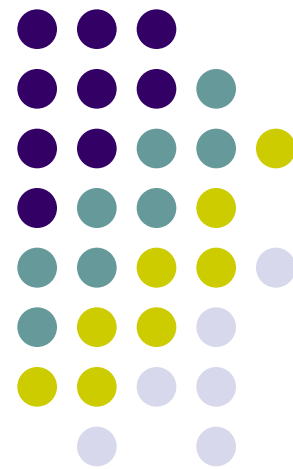


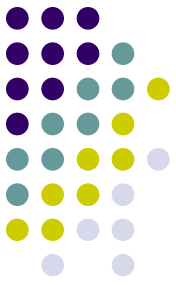
ЛЕКЦИЯ 6

Сестринская помощь при хронической обструктивной болезни легких

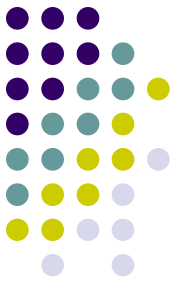


Хроническая обструктивная болезнь

легких (ХОБЛ) — хроническое, медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся необратимой или частично обратимой (при применении лечения) обструкцией бронхиального дерева с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.

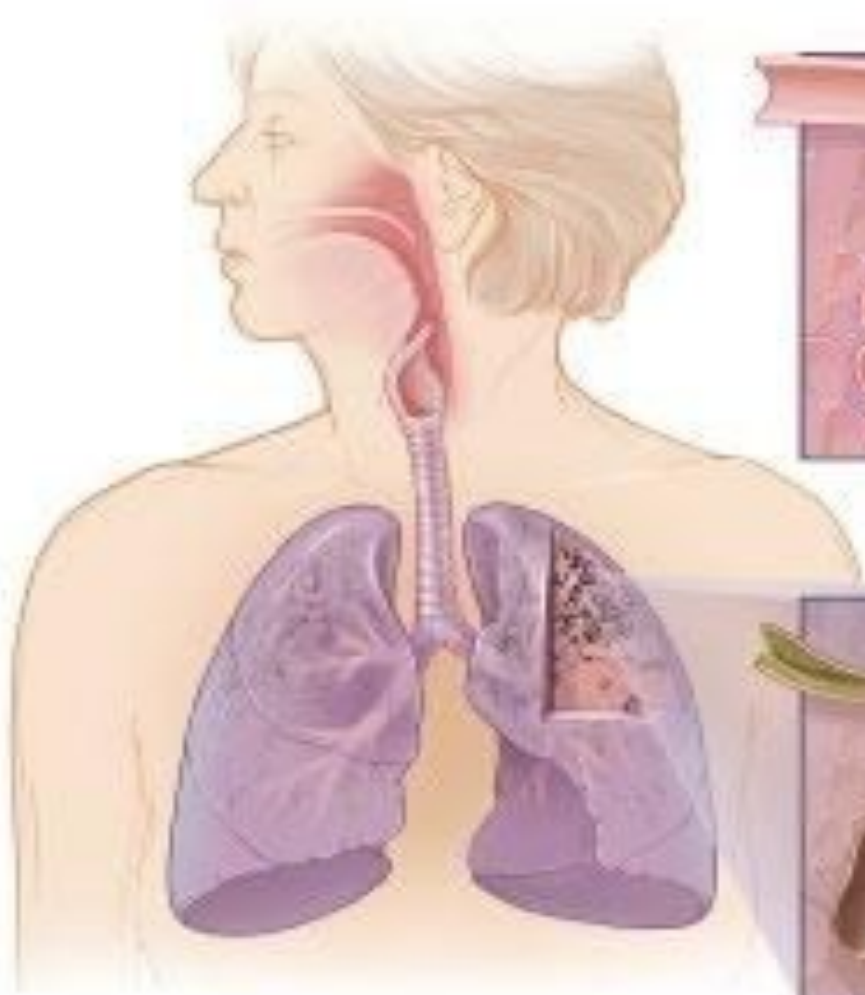


ХОБЛ является комбинацией поражения бронхиального дерева и эмфиземы легких, клинически проявляется дыхательной недостаточностью и признаками хронического легочного сердца.



Эмфиземой легких считают разрушение легких, характеризующееся патологическим расширением воздушных пространств, расположенных дистальнее терминальных бронхиол, и сопровождающуюся деструктивными изменениями альвеолярных стенок.





В норме



При ХОБЛ



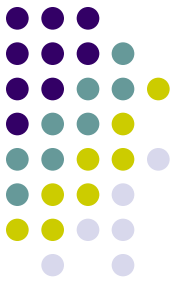
Больные бронхи



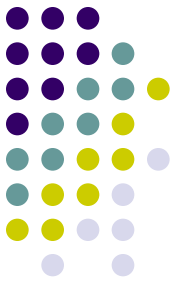
Здоровые бронхи

ХОБЛ — следствие длительно протекающих заболеваний легких:

- хронического обструктивного бронхита,
- тяжелой бронхиальной астмы
- длительного курения (бронхит курильщика).



