

- Учебник

для медицинских колледжей и училищ

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ТЕРАПИИ

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано в качестве учебника для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» по ПМ.02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», МДК.02.01 «Сестринская помощь при нарушениях здоровья»



ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	7
Введение	9
Глава 1. Предмет «Сестринское дело в терапии»	11
Введение в предмет «Сестринское дело в терапии»	11
Методы сестринского обследования пациентов	21
Модели сестринского дела	37
Медицинское страхование — современная форма организации сестринского ухода	41
Контроль качества деятельности медицинской сестры	45
Глава 2. Сестринский уход в системе первичной медико-санитарной помощи	60
Первичная медико-санитарная помощь	60
Сестринская помощь пациентам в поликлинике	63
Первичная медицинская помощь по принципу врача общей практики. Роль медицинского сестринского персонала.	66
Здоровье и болезнь семьи. Роль медицинской сестры в формировании здорового образа жизни	69
Профилактика заболеваний	74
Паллиативный сестринский уход	90
Глава 3. Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания.	98
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов дыхания	98
Простой хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких	108
Пневмония	115
Бронхиальная астма	125
Абсцесс легкого	139
Бронхоэктатическая болезнь	144
Рак легкого	150
Плеврит	155

Глава 4. Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения	161
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов кровообращения	161
Ревматизм	171
Пороки сердца	176
Гипертоническая болезнь.	182
Атеросклероз.	194
Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия	199
Инфаркт миокарда.	209
Острая сердечная недостаточность.	218
Острая сосудистая недостаточность	222
Хроническая сердечная недостаточность	229
Глава 5. Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения	236
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов пищеварения	236
Функциональная диспепсия	244
Острый гастрит.	247
Хронический гастрит.	250
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	255
Рак желудка.	264
Хронический энтерит	269
Хронический колит	275
Дискинезии желчевыводящих путей	282
Острый холецистит	284
Хронический холецистит	286
Желчнокаменная болезнь.	290
Хронический гепатит	295
Цирроз печени	299
Острый панкреатит	305
Хронический панкреатит	307

Глава 6. Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения	312
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов мочевого выделения	312
Острый диффузный гломерулонефрит	315
Хронический диффузный гломерулонефрит	321
Острый и хронический пиелонефрит	326
Мочекаменная болезнь	332
Острая почечная недостаточность	336
Хроническая почечная недостаточность	338
Глава 7. Сестринский уход при заболеваниях системы крови	344
Особенности сестринского обследования при заболеваниях системы крови	344
Железодефицитная анемия	347
Витамин В ₁₂ - и фолиеводефицитные анемии	353
Лейкозы	355
Геморрагические диатезы	361
Глава 8. Сестринский уход при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ	366
Особенности сестринского обследования при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ	366
Диффузный токсический зоб	369
Гипотиреоз	374
Эндемический зоб	378
Ожирение	380
Сахарный диабет	384
Глава 9. Сестринский уход при заболеваниях опорно-двигательного аппарата	402
Особенности сестринского обследования при заболеваниях опорно-двигательного аппарата	402
Ревматоидный артрит и деформирующий остеоартроз	405

Глава 10. Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях.	412
Особенности сестринского обследования при острых аллергических заболеваниях	412
Острые аллергические заболевания	414
Приложение 1	423
Тестовый контроль.	423
Приложение 2	497
Лечебное питание в лечебно-профилактических учреждениях	497
Характеристика, химический состав и энергетическая ценность стандартных диет, применяемых в лечебно-профилактических учреждениях (больницах и др.)	499
Диеты номерной системы.	502
Разгрузочные и специальные диеты	513
Приложение 3	516
Прописи основных лекарственных препаратов	516
Приложение 4	527
Сестринская карта	527
План мероприятий по уходу	531
Рекомендуемая литература.	532
Предметный указатель	534

Бронхиолы переходят в альвеолярные ходы, стенки которых состоят из легочных альвеол диаметром 0,2–0,3 мм, выстланных одним рядом плоского эпителия. Альвеолы соединены между собой тонкой прослойкой эластической соединительной ткани, в толще которой проходят мельчайшие артериолы и капилляры. Альвеолы вместе с эластической тканью составляют паренхиму легкого, или легочную ткань, которая,

в свою очередь, пронизана бронхами и кровеносными сосудами разных калибров. Группа альвеол составляет дольку легкого, а из долек составляются доли легкого (правое имеет три доли, левое — две). Каждое легкое имеет самостоятельные бронх и легочную артерию, а также 10 сегментов, отделенных друг от друга соединительнотканной перегородкой.

Легкие покрыты **плеврой**, которая имеет два листка. Внутренний листок покрывает оба легких, выстилая их между долями, затем переходит в наружный листок в виде двух мешков, в которых находятся оба легких. Внутренний листок прочно соединен с легочной тканью, наружный — с внутренней поверхностью грудной клетки и диафрагмой. Прилегающие друг к другу листки плевры покрыты серозной оболочкой и эндотелием, продуцирующими около 2 л/сут плевральной жидкости. Вдох происходит благодаря сокращению межреберных мышц и диафрагмы, когда грудная клетка расширяется и поднимается. Выдох происходит пассивно: мышцы расслабляются, грудная клетка опускается, диафрагма поднимается, легкие спадаются. **Акт дыхания** происходит автоматически благодаря раздражению дыхательного центра повышенным содержанием в крови углекислоты (**гиперкапния**). При спокойном дыхании человек вдыхает и выдыхает по 500 мл воздуха.

ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Жалобы больного

- Кашель сухой, с мокротой. Характер мокроты: слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, серозная, цвет, запах, количество.
- Боль в грудной клетке, связь с дыханием, кашлем, локализация, иррадиация, длительность.
- Одышка (постоянная, периодическая, связь с нагрузкой).
- Приступы удушья (редко, постоянно).
- Кровохарканье.
- Повышенная температура тела.
- Повышенная потливость и др.

История болезни

- Когда началось заболевание.
- Причины.
- Начало.
- Развитие.
- Проводившееся обследование и лечение: выписки из истории болезни, лекарственные средства, частота госпитализаций.

История жизни

- Факторы риска (патология носоглотки, затрудняющая дыхание через нос).
- Перенесенные простудные заболевания.
- Наследственность (благоприятная, неблагоприятная).
- Вредные привычки.
- Семейно-бытовые условия.
- Аллергия (пищевая, лекарственная, бытовая, наличие аллергических заболеваний).
- Профессиональные вредности (пыль, сквозняки, перепады температуры).

Физикальное обследование

- **Осмотр:** положение в постели, цианоз, одышка, набухание шейных вен, форма пальцев и ногтей («барабанные палочки», «часовые стекла»), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (приподнимание плечевого пояса, западение межреберных промежутков, надключичных и подключичных ямок), форма грудной клетки. У здоровых людей грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При эмфиземе она становится бочкообразной, вздутой, надключичные области выбухают. При пневмосклерозе отмечают западение и/или отставание пораженной половины грудной клетки в акте вдоха.
- **Пальпация:** голосовое дрожание (равномерное, ослаблено, усилено), эластичность грудной клетки, болезненность (локализация).
- **Аускультация:** характер дыхания (везикулярное, ослабленное, резко ослабленное, жесткое, бронхофония, локализация), хрипы (сухие, влажные, постоянные, преходящие, локализация), шум трения плевры (локализация).

Лабораторные методы исследования

- Клинический анализ крови.
- Общий анализ мокроты.
- Бактериологический анализ мокроты.
- Определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам.
- Исследование мокроты на бактерии Коха.
- Исследование мокроты на атипичные клетки.
- Биохимическое исследование крови (α -, β -, γ -фракции белка, фибриноген, C-реактивный белок).

Инструментальные методы исследования

- Рентгеноскопия, рентгенография, бронхография, томография, флюорография, компьютерная томография.
- Бронхоскопия.

- Методы **функциональной диагностики** системы внешнего дыхания. Они не позволяют диагностировать заболевание, которое привело к дыхательной недостаточности, однако позволяют определить ее наличие, нередко задолго до появления клинических симптомов, установить тип (обструктивный, рестриктивный), характер и степень выраженности, динамику изменений.

Спирография. Определяют легочные объемы, дыхательный и минутный объем вентиляции, максимальную вентиляцию легких, объем форсированного выдоха. Можно также определить все показатели для каждого легкого, установить поглощение кислорода легкими за 1 мин (рис. 3.1).

Пневмотахметрия — метод измерения пиковых скоростных показателей воздушного потока в крупных, средних и мелких бронхах при форсированном вдохе и выдохе с помощью спирографа и других аппаратов.

Пневмотахография — метод измерения объемной скорости и давлений с помощью универсального пневмотахографа.

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ И СИМПТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

К основным жалобам и симптомам относят: кашель, одышку, выделение мокроты, кровохарканье, легочное кровотечение, боль в грудной клетке. Повышение температуры тела (лихорадка), слабость,

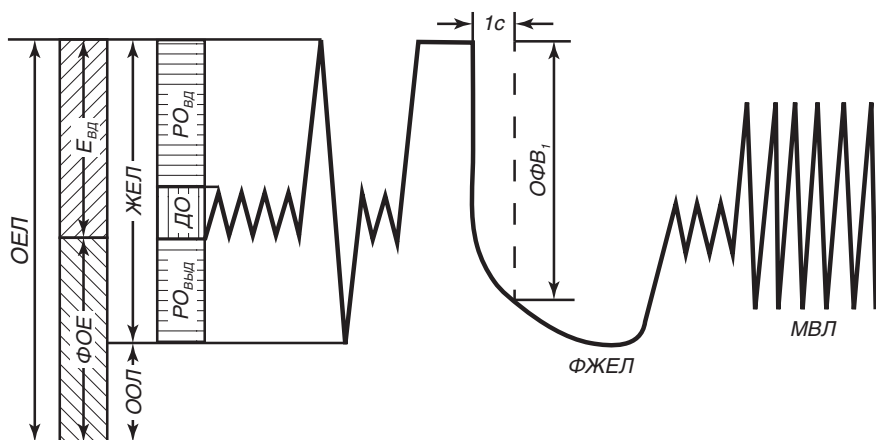


Рис. 3.1. Спирограмма: ДО — дыхательный объем; $РО_{вд}$ — резервный объем вдоха; $РО_{выд}$ — резервный объем выдоха; ЖЕЛ — жизненная емкость легких; ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких; $ФЖЕЛ_{1с}$ — форсированная жизненная емкость легких в 1 с; МВЛ — максимальная вентиляция легких

