

УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ ЭКОЛОГИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Методическая разработка теоретического занятия  
для преподавателей и студентов по МДК 04.01 «Решение проблем  
пациента посредством сестринского ухода»

**Наблюдение и уход за больными с заболеваниями  
органов дыхания**

Для специальности 34.02.01 «Сестринское  
дело».

Разработано преподавателем: Майданкиной Н.Б.

Рассмотрено, одобрено на заседании ПЦК

Основ сестринского дела

Протокол № 8 от 29.03 2018г.

Председатель ПЦК А.Р. Бахитова

Утверждено на заседании

методического совета МК УлГУ

Протокол № 9 от «24» 04. 2018 г.

Председатель метод. совета М.Т. Шевчук

Ульяновск 2018 г.

**Введение**

В повседневной жизни под уходом за больными обычно понимают оказание больному помощи в удовлетворении им различных потребностей. К ним относится еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Уход подразумевает также создание больному оптимальных условий пребывания в стационаре или дома - тишины и покоя, удобный и чистой постели, свежего нательного и постельного белья и т.д. Значение ухода за больными трудно переоценить. Нередко успех лечения и прогноз заболевания всецело определяются качеством ухода. Так, можно, безукоризненно выполнить сложную операцию, но затем потерять больного из-за прогрессирования застойных воспалительных явлений в легких, возникших в результате его длительного вынужденного неподвижного положения в постели.

Таким образом, уход за больными является обязательной составной частью всего процесса лечения, влияющей в немалой степени на его эффективность.

Уход за больными с заболеваниями органов дыхания обычно включает в себе и ряд общих мероприятий, проводимых при многих заболеваниях других органов и систем организма. Так, при крупозной пневмонии необходимо строго придерживаться всех правил и требований ухода за лихорадящими больными (регулярное измерение температуры тела и ведение температурного листа, наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, уход за полостью рта, подача судна и мочеприемника, своевременная смена нательного белья и т.д.) При длительном пребывании больного и в постели уделяют особое внимание тщательному уходу за кожными покровами и профилактике пролежней. Вместе с тем уход за больными с заболеваниями органов дыхания предполагает и выполнение целого ряда дополнительных мероприятий, связанных с наличием кашля, кровохарканье, одышки и других симптомов.

## **Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания.**

### **План:**

1. Анатомия органов дыхания.
2. Основные симптомы при заболеваниях органов дыхания.
3. Типы патологического дыхания.

4. Одышка, первая помощь, уход.
5. Удушье, первая помощь, уход.
6. Кашель, первая помощь, уход.
7. Мокрота, правила сбора и дезинфекция.
8. Кровохарканье, первая помощь, уход.
9. Боль в грудной клетке, первая помощь, уход.
10. Перечень возможных проблем пациентов при нарушении функции органов дыхания.
11. Обследование больных с заболеванием органов дыхания.
12. Проблемы пациента и помощь при них.

Система органов дыхания выполняет жизненно важную функцию- насыщение крови, протекающей через легкие, кислородом и удаление из неё избытка углекислого газа. Этот процесс складывается из лёгочной (альвеолярной) вентиляции, т.е. непрерывного обновления воздуха в альвеолах, и диффузии газов через альвеолярно-капиллярную мембрану. При заболеваниях органов дыхания могут поражаться бронхи, лёгочная альвеолярная ткань, кровеносные сосуды, плевра, что сопровождается появлением различных симптомов и нередко приводит к нарушению функции лёгких.

Давайте вспомним анатомическое строение органов дыхания и его функции.

*Органы дыхания предназначены для того, чтобы обогащать венозную кровь кислородом и выводить из неё углекислый газ.*

В легкие из правого предсердия по легочному стволу, по легочным артериям поступает венозная кровь (богатая углекислым газом), здесь она на уровне альвеол превращается в артериальную (обогащается кислородом и по легочным венам поступает в левое предсердие).

Органы дыхания содержат

**Воздухоносные пути** служат для проведения вдыхаемого и выдыхаемого воздуха.

**К ним относятся:** полость носа, глотка, гортань, трахея, бронхи, бронхиолы.

**Дыхательная часть** представлена альвеолами легких, где происходит газообмен между воздухом и кровью.

**Строение дыхательных путей:** Дыхательные пути выстланы слизистой оболочкой, которая покрыта мерцательным эпителием, реснички которого очищают вдыхаемый воздух. Слизистая оболочка содержит бокаловидные клетки, которые выделяют слизь.

**Дыхание** – процесс газообмена между живым организмом и окружающей средой. При этом из воздуха организм потребляет кислород, а выделяет в атмосферу углекислый газ.