Обструктивный хронический бронхит



Различают:

Простой – мокрота слизистая

Гнойный – мокрота гнойная

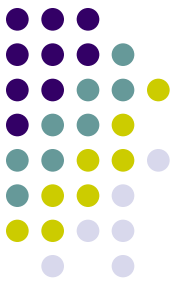
Жалобы



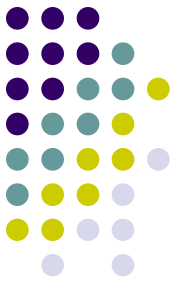
- . кашель с выделением трудноотделяемой слизистой или слизисто-гнойной мокроты преимущественно по утрам (утренний туалет бронхов)**
- . одышка при незначительной физической нагрузке и в покое**
- . повышение температуры тела при простом до субфебрильных цифр при гнойном – до высоких цифр (свыше 380С)**

При осмотре может быть **вынужденное положение** пациента в постели, цианоз кожных покровов, увеличение частоты дыхательных движений (более 20 в 1 мин.), грудная клетка бочкообразной формы;

При аускультации лёгких ослабленное или усиленное жесткое дыхание, могут быть сухие рассеянные хрипы с обеих сторон;



Лабораторные и инструментальные методы исследования:



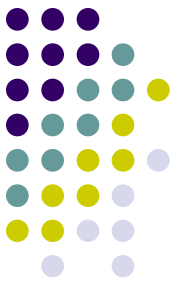
ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ;

анализ мокроты: наличие лейкоцитов;

посев мокроты: выявление возбудителя
и определение чувствительности к
антибиотикам;

рентгенологическое исследование-
усиление лёгочного рисунка и признаки
эмфиземы лёгких;

Лабораторные и инструментальные методы исследования (продолжение):



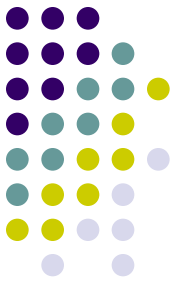
функция внешнего дыхания

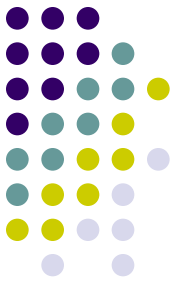
определяется при помощи спирографии;

бронхоскопия – уточняет характер изменения бронхиального дерева.

Осложнения:

- . эмфизема лёгких;**
- . хроническая дыхательная недостаточность;**
- . хроническая сердечная недостаточность (лёгочное сердце);**
- . бронхоэктатическая болезнь.**





Лечение:

в период обострения – постельный режим, в тяжёлых случаях – госпитализация;

диета богатая белками и витаминами, обильное витаминизированное питьё при лихорадке;

щелочное питьё (боржоми с молоком) для разжижения мокроты;

Лекарственные препараты:

антибиотики с учётом результатов посева мокроты на чувствительность к антибиотикам (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, гентамицин);

фторхинолоны (левофлоксацин);

отхаркивающие препараты (бромгексин, мукалтин, амбробене, отхаркивающая микстура, препараты ацетилцистеина – АЦЦ, «доктор МОМ» и др.);



бронхолитики: эуфиллин, бронхолитин;

ингаляции с бронхолитическими средствами беротек, сальбутамол;

санационная бронхоскопия – способствует отхождению мокроты;





Физиотерапия: кислородный коктейль, щелочно-масляные ингаляции, ингаляции с лекарственными препаратами, диатермия, УВЧ, электрофорез хлорида кальция и др.

ЛФК, массаж грудной клетки в период затихания процесса.

Санаторно-курортное лечение: вне обострения .

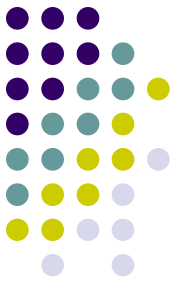
Диспансеризация: наблюдение участкового терапевта и пульмонолога (1 раз в 3 месяца).

Профилактика.



- 1. Отказ от курения.**
- 2. Трудоустройство с исключением воздействия неблагоприятных производственных факторов.**
- 3. Санация очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей.**
- 4. Своевременное и полноценное лечение респираторных заболеваний.**
- 5. Занятие дыхательной гимнастикой. .**
- 6. Пребывание в местности с благоприятным теплым сухим климатом.**
- 7. Диспансерное наблюдение.**

Нарушенные потребности пациента:
дышать, спать, есть, пить, выделять,
поддерживать температуру тела.



Основные проблемы пациента одышка,
сухой кашель, кашель с мокротой, озноб,
чувство жара, потливость.

Особенности сестринского ухода:



- 1. контролировать выполнение предписанного врачом режима;**
- 2. дать рекомендации по особенностям питания: включить в диету продукты, богатые белком и витаминами, обеспечить обильное тёплое питьё;**
- 3. контролировать температуру тела, ЧДД, частоту пульса, АД;**
- 4. контролировать характер и количество мокроты;**
- 5. обеспечить пациента индивидуальной плевательницей;**

6. обучить пациента обрабатывать плевательницу;

7. обучить пациента пользоваться индивидуальными ингаляторами;

8. осуществлять смену нательного и постельного белья;

9. осуществлять уход за кожей (гигиенические мероприятия);

10. оказать помощь при одышке: оксигенотерапия, возвышенное положение пациента в постели, регулярное проветривание помещения;

11. проводить влажную уборку помещения 2 раза в день;





12. обучить пациента правилам сбора мокроты на исследования

13. осуществлять психологическую подготовку пациента к инструментальным методам исследования (бронхоскопии, спирографии, пневмотахометрии);

14. выполнять врачебные назначения по введению лекарственных препаратов и др.;

15. обучить пациента и его родственников выполнению ингаляций в домашних условиях, постановке банок и горчичников;

16. соблюдать инфекционную безопасность пациента.