недомогание, понижение аппетита, повышенная потливость также служат симптомами при заболеваниях органов дыхания. В некоторых случаях они могут быть приоритетными. Эти жалобы в основном обусловлены симптомами интоксикации, степень их выраженности у разных больных при одних и тех же заболеваниях различна.

Кашель — один из основных симптомов при заболеваниях органов дыхания, но возможен и у здоровых людей. Это рефлекторный защитный акт. Чаще всего причиной кашля служит избыточное количество слизи, образующейся при вдыхании дыма, пыли, газов и т.д. Если слизи образуется мало, то кашель бывает сухим.

Мокрота — продукт нарушенной функции слизистой оболочки бронхов. Слизистая оболочка дыхательных путей ниже голосовой щели у здоровых людей стерильна, поэтому у них мокроты нет. По характеру мокрота бывает слизистой, слизисто-гнойной и гнойной. Слизистая мокрота прозрачна, иногда белесоватого цвета из-за примеси фибрина, отмечают при катаральном воспалении. Слизисто-гнойная и гнойная мокрота содержит большое количество бактерий (стафилококки, стрептококки, хламидии), вирусы и т.д. По количеству мокроты можно судить о распространенности процесса в легких. Выделение большого количества мокроты одновременно свидетельствует о наличии полости в легких или бронхоэктазах.

Кровохарканье — выделение (откашливание) мокроты с кровью в виде прожилок и точечных вкраплений вследствие диapedеза эритроцитов при повышенной проницаемости стенок сосудов или разрыва капилляров. Иногда мокрота равномерно окрашена в розовый цвет. Кровохарканье бывает при пневмонии, митральном стенозе, геморрагическом диатезе, системных заболеваниях.

Легочное кровотечение — выделение (откашливание) чистой, алой, пенистой крови в количестве 5–50 мл и более. Различают малые (до 100 мл), средние (до 500 мл) и большие, профузные (более 500 мл) легочные кровотечения. Возникает в результате разрыва сосудистых стенок в очагах некроза (туберкулез, рак, абсцесс, инфаркт легкого), при варикозном расширении сосудов, бронхоэктазах. Кровохарканье и легочное кровотечение могут провоцироваться резкими перепадами температуры окружающего воздуха и атмосферного давления, гиперинсоляцией, курением, алкоголем и т.д.

Одышка — нарушение ритма, частоты и глубины дыхания. При заболеваниях легких она тесно связана с изменением механики дыхания, нарушением и усилением работы дыхательной мускулатуры. При наличии препятствия для прохождения воздуха в верхних дыхательных путях (гортань, трахея) затруднен вдох и развивается *инспираторная*

одышка. При спазме бронхов развивается *экспираторная одышка*, когда вдох короткий, а выдох затруднен и очень продолжительный. Чаще всего это происходит при спазме мелких бронхов, их отеке и набухании слизистой оболочки. При заболеваниях, сопровождающихся значительным уменьшением дыхательной поверхности легких (пневмонии, эмфиземе легких, пневмотораксе и др.) развивается *смешанная одышка*.

Боль в грудной клетке при кашле, глубоком вдохе. Бронхи и легочная ткань не содержат болевых рецепторов. При заболеваниях органов дыхания боли в груди возникают при раздражении плевры, особенно диафрагмальной и реберной. Раздражение плевры возможно при воспалении (сухой плеврит), заболеваниях легких (пневмония, инфаркт легкого, туберкулез), раке плевры или метастазах в нее, травме. Боль в грудной клетке при дыхании может быть связана с межреберной невралгией, воспалением межреберных мышц или значительным перенапряжением межреберных мышц при сильном мучительном кашле. Здесь важно определить наличие болезненности при пальпации грудной клетки.

ОСТРЫЙ БРОНХИТ

Определение. **Острый бронхит** — воспалительный процесс в трахее, бронхах или бронхиолах, характеризующийся острым течением и диффузным обратимым поражением преимущественно слизистой оболочки. Возбудителями чаще служат вирусы, а также бактериальная инфекция, которая присоединяется к вирусной. Предрасполагающими факторами считают переохлаждение организма, курение, употребление алкоголя, наличие очаговой инфекции в носоглотке, а также нарушение носового дыхания при полипах, аденоидах, искривлении носовой перегородки.