Дыхание происходит в трех фазах:

I. Внешнее (легочное) дыхание. Кровь в легких (в альвеолах) насыщается кислородом и отдает углекислый газ во внешнюю среду (доставка кислорода в кровь).

II. Транспорт (перенос) газов кровью.

III. Внутреннее (тканевое) дыхание. В тканях происходит процесс газообмена между кровью и тканями. Кислород проступает в ткани из крови, а углекислый газ из ткани в кровь.

**Внешнее дыхание:** в легких, имеющих богатое кровоснабжение, постоянно происходит газообмен. Частота, глубина, ритм дыхания регулируются дыхательным центром, расположенным в продолговатом мозге. Повышение содержания углекислого газа в крови вызывает возбужденно дыхательного центра, а понижение - угнетает его деятельность.

Дыхание состоит из фаз вдоха и выдоха, за одно дыхание принимают 1 вдох и 1 выдох.

При оценке дыхания учитывают:

- ✓ ритм;
- ✓ частоту;
- ✓ глубину;
- ✓ характер.

**Ритм дыхания** - регулярность вдохов и выдохов.

**Ритм дыхательных движений** - это дыхательные движения через определенные промежутки времени. Если эти промежутки одинаковые - дыхание ритмичное, если нет - аритмичное.

Циклические нервные импульсы определяют базовый ритм дыхания от продолговатого мозга к главным «дыхательным» мышцам - диафрагме и наружным межреберным мышцам.

**Частота дыхания (ЧДД)** - число дыханий в 1 минуту - 16-20 в среднем у взрослых. ЧДД зависит:

- от положения тела: лежа - ЧДД 14-16, сидя - **16-18**, стоя - **18-20** в одну минуту;
- физической активности: 12-14 - во время сна, учащение - при физической нагрузке.

У тренированных людей и спортсменов ЧДД может достигать 6-8 в минуту.

**Тахипноэ** - учащение дыхания  $> 20$ , **брадипноэ** - урежение дыхания  $< 14$ , **апноэ** - отсутствие дыхания, **диспноэ** - расстройство дыхания.

Различают **типы дыхания:**

**Типы физиологического дыхания:**

<b>Грудной</b>	<b>Брюшной</b>	
<b>(у женщин)</b>	<b>(у мужчин)</b>	

Типы физиологического дыхания зависят от преимущественного участия в дыхании грудной клетки и живота (диафрагмы).

	

## **Основные симптомы при заболеваниях органов дыхания**

Заболевания дыхательной системы являются одними из наиболее частых, нередко протекают тяжело и являются причиной инвалидизации и смерти больных. Эффективность лечения таких больных во многом зависит от тщательного ухода за ними. Особенности ухода за больными с заболеваниями органов дыхания в основном обусловлены их главными симптомами.

**Одышка** – частый симптом болезней органов дыхания, она может быть лишь субъективным ощущением недостатка воздуха, затруднённого дыхания или регистрироваться объективно по учащению дыхания.

Диспноэ, или одышка (греч. *dys* - затруднение, *пное* - дыхание), - нарушение частоты, ритма и глубины дыхания или повышение работы дыхательных мышц, проявляющиеся, как правило, субъективными ощущениями недостатка воздуха или затруднения дыхания. Следует помнить, что одышка может быть как собственно лёгочного, так и сердечного, неврогенного и другого происхождения. В зависимости от ЧДД различают два вида одышки.

- Тахипноэ - учащённое поверхностное дыхание (свыше 20 в минуту). Тахипноэ наиболее часто наблюдают при поражении лёгких (например, пневмонии), лихорадке, болезнях крови (например, анемии). При истерии частота дыхания может достичь 60-80 в минуту; такое дыхание называют «дыханием загнанного зверя».

- Брадипноэ - патологическое урежение дыхания (менее 16 в минуту); его наблюдают при заболеваниях головного мозга и его оболочек (кровоизлияние в мозг, опухоль мозга), длительной и тяжёлой гипоксии (например, вследствие сердечной недостаточности). Накопление в крови кислых продуктов обмена веществ (ацидоз) при сахарном диабете, диабетической коме также угнетает дыхательный центр.



По характеру различают одышку инспираторную, экспираторную (соответственно ощущению затруднения вдоха и выдоха) и смешанную.

<b>Вид одышки</b>	<b>Вдох</b>	<b>Выдох</b>
<b>Инспираторная</b>	затрудненный	N
<b>Экспираторная</b>	N	затрудненный
<b>Смешанная</b>	затрудненный	затрудненный

Причинами одышки могут быть нарушение движения воздуха по бронхам, выключение из дыхания части легочной ткани (воспалительный процесс, развитие соединительной ткани).

