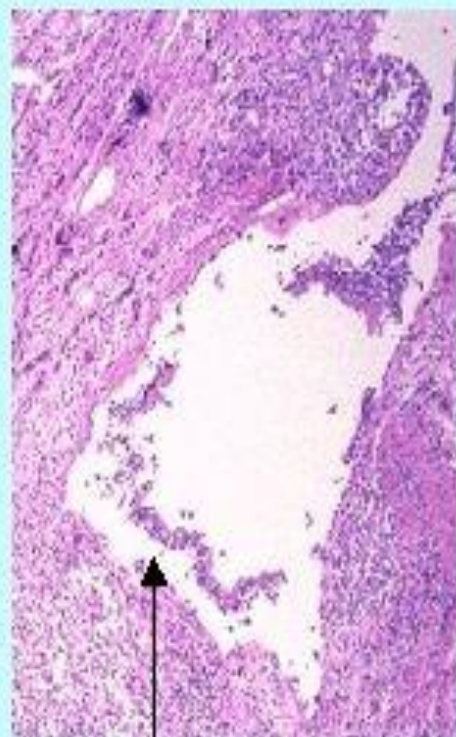
Изменения бронхов по ходу развития хронического обструктивного бронхита.



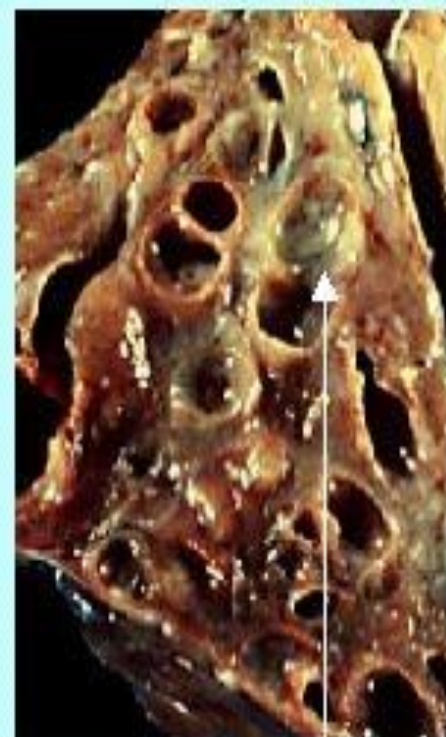
Нормальная
стенка бронха



гиперплазия желез,
воспалительная
инфильтрация,
склероз слизистой
бронха



неравномерное
расширение просвета,
рубцевание стенки
бронха



«мешотчатые»
бронхоэктазы
с гноем

Степени дыхательной недостаточности:

- I степень - одышка при значительной физической нагрузке,
- II степень - одышка при незначительной нагрузке и в покое,
- III степень - тяжелая одышка, декомпенсированное легочное сердце, ХСН II - III степени),



Хроническая бронхиальная обструкция характеризуется следующими клиническими признаками:

- 1) одышкой — вначале при физической нагрузке, в последующем — и в покое;**
- 2) усилением одышки при воздействии пыли, холодного воздуха, раздражающих веществ и т. д.;**
- 3) надсадным малопродуктивным кашлем с трудно отделяемой мокротой;**
- 4) удлинением фазы выдоха при спокойном и особенно при форсированном дыхании;**
- 5) сухими хрипами высокого тембра на выдохе;**
- 6) симптомами эмфиземы легких.**

Характеристика эмфизематозного (А) и бронхитического (Б) типов ХОБЛ

признаки	Эмфизематозный (А)	Бронхитический (Б)
анамнез	Начало с прогрессирующей одышки, 30 – 40 лет	Начало с продуктивного кашля, одышка после 50 лет
конституция	Астеническая	Пикническая
масса тела	Понижена	Повышена
цианоз	Не выражен	Выражен
кашель	Небольшой, без мокроты	Выражен, с мокротой
одышка	Резко выражена, относительно постоянна	Выражена умеренно, ↑ при обострении
толерантность к нагрузке	Резко снижена	Умеренно снижена
СН	Только в терминальной стадии	Характерна, развивается рано
аускультативные данные	Ослабление дыхания, отсутствие хрипов	Дыхание жесткое, хрипы характерны

