



БОУ ОО «Медицинский колледж»

Лекция 9

Тема:

*«Сестринский уход при
пневмониях»*

Дисциплина: «Сестринское дело в терапии с курсом ПМП».

Специальность: 0406 «Сестринское дело»

Преподаватель: Л.Н.Воробьева

План

1. Определение понятия «пневмония».

2. Этиология.

3. Способствующие факторы и пути передачи.

4. Крупозная пневмония: клиника, диагностика.

5. Очаговая пневмония: клиника, диагностика.

6. Осложнения.

7. Принципы лечения.

8. Профилактика.

9. Пример решения проблемы пациента.



Пневмония

- – **острое инфекционно –
воспалительное** заболевание лёгких
с вовлечением всех структурных
элементов лёгочной ткани с
обязательным поражением
альвеол и наличием в них
экссудата.

Этиология



1. Вирусы
2. Бактериальная флора
3. Вирусно – бактериальная инфекция: пневмококк, стафилококк, стрептококк, клебсиелла, микоплазма, гемофильная палочка, и др.



Предрасполагающие факторы

- холодное время года (переохлаждение)
- вирусы (гриппа А,В,С, парагриппа, аденовирусы, респираторно – синцитиальные вирусы и коронавирусы)
- возраст старше 60 лет
- ХОБЛ



Предрасполагающие факторы

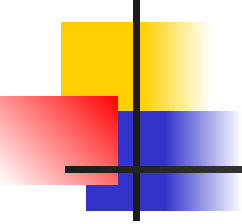
- Курение
- Нарушение сознания
- Алкогольная интоксикация
- Мозговая травма
- Эпилепсия

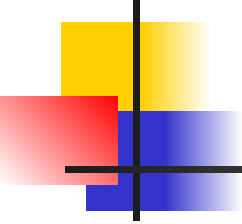
Классификация

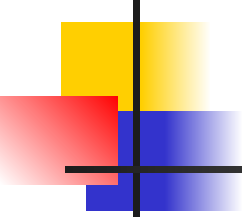


В зависимости от места внесения инфекции

- **Внебольничная (приобретенная пневмония вне лечебного учреждения) пневмония (синонимы: домашняя, амбулаторная).**

- 
-
- **Нозокомиальная** (приобретенная в лечебном учреждении пневмония) (синонимы: госпитальная, внутрибольничная).

- 
-
- **Аспирационная пневмония.**
 - **Пневмония у лиц с тяжёлыми дефектами иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция).**



**Виды пневмонии в зависимости от
степени поражения лёгочной
ткани:**

- а) крупозная (долевая,
плевропневмония)**
- б) очаговая (бронхопневмония)**

Диагностический стандарт



Жалобы:

Местные симптомы:

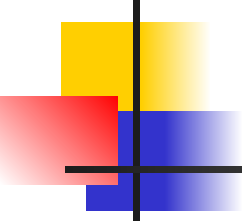
- кашель сухой или с мокротой,
- Мокрота гнойная
- кровохарканье,
- одышка
- боль в грудной клетке

Общие симптомы:



- острая лихорадка в начале заболевания 38.0°C и более
- интоксикация


Физикальные данные

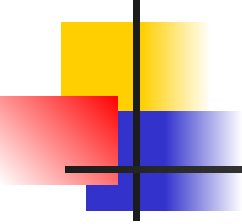
- 
-
- Пальпация: усиление голосового дрожания
 - Перкуссия: притупление перкуторного звука
 - Аускультация: крепитация, мелкопузырчатые хрипы



Лабораторно-инструментальные методы:

- Рентгенография ОГК в 2 проекциях: очаговая или долевая инфильтрация – однородное затемнение лёгочной ткани;
- Томография ОГК
- Компьютерная томография при поражении верхних долей,

- 
- **Общий анализ крови:** нейтрофильный лейкоцитоз (много молодых форм палочкоядерных и юных)
 - **Серологическое исследование** (определение антител к грибам, микоплазме, хламидии, легионелле, цитомегаловирусу)
 - **Исследование мокроты.**



**Крупозная пневмония – острое
воспаление лёгких,
захватывающее долю лёгкого,
несколько долей.**

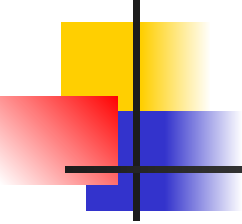


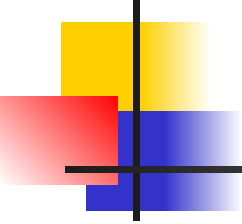
Клиника

Основные жалобы:

- 1. Кашель**
- 2. Мокрота**
- 3. Одышка**
- 4. Боль в грудной клетке**

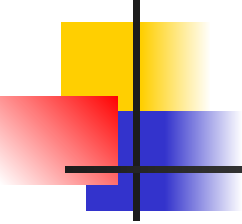
Начало острое.