В зависимости от изменения ритма дыхания различают следующие основные формы одышки (так называемое «периодическое дыхание»).

### **Типы патологического дыхания.**

**Дыхание Биотта** - характеризуется ритмичными глубокими дыхательными движениями, чередующиеся примерно через равные отрезки времени с продолжительными паузами (апноэ).



**Дыхание Чейна - Стокса** - после апноэ появляется бесшумное, поверхностное дыхание, которое быстро нарастает по глубине, а затем в той же последовательности убывает и заканчивается следующей очередной кратковременной паузой.



**Дыхание Куссмауля** - шумное, глубокое с продолжительными вдохами и выдохами дыхание, без апноэ.



- Дыхание Чейна-Стокса - дыхание, при котором после дыхательной паузы появляется сначала поверхностное редкое дыхание, которое постепенно нарастает по глубине и частоте, становится очень шумным, затем постепенно убывает и заканчивается паузой, во время которой больной может быть дезориентирован или терять сознание. Пауза может длиться от нескольких до 30 с.
- Дыхание Биота - ритмичные периоды глубоких дыхательных движений чередуются примерно через равные промежутки времени с продолжительными дыхательными паузами. Пауза также может длиться от нескольких до 30 с.
- Дыхание Куссмауля - глубокое редкое дыхание с глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом; его наблюдают при глубокой коме.

Глубокому дыханию препятствуют боли в грудной клетке, возникающие при сухом плеврите. Крайнюю степень одышки представляет удушье при

бронхиальной астме, возникающее обычно приступообразно. Появление одышки, как правило, указывает на наличие дыхательной недостаточности, поэтому медсестра, заметив появление или усиление у больного одышки, должна сообщить об этом врачу.

Тяжесть одышки можно оценить по частоте дыхания. У взрослого частота дыхания в покое не превышает 20 в одну минуту. Подсчитывать частоту дыхания следует так, чтобы больной не заметил этого, например, при исследовании пульса или положив руку на грудную клетку больного. Кроме частоты дыхания, медсестра должна следить за ритмичностью дыхательных движений, так как при расстройствах дыхания может нарушаться его ритмичность.

### **Удушье**

**Удушье** - резкая одышка с глубокими вдохами, выдохами, учащение дыхательных движений. Мучительное ощущение стеснения в груди, нехватке воздуха

**Астма** - внезапно развивающийся приступ удушья.

Астма по происхождению бывает сердечная и бронхиальная.

Независимо от происхождения приступа удушья пациентам требуется экстренная помощь.

**Сестринский уход при внезапно развившемся приступе удушья.**

#### Цель ухода:

- купировать приступ одышки;
- облегчить состояние пациента.

#### План ухода:

- оценить функциональное состояние;
- доложить врачу;
- оказать доврачебную помощь;
- выполнить назначения врача.

Астма, или удушье (греч. *asthma* - тяжёлое короткое дыхание), - общее название остро развивающихся приступов одышки различного происхождения. Приступ удушья лёгочного происхождения вследствие

спазма бронхов называют бронхиальной астмой. При застое крови в малом круге кровообращения развивается сердечная астма.

При появлении у больного одышки или удушья медсестра должна немедленно сообщить врачу свои наблюдения за характером одышки, частотой дыхания, а также принять меры для облегчения состояния больного.

1. Создать вокруг больного обстановку покоя, успокоить его и окружающих.
2. Помочь больному принять возвышенное (полусидящее) положение, приподняв головной конец кровати или подложив под голову и спину подушки.
3. Освободить от стесняющей одежды и тяжёлых одеял.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха в помещение (открыть форточку).
5. При наличии соответствующего назначения врача дать больному карманный ингалятор и объяснить, как им пользоваться.



#### **Пользование карманным ингалятором при бронхиальной астме:**

1. Снять с мундштука баллончика с аэрозолем защитный колпачок.
2. Повернуть баллончик вверх дном и хорошо встряхнуть его.
3. Попросить пациента сделать глубокий выдох.
4. Объяснить больному, что он должен плотно обхватить губами мундштук и сделать глубокий вдох, при этом од-новременно нажимая на клапан баллончика; после вдоха больной должен задержать дыхание на несколько секунд.
5. После этого попросить больного вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох.

Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта.

Глюкокортикоиды - гормоны коры надпочечников; синтетические аналоги глюкокортикоидов - преднизолон, преднизон и др.