Характеристика эмфизематозного (А) и бронхитического (Б) типов ХОБЛ

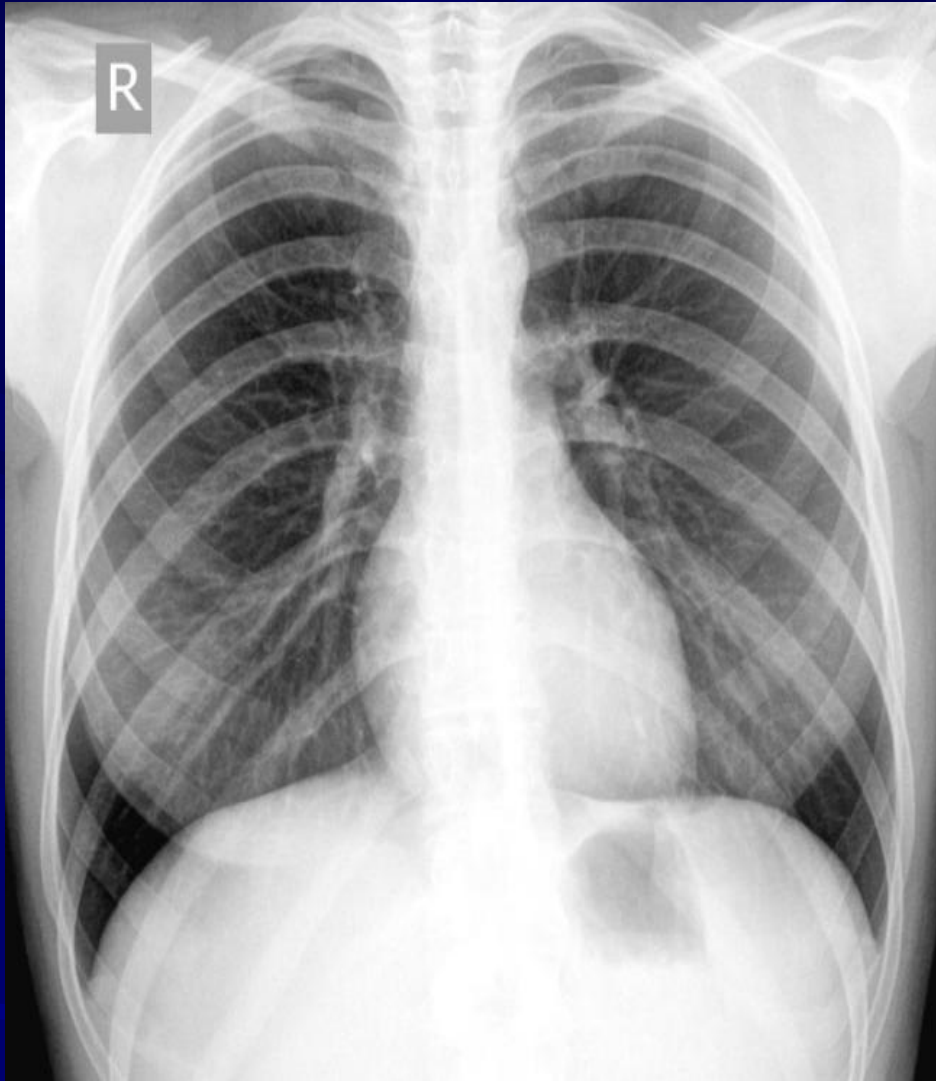
признаки	Эмфизематозный (А)	Бронхитический (Б)
Рентгенологические данные	↑ прозрачности легких, капельное сердце	Фиброзно–склеротические изменения, ↑ правого сердца
необратимая обструкция	Есть	Есть
сопротивление при вдохе	Нормальное	Увеличенное
общая емкость легких	Увеличена	Нормальная или снижена
остаточный объем легких	Резко увеличен	Увеличен
эритроцитоз	Отсутствует	Характерен
гематокрит	Нормальный	Увеличен
гипоксемия	Не характерна	Характерна
гиперкапния	Отсутствует	Характерна