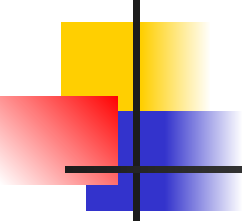
- 
-
1. Появляется сильная головная боль, резкая слабость, повышение температуры до 39–40°C, озноб.
 2. Возникает **боль в грудной клетке** над пораженным участком легкого, усиливающаяся при вдохе и кашле. Больной дышит поверхностно и часто, щадя пораженную сторону.



3. Со второго дня появляется небольшое количество слизистой, вязкой мокроты.

Мокрота быстро приобретает коричнево-красную окраску («ржавая» мокрота), что обусловлено продуктами распада эритроцитов.

- 
-
4. **Выражены симптомы интоксикации:**
общая слабость, снижение аппетита,
ломота во всём теле, нарушение сна.
Могут быть бред и галлюцинации.



При благоприятном течении
рассасывание пневмонического очага
заканчивается к концу 3–4-й недели.



Объективное обследование

Осмотр :

- состояние тяжёлое,
- гиперемия щек, акроцианоз, герпетические высыпания на губах или крыльях носа.
- Дыхание частое, поверхностное (ЧДД до 30–40 в минуту),
- пораженная сторона грудной клетки отстаёт при дыхании.
- Тахикардия до 100 – 120 в минуту.



Пальпация:

- Усиление голосового дрожания над местом воспаления
- Снижение экскурсии поражённой половины грудной клетки

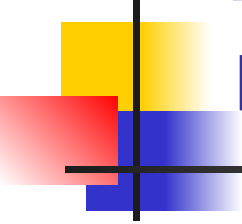
Перкуссия легких:

тупой звук над поражённой долей



Аускультация:

- дыхание ослаблено, бронхиальное
- крепитация
- влажные хрипы.
- При распространении процесса на плевру - шум трения плевры.



Дополнительные методы исследования

Общий анализ крови:

- нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево до юных,
- ускоренное СОЭ.

Общий анализ мокроты:

«ржавая» за счёт эритроцитов



Рентгенография лёгких – очаг
затемнения захватывает долю (доли).

Бактериологическое исследование
мокроты и определение
чувствительности к антибиотикам.



© May Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



Возможные осложнения

Лёгочные осложнения:

- Параневмонический плеврит
- Эмпиема плевры
- Абсцесс и гангрена лёгкого
- Множественная деструкция лёгких
- Бронхообструктивный синдром
- Острая дыхательная недостаточность



Внелёгочные осложнения:

- Острое лёгочное сердце
- Инфекционно-токсический шок
- Неспецифический миокардит, эндокардит, перикардит
- Сепсис
- Менингит, менингоэнцефалит
- Психозы (при тяжёлом течении, особенно у пожилых)



Очаговая пневмония

Воспалительный процесс захватывает доли в пределах одного или нескольких сегментов.

В зависимости от величины очагов различают мелкоочаговые и сливные пневмонии

Процесс часто начинается с бронхов, поэтому очаговые пневмонии называют **бронхопневмониями.**

Клиника




Основные жалобы:

- Кашель
- Мокрота
- Одышки и боли в грудной клетке нет

Общие:

умеренная лихорадка и интоксикация



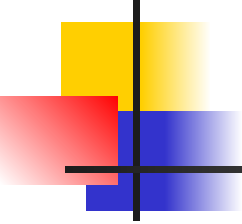
Начало постепенное, на фоне
предшествующих заболеваний: ОРВИ,
бронхита.

