

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ХОБЛ И ПЛЕВРИТАХ



ХОБЛ- хроническая обструктивная болезнь легких

- Хроническая первично хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и паренхимы лёгких, формированием эмфиземы, нарушением бронхиальной проходимости с развитием частично или полностью необратимой бронхиальной обструкции, вызванной воспалительной реакцией.

ФАКТОРЫ РИСКА

- **Внутренние факторы:**
- генетические
- мужской пол и возраст > 40 лет;
- повреждения легких
внутриутробно и в детском
возрасте;
- бронхиальная гиперреактивность.

ФАКТОРЫ РИСКА

- **Внешние факторы:**
- **КУРЕНИЕ**, в том числе и пассивное;
- профессиональные вредности (вдыхание производственной пыли и
- химикатов);
- продукты сгорания органического топлива (древесины, соломы, угля);
- продукты сгорания автомобильного топлива;
- низкий социально-экономический статус;
- респираторные инфекции.

ПАТОГЕНЕЗ

- Основу патогенеза ХОБЛ составляет хронический воспалительный

процесс, преимущественно в мелких бронхах, который развивается в ответ

на продолжительное вдыхание раздражающих веществ.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1. **По преобладающему синдрому:** эмфизематозный тип; бронхитический тип; смешанный тип.
- 2. **По степени тяжести обструкции**
- 1 (легкая), 2 (средней тяжести), 3 (тяжелая), 4 (крайне тяжелая).
- 3 **По фазе:** обострение либо ремиссия (стабильное течение).
- 4. По наличию осложнений: пневмония, бронхоэктазы, дыхательная недостаточность, правожелудочковая недостаточность (легочное сердце), тромбоэмболия легочной артерии, пневмоторакс.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- В начале заболевания пациенты жалуются на кашель с мокротой и одышку (экспираторная или смешанного характера, нарастает постепенно, вначале появляется только при большой физической нагрузке, в дальнейшем прогрессирует)

Объективные данные. Общий осмотр пациента.

- Кожа –бледная
- Цианоз, акроцианоз
- Вынужденное положение пациента (с упором на руки для фиксации плечевого пояса) говорит о далеко зашедшей стадии заболевания, дыхательной недостаточности.
- Форма грудной клетки эмфизематозная
- (бочкообразная), над- и подключичные ямки сглажены или выбухают,

ДИАГНОСТИКА

- – определение факторов риска;
- – выявление клинических данных, подтверждающих обструкцию дыхательных путей;
- – проведение спирометрии, мониторинг ФВД.

Общий анализ крови

- Вне обострения у пациентов может отмечаться эритроцитоз (как компенсация гипоксии), высокий уровень гемоглобина, повышение гематокрита (у женщин $> 47\%$, у мужчин $> 52\%$), повышение вязкости крови и относительно низкая скорость оседания эритроцитов (СОЭ).
- У части больных может иметь место анемия (при частых обострениях, высокой активности воспалительного процесса).

Общий анализ крови

- При обострении ХОБЛ наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и ускорением СОЭ.

Исследование мокроты

- **Вне обострения** мокрота имеет светло-серый цвет, слизистый характер, выделяется в небольшом количестве, клеточный состав скудный (2–3 лейкоцита в поле зрения), преобладают макрофаги.

Исследование мокроты

- При обострении количество мокроты увеличивается, цвет может становиться желтым или зеленым, количество клеток резко возрастает (20–30 в поле зрения), преобладают нейтрофильные лейкоциты.

Рентгенография органов грудной клетки

- важна для исключения других диагнозов под маской ХОБЛ (туберкулез легких, онкологические процессы)

- **Электрокардиография (ЭКГ)** необходима для исключения кардиальной патологии как причины одышки.
- **Фибробронхоскопия (ФБС)** проводится для оценки состояния слизистой бронхов и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями легких.
- **Эхокардиография (Эхо-КГ)** показана некоторым пациентам, как
- правило, с III–IV стадией ХОБЛ.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Различают краткосрочные и долгосрочные задачи лечения ХОБЛ.
- **Краткосрочные задачи лечения:**
- облегчение симптомов;
- улучшение переносимости физической нагрузки;
- улучшение качества жизни.
- **Долгосрочные задачи лечения:**
- предотвращение и лечение осложнений;
- снижение смертности.