Сравнительная характеристика основных клинических форм ХОБЛ при среднетяжелом и тяжелом течении

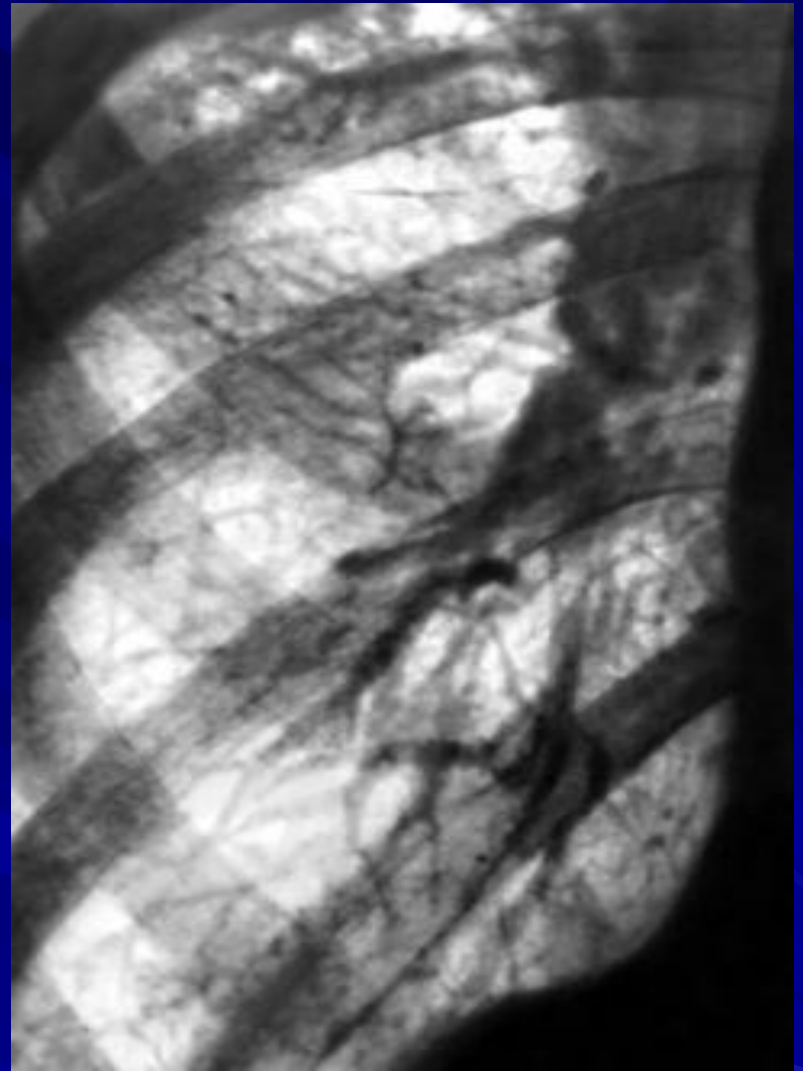
Симптомы ХОБЛ	бронхитическая	эмфизематозная
Выраженность симптомов	кашель > одышка	Одышка > кашель
Обструкция бронхов	выражена	выражена
> воздушности легких	слабо выражена	сильно выражена
Кожные покровы	диффузно – синие «синие отечники»	розово – серые «розовые пыхтельщики»
Кашель	с гиперсекрецией мокроты	малопродуктивный
Ro – графия легких	диффузный пневмосклероз	эмфизема легких