Клиническая картина зависит от этиологического фактора, характера воспаления (катаральный, отечный, гнойный). Течение болезни определяют как острое — не более 2 нед; подострое — 3 нед; затяжное — 4 нед и более; рецидивирующее. Различают:

- по степени тяжести заболевания (легкое, средней тяжести, тяжелое);
- проявлениям болезни — типичные, атипичные;
- уровню поражения бронхов (проксимальные, дистальные);
- функциональным проявлениям (наличие или отсутствие обструкции).

Инкубационный период обычно составляет 3–5 дней. Начинается острый бронхит с общей интоксикации организма и симптомов поражения бронхов. Иногда ему предшествуют симптомы острого респира-

торного заболевания (ОРЗ): возникают озноб, повышение температуры тела до 38 °С и более; катаральные явления в носоглотке — ринит (насморк, чихание, зуд в носу), ларингит (охриплость голоса), фарингит, трахеит, боль в грудной клетке вследствие спастического сокращения диафрагмы и напряжения мускулатуры грудной клетки. Больного беспокоят сухой, надсадный, болезненный кашель, одышка, сердцебиение, першение, жжение или саднение за грудиной, слабость, повышенная потливость, плохой сон.

Клинические проявления **бронхиолита** характеризуются кашлем с небольшим количеством слизистой мокроты, одышкой, неглубоким поверхностным дыханием, участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Это связано с развитием дыхательной недостаточности из-за нарушения проходимости мелких (дистальных) бронхов и бронхиол. При перкуссии отмечают легочной звук с тимпаническим оттенком, при аускультации — дыхание ослаблено, могут быть мелкопузырчатые влажные хрипы. Течение бронхиолита тяжелое, заболевание длится 1,5–2 мес. При аускультации выслушивают жесткое дыхание и рассеянные сухие хрипы, затем к ним присоединяются непостоянные влажные хрипы, количество которых уменьшается после кашля. Через 2–3 дня кашель становится менее мучительным с отхождением в незначительном количестве слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Болевые ощущения в трахее уменьшаются. К пятому дню болезни кашель становится, как правило, влажным. Рентгенологически в легких существенных изменений не находят, иногда отмечают усиление легочного рисунка. В крови может определяться лейкоцитоз (до 10–12 тыс.), ускорение СОЭ (до 15–18 мм/ч). Продолжительность заболевания около 7–10 дней. Течение острого бронхита обычно благоприятное. У ослабленных больных болезнь может принимать затяжное течение, длиться 3–4 нед, осложниться пневмонией.

Проблемы: лихорадка, кашель, слабость, головная боль, одышка, сердцебиение, повышенная потливость, плохой сон.

Уход и лечение. Независимые сестринские вмешательства в стационаре при остром бронхите включают:

- контроль общего состояния, частоты пульса, ЧДД, АД;
- уход за кожей, слизистыми оболочками, своевременную смену нательного и постельного белья;
- соблюдение правил гигиены при физиологических отправлениях;
- постановку горчичников, банок, согревающих компрессов;
- обеспечение санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка, кварцевание, проветривание палат, обеспечение пациентов индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция);

Взаимозависимые и зависимые вмешательства: контроль соблюдения назначенной диеты № 15 (приложение 2), подготовка больного и забор биологического материала на лабораторные и инструментальные исследования (сбор мокроты, взятие крови из вены, рентгенологическое исследование, ФВД, бронхоскопия и др.); своевременное и правильное введение назначенных лекарственных препаратов (орально, парентерально, ингаляционно); оказание помощи врачу при проведении врачебных манипуляций, работа на посту, в процедурном кабинете.

Медицинская сестра на дому также выполняет:

- обучение пациентов и их родственников правилам ухода (самоухода) при повышенной температуре, лихорадке, правильному приему лекарств, пользованию плевательницей, ингалятором, пикфлоуметром (рис. 3.2);
- постановку горчичников, компрессов, рационального питания и соблюдения питьевого режима;
- гигиенический режим помещения (проветривание, влажная уборка);
- проводит беседы о значении соблюдения постельного режима, отрицательном влиянии курения на организм при бронхите, правилах закаливания организма.

При отсутствии сопутствующих заболеваний и осложнений в острый период назначают постельный режим и стандартную диету. Воздух в помещении должен быть чистым, свежим и теплым. Пациенту рекомендуют обильное горячее щелочное питье (молоко с содой, боржоми), морсы, компоты, соки, чай, фиточай.

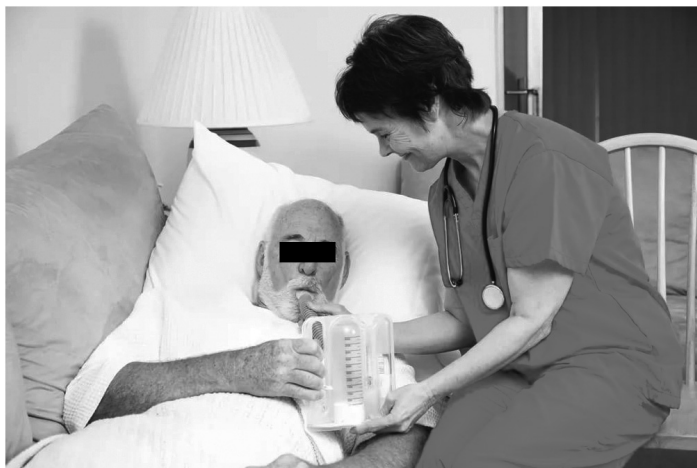


Рис. 3.2. Уход за пациентом острым бронхитом на дому

Для разжижения вязкой мокроты используют паровые ингаляции отваров трав: зверобоя трава, цветки ромашки, листьев эвкалипта, которые проводят по 10–15 мин несколько раз в день. При болях за грудиной ставят горчичники на грудную клетку, согревающие компрессы, круговые банки, применяют горячие ножные ванны.