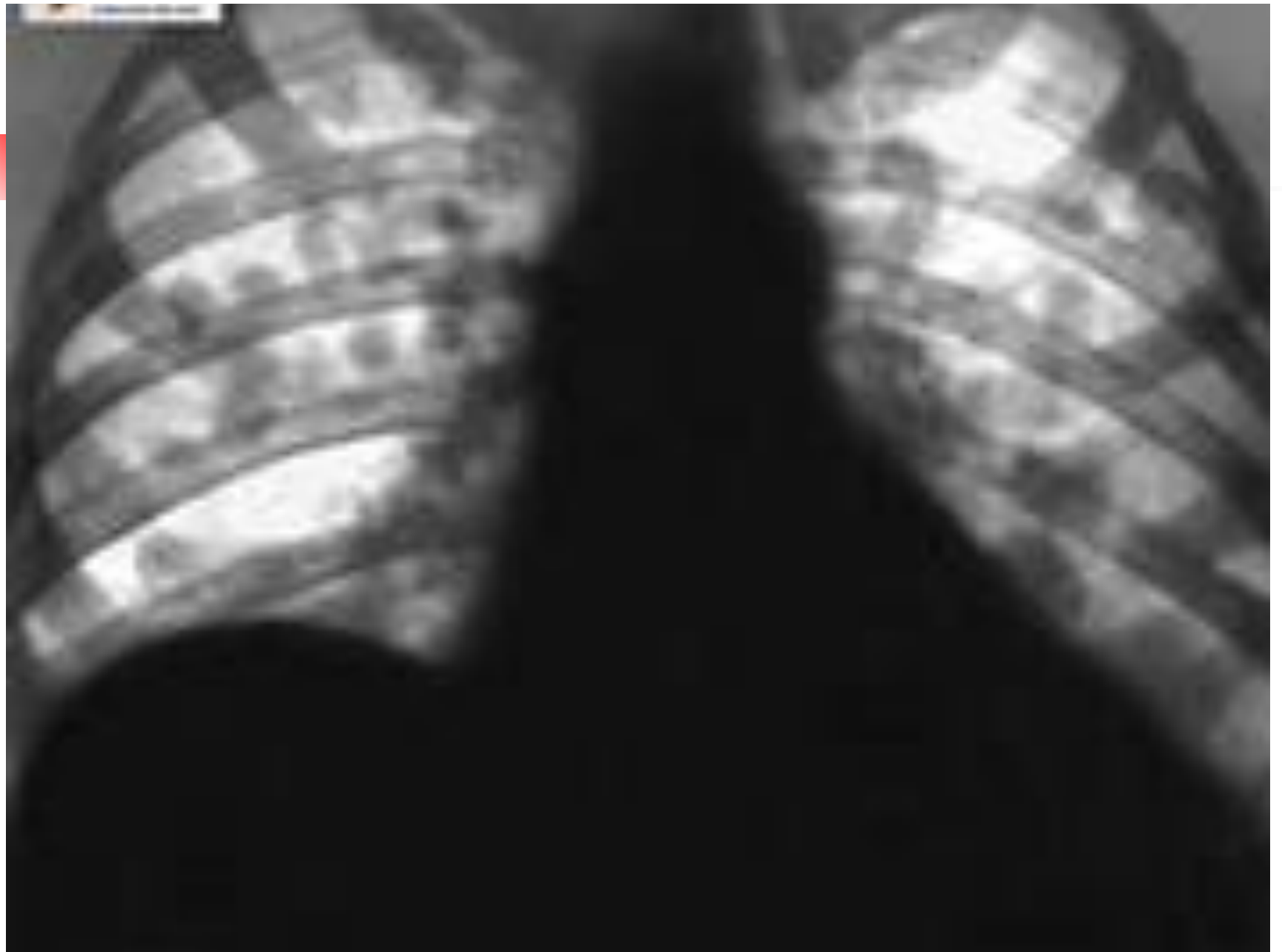
1. Воспалительный процесс с бронхов переходит на альвеолярную ткань. Появляется субфебрильная или фебрильная лихорадка, редко с ознобами.
2. Кашель сухой, через 2-3 дня со слизистогнойной мокротой, общая слабость, умеренная одышка.



Объективное обследование

- **Перкуссия:** притупление перкуторного звука над очагами воспаления.
- **Аускультация:** влажные хрипы, крепитация.
- **Общий анализ крови:** умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.