Сравнительная характеристика основных клинических форм ХОБЛ при среднетяжелом и тяжелом течении

Симптомы ХОБЛ	бронхитическая	эмфизематозная
«легочное сердце»	В среднем и пожилом возрасте, ранняя декомпенсация	В пожилом возрасте, поздняя декомпенсация
Полицитемия, эритроцитоз	Часто выражена, вязкость крови ↑	Не характерна
Масса тела	часто тучные	↓ массы тела
Функциональные нарушения	Признаки прогрессирующей ДН и СН	Преобладание ДН
Нарушения газообмена	<PaO ₂ , возможно >PaCO ₂	<PaO ₂ , >PaCO ₂
Смерть	В среднем возрасте	В пожилом возрасте



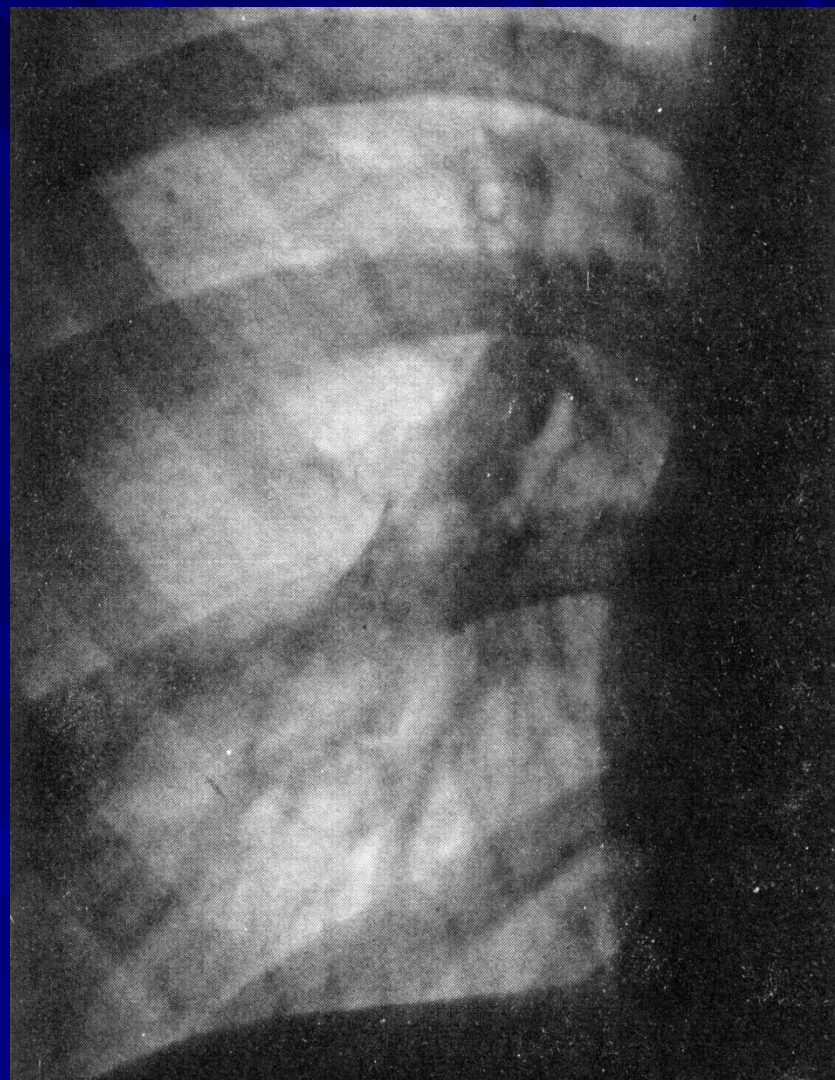
Нормальная рентгенограмма



Рентгенограмма при ХОБЛ

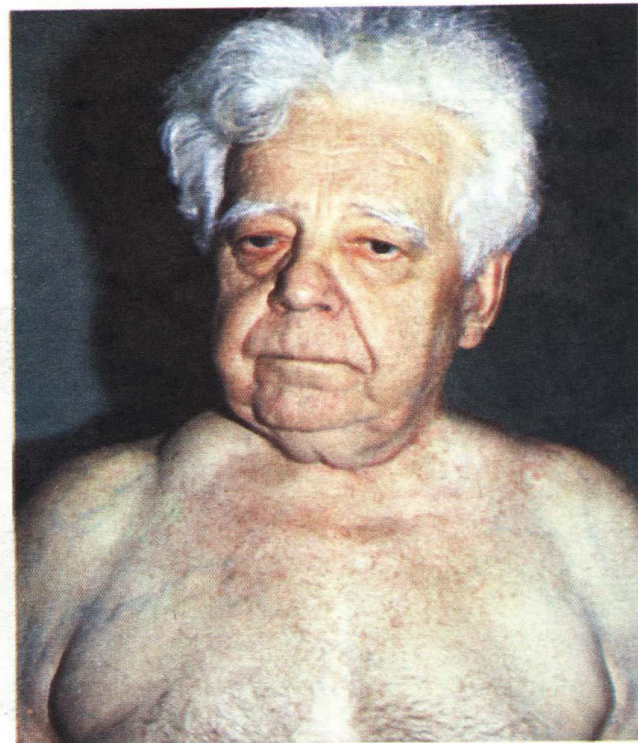


Нормальное бронхиальное дерево.



Утолщение стенок и просветов бронхов, усиление и деформация рисунка в прикорневых зонах.

Эмфизематозная форма



Сестринский диагноз: кашель с мокротой; одышка; приступы удушья; повышение температуры тела; повышенная утомляемость; слабость; потливость; плохой аппетит.