Лекарственное лечение проводят по назначению врача. Всем больным при повышенной температуре тела и появлении гнойной мокроты назначают антибиотики или их комбинацию с сульфаниламидами — Ко-тримоксазол [Сульфаметоксазол + Триметоприм] (Бисептол[®], Бактрим[®]). Чаще используют полусинтетические пенициллины — ампициллин, оксациллин, ампициллин + оксациллин (Ампиокс[®]) по 2 г/сут в 4 приема или эритромицин (кларитромицин, азитромицин), олеандомицин по 1 таблетке 4 раза в сутки. При повышенной температуре тела больным рекомендуют жаропонижающие средства, обильное питье. При сухом мучительном кашле назначают противокашлевые средства — бромгексин, окселадин (Тусупрекс[®]), преноксдиазин (Либексин[®]), глаувент[®], глауцин, балтикс[®]; муколитики — химотрипсин, месна (Мистаброн[®]), мукалтин, отхаркивающие препараты — бисольвон[®], комплекс витаминов. При экспираторной одышке назначают бронхолитики orally [аминофиллин (Эуфиллин[®]) по 1 таблетке 3 раза в сутки, глауцин + эфедрин (Бронхолитин[®]) по 1 столовой ложке 3 раза в сутки] или бета-2-агонисты в ингаляциях [сальбутамол или фенотерол (Беротек[®]) по 2 вдоха 3–4 раза в сутки]. Пациентам с незначительным повышением температуры тела и слизистой мокротой антибиотики не назначают.

ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Пациент К. в возрасте 37 лет, водитель АТП-2, находится на лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом «Острый бронхит, обструктивная форма, тяжелое течение. Дыхательная недостаточность II степени». При сестринском обследовании установлены жалобы на одышку, кашель с вязкой, трудноотделяемой мокротой слизистого характера, чувство заложенности в груди, повышение температуры тела, головную боль, общую слабость, потливость, плохой аппетит и сон. Заболевание связывает с перенесенным ОРЗ.

Объективно: общее состояние средней тяжести, положение в постели активное. Температура тела 37,7 °С. Кожный покров чистый, бледный. Зев гиперемирован. Грудная клетка правильной формы, отмечают участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД 24 в минуту. **Перкуторно:** легочной звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено, единичные сухие хрипы. Пульс 82 в минуту, удовлетворитель-

ного наполнения. АД 120/70 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

Задания

1. Сформулировать проблемы пациента.
2. Определить цели и составить план сестринских вмешательств с мотивацией.

Эталон ответов

1. Проблемы:

- настоящие — кашель с трудноотделяемой мокротой, одышка, лихорадка, потливость, нарушение сна, беспокойство по поводу исхода заболевания;
- потенциальная — приступ удушья;
- приоритетная — одышка.

2. Цель:

- краткосрочная — пациент отметит уменьшение одышки и улучшение отхождения мокроты к 7-му дню лечения;
- долгосрочная — пациент отметит отсутствие одышки к моменту выписки.

План сестринских вмешательств представлен в табл. 3.1.

Таблица 3.1. Сестринские вмешательства

План	Мотивация
Обеспечить соблюдение предписанного врачом двигательного режима, диеты № 15 с обильным щелочным питьем	Для эффективного лечения
Обеспечить соблюдение кварцевания, проветривания (3 раза по 30 мин), проведение влажной уборки с дезинфицирующим средством	Для предупреждения внутрибольничной инфекции
Своевременно и правильно выполнять назначения врача	Для эффективного лечения
Разъяснить правила приема лекарственных препаратов (по отношению ко времени приема пищи)	Для активного участия пациента в процессе лечения
Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для инфекционной безопасности окружающих
Провести лечебный массаж грудной клетки в сочетании с вибрационным по 10 мин 2 раза в сутки	Для отхождения мокроты, улучшения функции дыхания и кровообращения
Обучить пациента дыхательной гимнастике. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты в течение 30 мин	Для обогащения воздуха кислородом, улучшения вентиляции легких

Окончание табл. 3.1

План	Мотивация
Провести беседы об адекватном питании с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
Вести динамическое наблюдение за состоянием больного	Для профилактики осложнений
Провести беседы о вреде курения, рациональном питании, значении ЛФК и общеукрепляющих упражнений для улучшения здоровья	Для профилактики повторного заболевания и перехода в хроническую форму

Оценка: к 7-му дню лечения пациент отмечает значительное облегчение дыхания, отсутствие одышки и уменьшение кашля. Цель достигнута.