Основные направления лечения:

- 1 Нефармакологическое лечение (снижение влияния факторов риска, образовательные программы, физическая активность, вакцинация).
- 2 Медикаментозное лечение.

- Бронходилататоры короткого действия, желательно через небулайзер (сальбутамол, беротек)
- Глюкокортикостероиды (как ингаляционно, так и через рот)
- Антибактериальные препараты.
- Респираторная поддержка.
- Другие лечебные мероприятия



ПРОФИЛАКТИКА

- Первичная (предотвращение развития болезни)
- Вторичная (предотвращение обострений)

ПЛЕВРИТ

- воспаление плевральных листков, с образованием фибринозного налета на их поверхности или скопление в плевральной полости экссудата различного характера
- **Бывают сухие и экссудативные**

Причины:


- туберкулез легких или лимфатических узлов;
- острая пневмония;
- нагноительные процессы;
- травма грудной клетки;
- лейкоз, опухоли и др.

Способствующие факторы:

- снижение иммунитета;
- недостаточное питание;
- переутомление;
- переохлаждение.
- Сухой плеврит первичный всегда туберкулезного характера.
- Вторичное поражение может быть при инфаркте легкого, при пневмонии, нагноительных заболеваниях.

Основные симптомы при сухом плеврите:

- боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле и уменьшающаяся при лежании на больной стороне;
- одышка;
- сухой кашель;
- недомогание;
- температура (субфебрильная).
- При осмотре пациента определяется отставание при дыхании на стороне поражения.
- Пациент лежит на здоровом боку (щадит пораженную сторону)



- **В клиническом исследовании крови**
может определяться небольшое
изменение СОЭ.

- **При рентгенологическом исследовании**
легких определяется ограничение
подвижности купола диафрагмы.

Лечение:

- базовое
- лечение основного заболевания (пневмония, туберкулез, абсцесс);
- симптоматическое (анальгетики, препараты, уменьшающие кашель);

Экссудативный плеврит

- При экссудативном плеврите воспалительный процесс плевры сопровождается накоплением жидкости в плевральной полости.

Причины:

- туберкулезная интоксикация;
 - пневмония;
 - ревматизм и т. д.
-
- Экссудат может быть серозно-фибринозным, геморрагическим, гнойным, смешанным.

СИМПТОМЫ:

- одышка (ЧДД до 30-40 в минуту);
- боль в грудной клетке менее выражена;
- температура ремитирующего характера (с резким повышением по вечерам и снижением к утру);
- кашель
- тяжесть в боку;
- ПОТЛИВОСТЬ.

При объективном осмотре:

- состояние пациента тяжелое;
 - положение в постели вынужденное (сидит);
 - асимметрия грудной клетки (увеличение на стороне экссудата);
 - отставание этой половины грудной клетки в акте дыхания.
-
- **При перкуссии** врач определяет на стороне поражения укорочение перкуторного звука.
 - **При аускультации** – ослабленное дыхание.

- На рентгенограмме легких определяется затемнение
- Для исследования экссудата пациенту проводится плевральная пункция.

Принципы лечения

- Базовое лечение основного заболевания, плевральная пункция (удаление экссудата), **при гнойном плеврите** – хирургическое лечение: резекция ребер, вскрытие плевральной полости и дренаж.
- Режим постельный.
- Диета – высококалорийное питание.

По назначению врача могут применяться:

- антибиотики
- обезболивающие препараты;
- Дезинтоксикационная терапия
- мочегонные (фуросемид);
- кортикостероиды (преднизолон);
- массаж, ЛФК, дыхательная гимнастика;

Роль медсестры:

- помочь пациенту принять удобное положение;
- оказать помощь при одышке (в т. ч. дать кислород);
- оказать помощь при лихорадке;
- собрать мокроту на исследования;
- подготовить пациента к назначенной врачом плевральной пункции и помогать врачу в проведении пункции.
- Решить возможные проблемы пациента: страх перед пункцией плевры, недостаток знаний о своем заболевании и т. д.
-

Профилактика

- **Определяется основным заболеванием**





**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**