- 
-
- **Общий анализ мокроты** – слизисто – гнойная , содержит много лейкоцитов.
 - **Бактериологическое исследование мокроты.**
 - **Рентгенография лёгких** – очаг(и) затемнения 1 – 2 см в диаметре.





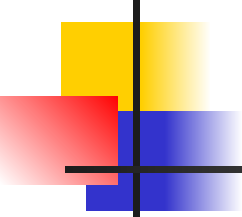
ЛЕЧЕНИЕ

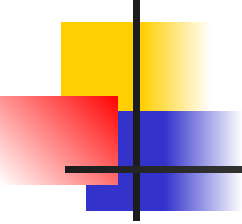
1. Лечение в стационаре, при внебольничной очаговой пневмонии возможно стационар на дому.
2. Режим постельный на период лихорадки
3. ОВД с увеличенным количеством щелочного питья, соков, морсов, фруктов, овощей



Медикаментозная терапия

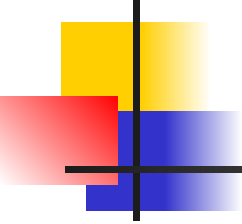
1. Антибиотики широкого спектра действия с учётом чувствительности микрофлоры:

- 
-
- **аминопенициллины: амоксициллин (амоксиклав),**
 - **цефалоспорины 2 – 4 поколения**
цефуроксим натрия, цефокситин,
цефотаксим, цефтриаксон, цефпиром
 - **макролиды (азитромицин)**



2. **Бронхолитики** (для снятия бронхоспазма): теопек, теодур.

Ингаляции беротека, сальбутамола или атровента

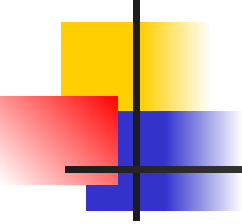
- 
-
3. **Отхаркивающие и разжижающие мокроту:** мукалтин, бромгексин, амброксол. Для усиления эффективности отхаркивания мокроты применяют дыхательную гимнастику, позиционный дренаж (дренажные положения).
 4. **Оксигенотерапия.**



5. При плеврите – НПВС (индометацин, вольтарен, найз)

6. **Дезинтоксикационная** терапия: в/в введение 5% раствора глюкозы, гемодез, реополиглюкин, гелафузин, стерафундин.

7. **Симптоматическая** терапия: сердечные гликозиды, жаропонижающие и др.



8. После нормализации T^0 тела и исчезновения признаков интоксикации – расширение режима, диеты, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, массаж.



Профилактика

Первичная:

- Закаливание
- Предупреждение простудных заболеваний
- Исключение вредных привычек
- Рациональное питание
- Ликвидация профессиональных вредностей



Вторичная:


- **Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами (выздоровливающими) участковым терапевтом по второй группе учёта (практически здоровые) в течение 6 месяцев - 1 года.**

- Настоящие проблемы пациента: кашель с отделением мокроты, лихорадка 2 период, одышка, боль в грудной клетке, дефицит знаний о заболевании.
- Приоритетная проблема: лихорадка 2 период.
- Краткосрочная цель: уменьшить лихорадку к 4 дню до субфебрильных цифр.
- Долгосрочная: к моменту выписки температура нормализуется.

План

сестринских вмешательств с мотивацией

- ~~1. Обеспечить физический, психический покой, постельный режим. Обеспечить предметами ухода. Для уменьшения нагрузки на организм.~~
2. Обеспечить прохладным обильным витаминизированным питьём: соки, морсы, чай более 2 литров в сутки. Для снижения температуры и уменьшения интоксикации.



3. Кормить пациента 6 -7 раз в сутки
небольшими порциями жидкой или
полужидкой пищей. Для повышения
защитных сил организма


4. Применить методы физического
охлаждения: холодный компресс, пузырь со
льдом к голове, легко укрыть. Для
снижения температуры.



5. Смазывать губы глицерином или несолёным сливочным маслом. Для предупреждения трещин на губах.

6. Обеспечить регулярное проветривание палаты. Для обогащения воздуха кислородом.

7. Проводить уход за кожей и слизистыми. Для профилактики инфекционных осложнений.



8. Обеспечить влажную уборку и кварцевание палаты. Для обеспечения инфекционной безопасности.

9. Выполнять назначения врача. Для эффективности лечения

10. Вести наблюдение за состоянием пациента, пульсом, АД, ЧДД. Для ранней диагностики осложнений.