Профилактика. Первичная: закаливание организма, рациональное питание, исключение вредных привычек, санация очагов хронической инфекции в носоглотке, предупреждение вирусных инфекций, своевременное и правильное лечение острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). **Вторичная:** необходимо удалить полипы носа, провести коррекцию искривлений носовой перегородки для улучшения носового дыхания; на производстве уменьшить запыленность, загрязненность воздуха, избегать сквозняков, переохлаждения.

ПРОСТОЙ ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Определение. По МКБ-10 выделены простой хронический бронхит и ХОБЛ. В последнюю включены: хронический бронхит астматический, хронический бронхит эмфизематозный, хронический обструктивный бронхит, хронический обструктивный трахеобронхит, обструктивная астма. Простой хронический бронхит и ХОБЛ — хронические воспалительные заболевания бронхов, протекающие с кашлем и отделением мокроты. При простом хроническом бронхите кашель с мокротой продолжается не менее 3 мес в год подряд в течение 2 лет и более подряд при отсутствии других заболеваний, протекающих с такими же симптомами. ХОБЛ проявляется у всех пациентов одышкой и у большинства больных одышкой с кашлем и трудноотделяемой вязкой мокротой. Простой хронический бронхит и ХОБЛ относят к самым распространенным заболеваниям бронхолегочной системы. Характеризуются они диффузным, прогрессирующим

поражением бронхиального дерева, обусловленным их длительным раздражением и воспалением. Простой хронический бронхит протекает без обструкции бронхов. Ограничение скорости воздушного потока при ХОБЛ — прогрессирующее и связано с патологическим воспалительным ответом паренхимы легкого, мелких бронхов и сосудов на воздействие патологических факторов. Причинами простого хронического бронхита и ХОБЛ служат загрязнение окружающего воздуха газами, пылью, дымом, курение, частые простудные заболевания, очаги хронической инфекции в носоглотке, нарушение носового дыхания, сквозняки и другие факторы, которые при длительном воздействии приводят к нарушению функций дыхательных путей. Способствуют развитию болезней аллергические заболевания (риниты, синуситы), наследственная предрасположенность, ожирение. Бактериальная инфекция ускоряет процесс повреждения легких.

Клиническая картина зависит от формы болезни (простой хронический бронхит, ХОБЛ), ее фазы (обострение, ремиссия), степени дыхательной недостаточности при ХОБЛ (I — одышка при значительной физической нагрузке, II — одышка при незначительной нагрузке и в покое, III — тяжелая одышка, декомпенсированное легочное сердце), осложнений (кровохарканье, спонтанный пневмоторакс, хроническое легочное сердце, эмфизема, недостаточность кровообращения).

В фазе ремиссии клинические проявления при простом хроническом бронхите могут отсутствовать. В фазе обострения при простом хроническом бронхите определяют клинические и лабораторные признаки активности воспалительного процесса. Повышается температура тела, возникают слабость, потливость, головная боль, усиливается кашель, увеличивается количество мокроты, которая нередко приобретает гнойный характер. В легких длительное время определяют влажные преходящие хрипы.

При ХОБЛ в фазе ремиссии — одышка, кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, повышенная утомляемость, плохой аппетит. В фазе обострения усиливаются одышка, кашель, появляются приступы удушья, увеличивается количество трудноотделяемой гнойной вязкой мокроты. Повышается температура тела, появляются или усиливаются потливость, головная боль, ухудшаются сон и аппетит. При осмотре — вздутая грудная клетка, цианоз, набухание шейных вен, усиливающееся на выдохе. Аускультативно — дыхание ослаблено, рассеянные сухие и влажные преходящие хрипы (изменяющие локализацию или исчезающие при покашливании); тоны сердца при длительном течении болезни приглушены или глухие, тахикардия; могут быть отеки на ногах.

В клиническом анализе крови определяют ускорение СОЭ, лейкоцитоз; увеличивается содержание гемоглобина, эритроцитов, фибриногена; в мокроте отмечают наличие большого количества лейкоцитов.

Проблемы: кашель с мокротой; одышка; удушье; повышение температуры тела; утомляемость; слабость; потливость; плохие аппетит и сон.

Уход и лечение. Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при хроническом бронхите и ХОБЛ должны быть с учетом возбудителя, формы заболевания и фазы воспалительных изменений в слизистой оболочке бронхов, симптомов, в том числе признаков нарушения функции внешнего дыхания, возможных осложнений с целью их предупреждения.

Медицинская сестра обеспечивает соблюдение больными назначенного врачом диеты №15 и двигательной активности, точное и своевременное выполнение назначений врача (рис. 3.3).