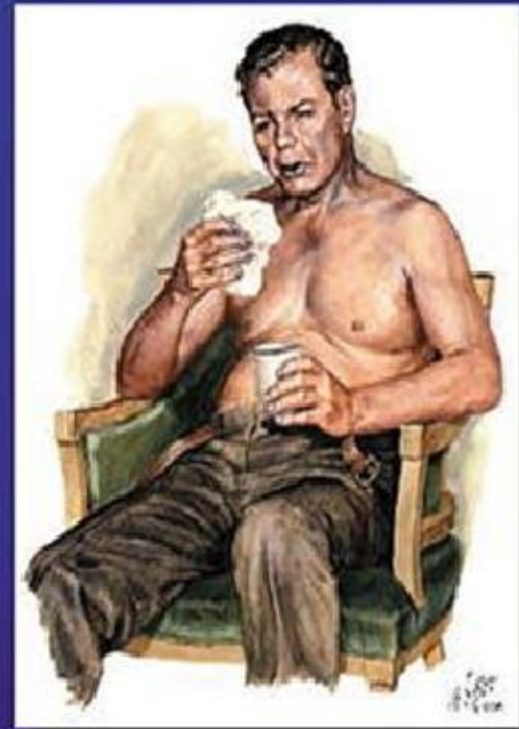
Уход и лечение

Эмфизематозный тип
больного ХОБЛ



«Розовые пытельщики»

Бронхитический тип
больного ХОБЛ



«Синие отечники»

Принципы лечения ХОБЛ

- ❑ 1. Устранение факторов, вызывающих развитие и прогрессирование заболевания.
- ❑ 2. В фазе обострения ХОБЛ терапия должна быть направлена на ликвидацию воспалительного процесса в бронхах, улучшение бронхиальной проходимости, восстановление нарушенной общей и местной иммунологической реактивности.
- ❑ 3. Противорецидивная и поддерживающая терапия.

Антибактериальная терапия

Основные показания к антибиотикотерапии в периоды обострения ХОБЛ — гнойный характер мокроты и симптомы интоксикации. *При этом используемые антибиотики должны отвечать следующим требованиям:*

- а) активность в отношении *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* ;
- б) хорошее накопление в бронхиальном секрете;
- в) низкая частота резистентности;
- г) низкая токсичность и минимальный риск аллергии.