Медицинская сестра проводит контроль АД, ЧДД, пульса, уход за кожей и слизистыми оболочками, своевременную смену нательного и постельного белья, ставит горчичники, банки, согревающие компрессы, проводит контроль приема медикаментов, переносимости лекарственных средств и их побочных эффектов, количества и характера мокроты. Она также выполняет кислородотерапию, ЛФК, обучает пациентов кашлевой культуре, дренажным положениям для улучшения отхождения мокроты, правилам приема лекарств. Медицинская сестра



Рис. 3.3. Уход за пациентом хронической обструктивной болезнью легких в стационаре

проводит мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка с дезинфицирующим средством, кварцевание, проветривание палат, обеспечение пациентов индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция).

При отсутствии сопутствующих заболеваний и осложнений режим в фазе обострения болезни назначают полупостельный, диету — стандартную, основной вариант. Необходимо исключить курение. Рекомендуют обильное горячее питье (подогретая минеральная щелочная вода и др.).

Лечение лекарственными средствами направлено:

- на подавление инфекции;
- стимулирование эвакуации мокроты;
- восстановление проходимости бронхов.

С этой целью врач назначает антибактериальные средства:

- антибиотики — эритромицин, тетрациклин, ампициллин и их аналоги с учетом чувствительности микрофлоры, выделенной из мокроты или бронхиального секрета (при диагностической бронхоскопии);
- сульфаниламиды — фталилсульфapiридазин (Сульфapiридазин*), сульфален, сульфадиметоксин по 1,0 г 1 раз в сутки;
- хиноксидин по 0,15 г 3 раза в сутки;
- эубиотики — бисольвин[®], Ко-тримоксазол [Сульфаметоксазол + Триметоприм] (Бисептол*) по 1–2 таблетки 3–4 раза в сутки;
- нитрофурановые препараты — фуразолидон, нитрофурантоин (Фурадонин*), фуразидин (Фурагин*) по 1 таблетке 3–4 раза в сутки.

Хороший эффект оказывают ингаляции сока лука или чеснока [2 раза в сутки по 1–1,5 мл с 0,25% раствором прокаина (Новокаина*) в соотношении 1:3].

При лечении простого хронического бронхита и ХОБЛ применяют нестероидные противовоспалительные средства [индометацин, ибупрофен, диклофенак (Вольтарен*, Ортофен*) и др.] и десенсибилизирующие препараты [дифенгидрамин (Димедрол*), мебгидролин (Диазолин*), прометазин (Пипольфен*)] внутрь.

При тяжелом течении гнойного бронхита применяют лечебную бронхоскопию с введением в бронхи антисептиков или антибиотиков, муколитиков. Для лучшего отхождения мокроты пациентам назначают отхаркивающие средства:

- 3% раствор калия йодида по 1 столовой ложке 3 раза в сутки;
- микстуры и отвары из растительного сырья (мать-и-мачехи обыкновенной листья, алтея корни, солодки корни, девясила корневища и корни, березы почки или сосны обыкновенной почки);

- муколитики — бромгексин, ринатиол[®] (по 2 таблетки 3 раза в сутки);
- ингаляции с раствором морской соли, 1–2% раствором соды.

Пациентам с ХОБЛ и выраженным бронхообструктивным синдромом проводят ингаляции бета-2-агонистов короткого действия [ипратропия бромид (Атровент[®]), фенотерол (Беротек[®]), сальбутамол], по два вдоха на один прием 3–4 раза в сутки (не более шести приемов в сутки). Из них более продолжительный эффект оказывают ингаляции ипратропия бромида (Атровента[®]). При отсутствии эффекта лечащим врачом на короткий срок (7–10 дней) назначают ингаляционные глюкокортикоиды [беклометазон (Бекогид[®])] или системные глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон) орально или внутримышечно.

При гриппе и других вирусных ОРЗ (наиболее частая причина обострения простого хронического бронхита и ХОБЛ) с первых дней применяют противовирусный препарат интерферон альфа и иммуноглобулин человека нормальный.

Обучение

- Самостоятельность пациента должна быть ограничена рамками индивидуального лечебного плана, разработанного совместно с лечащим врачом.
- Активное участие самого пациента и помощь семьи — необходимые условия эффективного лечения простого хронического бронхита и ХОБЛ. Информируют о методах самоконтроля (контроль АД, ЧДД, пульса).
- Необходимо отказаться от курения. Сам по себе отказ от курения не служит гарантией излечения от хронического бронхита, но существенно замедлит темпы его прогрессирования.
- Одежда пациента должна быть адекватной сезону и погоде. В холодное время года — пуловеры, свитеры из натуральной шерсти. Обувь прочная, не промокающая. Носки хлопчатобумажные или шерстяные. В холодное время года обязательно носить нижнее белье из натурального хлопка, плотно облегающее тело.
- Диета должна содержать достаточное количество белка, состоять из легкоусвояемых продуктов. Питание дробное, до 5–6 раз в сутки, небольшими порциями. Дробное питание, исключение переедания — лучшая мера предотвращения высокого стояния диафрагмы, ведущего к уменьшению амплитуды дыхательных экскурсий, нарастанию одышки.
- Физические тренировки, дыхательная гимнастика поддерживают работоспособность дыхательных мышц, улучшают механику дыхания.

ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Пациент Б. в возрасте 44 лет находится на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом «ХОБЛ, фаза обострения. Дыхательная недостаточность II–III степени. Недостаточность кровообращения I степени». При сестринском обследовании установлены жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке с затрудненным выдохом, кашель с вязкой, трудноотделяемой мокротой серого цвета, повышение температуры тела по вечерам до 38 °С, головную боль, общую слабость, потливость, плохой сон. Считает себя больным в течение многих лет, ухудшение наступило в течение последних 2 нед, которое связывает с переохлаждением. Дома принимал бромгексин, ампициллин, микстуру от кашля. Однако улучшения не наступило. Курит более 25 лет по полторы пачки сигарет в день.

Объективно: общее состояние средней тяжести, положение активное. Кожный покров чистый, бледный, влажный. Грудная клетка вздута, вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. ЧДД 26 в минуту. Перкуторно по всем полям легочной звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы. Пульс 92 в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Задания

1. Сформулировать проблемы пациента.
2. Определить цели и составить план сестринских вмешательств с мотивацией.

Эталон ответов

1. Проблемы:

- настоящие — кашель с трудноотделяемой мокротой, одышка с затрудненным выдохом, слабость, лихорадка, потливость, нарушение сна, беспокойство по поводу исхода заболевания;
- потенциальная — приступ удушья;
- приоритетная — одышка экспираторного типа.

2. Цель:

- краткосрочная — пациент отметит уменьшение одышки к 6-му дню лечения;
- долгосрочная — пациент отметит отсутствие одышки к моменту выписки.

План сестринских вмешательств представлен в табл. 3.2.

Оценка: через 6 дней лечения пациент отметил значительное уменьшение кашля, облегчение дыхания. Цель достигнута.

Профилактика. Первичная: отказ от курения, предупреждение ОРВИ, санация очагов хронической инфекции в носоглотке, рациональное тру-

Таблица 3.2. Сестринские вмешательства

План	Мотивация
Обеспечить соблюдение предписанного врачом двигательного режима, диеты № 15	Для эффективного лечения
Обеспечить соблюдение кварцевания, проветривания (3 раза по 30 мин), проведение влажной уборки с дезинфицирующим средством	Для предупреждения внутрибольничной инфекции
Разъяснить правила приема лекарственных препаратов (по отношению к времени приема пищи)	Для активного участия пациента в процессе лечения
Обучить правильному поведению при кашле	Для инфекционной безопасности окружающих
Провести лечебный массаж грудной клетки в сочетании с вибрационным по 10 мин 2 раза в сутки	Для отхождения мокроты, улучшения функции дыхания и кровообращения
Провести обучение дыхательной гимнастике, обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты в течение 30 мин, использовать дезодоранты	Для обогащения воздуха кислородом, устранения неприятного запаха мокроты, улучшения вентиляции легких
Провести беседу с родственниками о передачах продуктов с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
Создать дренажное положение и научить его выполнять	Для улучшения отхождения мокроты
Провести обучение приемам эффективного откашливания	Для эффективного лечения
Вести динамическое наблюдение за состоянием пациента	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
Провести беседы о значении переохлаждения организма, вреде курения, рациональном питании, положительном влиянии дыхательных упражнений	Для предупреждения прогрессирования заболевания

доустройство с исключением неблагоприятных производственных факторов (пыль, сквозняки, переохлаждения, загазованность помещения).

Вторичная: предупреждение обострений и осложнений хронического бронхита и ХОБЛ — 2 раза в год (весной и осенью) проводят обследование (физикальное, лабораторное, инструментальное, консультации ЛОР-врача, стоматолога), профилактическое лечение (ЛФК, бронхолитики, муколитики, отхаркивающие средства, тепловые процедуры,

массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика). При необходимости осуществляют трудоустройство, назначают климатическое санаторно-курортное лечение.

ПНЕВМОНИЯ

Определение. Пневмония — острый инфекционный воспалительный процесс в легочной ткани с вовлечением всех структурных элементов легких, обязательным поражением альвеол и рентгенологически подтверждающимся инфильтратом (рис. 3.4).

Воспаление может распространяться на ближайшие бронхи, сосуды и плевру с развитием сопутствующего бронхита, васкулита или плеврита. Пневмония вызывается неспецифической патогенной или условно-патогенной флорой при нарушении естественных механизмов защиты организма. Возбудителем пневмонии в большинстве случаев служит пневмококк, который составляет 35–50% числа идентифицированных возбудителей. Микоплазму встречают в 2–30% случаев, хламидии — в 10–21%, легионеллу — в 5–7%, гемофильную палочку — в 12%, марацеллу — в 1–10% и стафилококк — в 2–10%. Вирусные инфекции служат причиной 5% всех внебольничных пневмоний. Способствующими факторами считают переохлаждение, перепады температуры, сквозняки.

Пневмония — одно из распространенных заболеваний органов дыхания, встречаемое у 3,6–16 человек на 1000 населения в год, а в группе



Рис. 3.4. Флюорограмма пациента с пневмонией. Инфильтрат нижней доли левого легкого