Бронхолитическая терапия

Антихолинэргические
средства
(холинолитики)

- Ипратропия бромид
(атровент)

B₂ –
симпатомиметики
(B₂ – агонисты)

- Сальбутамол
(вентолин)
- Фенотерол (беротек)

теофиллины

- теопек
- теотард

Первичная: отказ от курения, предупреждение ОРВИ, санация очагов хронической инфекции в носоглотке, рациональное трудоустройство с исключением неблагоприятных производственных факторов (пыль, сквозняки, переохлаждения, загазованность помещения).

Вторичная: предупреждение обострений и осложнений хронического бронхита - два раза в год (весной и осенью) проводится обследование (физикальное, лабораторное, инструментальное), профилактическое лечение; при необходимости осуществляется трудоустройство, назначается санаторно-курортное лечение.



Пациентка И., 42 года, находится на лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом: хроническая обструктивная болезнь легких, фаза обострения. ДН II степени При сестринском обследовании установлены жалобы на: затрудненное дыхание при физической нагрузке, кашель с вязкой трудно отделяемой мокротой желтоватого цвета с неприятным запахом, чувство заложенности в груди, повышение температуры до 38^oC, головная боль, нарушение сна, общую слабость, плохой сон. Считает себя больной в течение 7 лет. Ухудшение наступило в течение последних двух недель, которое связывает с переохлаждением. Дома были приступы удушья. В контакт вступает с трудом, не верит в успех лечения, выражает опасение за свое будущее. Курит более 20 лет

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные. Температура 38,3^oC. ЧДД 22 в минуту. Отмечаются дистанционные свистящие хрипы. При аускультации в легких дыхание жесткое, сухие преходящие хрипы. Пульс - 88 уд. в минуту, удовлетворительных качеств. АД 140/90 мм рт.ст. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Задания: 1. Определить потребности, удовлетворение которых нарушено; сформулировать проблемы пациентки.
2. Поставить цели и составить план сестринских вмешательств с мотивацией.

Проблемы потенциальные: высокий риск удушья.

Проблема приоритетная: одышка.

Краткосрочная цель: пациентка отметит уменьшение одышки к концу недели лечения.

Долгосрочная цель: пациентку не будет беспокоить затрудненное дыхание к моменту выписки

Сестринские вмешательства.

1. Обеспечить соблюдение предписанного врачом двигательного режима, диеты ОВД с обильным щелочным питьем. Для уменьшения вязкости мокроты и улучшения ее отделения.
2. Разъяснить правила приема лекарственных препаратов. Для активного участия пациентки в процессе лечения
3. Создать пациентке дренажное положение и обучить его выполнять. Для улучшения отхождения мокроты
4. Обучить пациентку правильному поведению при кашле. Для инфекционной безопасности
5. Провести лечебный массаж грудной клетки в сочетании с вибрационным по 10 мин. 2 раза в день. Для улучшения дыхательной функции и кровообращения.
6. Обучить пациентку дыхательной гимнастике. Для улучшения аэрации легких.

7. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты в течение 30 мин Для обогащения воздуха кислородом.
8. Провести беседы с родственниками об обеспечении питания с высоким содержанием белка, а также витаминов и микроэлементов; Для повышения защитных сил организма.
9. Вести наблюдение за внешним видом и состоянием пациентки (АД, ЧДД, пульс). Контроль состояния.
10. Своевременно и правильно выполнять назначения врача. Для эффективного лечения.
11. Проводить беседы: о значении переохлаждения организма- Для эффективного лечения и вторичной профилактики; о рациональном питании; о значении дыхательных и общеукрепляющих упражнений для укрепления здоровья; о вреде курения.
12. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям. Для правильного выполнения исследований.