Действенной мерой борьбы с дыхательной недостаточностью является оксигенотерапия (лечение кислородом). Наиболее распространённым является способ подачи кислорода через носовой резиновый или пластиковый (№10) катетер, укреплённый лейкопластырем у носового отверстия больного. Кислород подводится по централизованной системе или из индивидуального баллона со скоростью 2-3 л в минуту. Предварительно для увлажнения его пропускают через аппарат Боброва с водой или, лучше, - через ультразвуковой распылитель. При тяжёлой дыхательной недостаточности для повышения концентрации кислорода во вдыхаемой смеси до 40-50% используют подачу кислорода через кислородные маски. Во время транспортировки больных при отсутствии портативных дыхательных аппаратов могут использоваться кислородные подушки.

Длительное вдыхание обогащённой кислородом смеси в ряде случаев приводит к нежелательному урежению и уменьшению глубины дыхания вследствие угнетения дыхательного центра. При этом в крови накапливается избыток углекислого газа. Для профилактики этого явления по назначению врача делаются перерывы между ингаляциями кислородно-воздушной смеси.

**Кашель** является одним из наиболее частых симптомов при заболеваниях органов дыхания. Это защитный рефлекс, направленный на эвакуацию патологического содержимого бронхов - мокроты, а также инородных тел.

**Кашель** - защитно- рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты или инородных тел.



влажный (с выделением мокроты)



сухой ( без выделения мокроты)

***Причины возникновения кашля следующие.***

- Воспалительные заболевания органов дыхания - ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, бронхиальная астма, пневмония, абсцесс лёгкого и др.

- Иммунные реакции в ответ на поступление в организм аллергенов - пыльца растений, пылевые клещи, стиральные порошки и др.

Заболевания ССС с застоем крови в малом круге кровообращения - пороки сердца, ИБС, дилатационная кардиомиопатия и др.

- Механическое раздражение - пневмокониозы, нарушение проходимости бронхов вследствие сдавления их опухолью, инородные тела.

Пневмокониозы - группа профессиональных болезней лёгких, обусловленных длительным вдыханием про-изводственной пыли.

- Химическое раздражение - табачный дым, экологически неблагоприятная обстановка (загрязнение воздуха), боевые отравляющие вещества, бытовой газ и др.

- Термическое раздражение - вдыхание очень горячего или очень холодного воздуха.

- Ятрогенные факторы - развитие фиброза лёгких после химиотерапии и лучевой терапии, побочное действие препаратов и др.

- Рефлекторные факторы - рефлекс, не имеющий очевидного защитного характера: раздражение плевры, перикарда, раздражение рефлексогенных зон в области задненижней стенки наружного слухового прохода и др.

- Психогенные факторы.

По частоте и характеру возникновения различают следующие виды кашля:

- однократный;
- приступообразный - при бронхиальной астме, обструктивном бронхите, у курильщиков;
- конвульсивный - приступообразный кашель с быстро следующими друг за другом толчками, прерывающимися шумным вдохом, иногда сопровождающийся рвотой (при коклюше);
- спазматический - упорный сухой кашель, сопровождающийся спазмом гортани (при раздражении гортанного нерва, как правило, патологическим процессом в области средостения);
- острый - при острой вирусной или бактериальной инфекции;
- хронический - при хронических заболеваниях дыхательных путей, хронической сердечной недостаточности. По характеру кашель может быть

сухим (без отхождения мокроты) и влажным, или продуктивным (с отделением мокроты).

При сильном мучительном кашле возможно развитие осложнений: обморока, разрыва эмфизематозных участков лёгких с развитием пневмоторакса, патологических переломов рёбер при наличии миеломной болезни, остеопороза и метастатических новообразований в лёгких.

Уход за больными с сухим кашлем включает в первую очередь лечение основного заболевания. Рекомендуют обильное тёплое щелочное питьё - например, минеральную воду «Боржоми», разбавленную наполовину горячим молоком.

Реже кашель возникает при воспалении плевры или раздражении рецепторов бронхов при сдавлении опухолью или увеличенными лимфоузлами. В таких случаях кашель по характеру сухой и защитно-приспособительного значения не имеет.

**Мокрота.** Мокротой (лат. *sputum*) называют выделяемый при отхаркивании патологически изменённый секрет слизистых оболочек трахеи, бронхов и лёгких с примесью слюны и секрета слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

Характеристики мокроты - количество, цвет, запах, консистенция (жидкая, густая, вязкая), включения (кровь, гной и другие примеси) - зависят от заболевания и наряду с результатами других лабораторных и инструментальных методов исследования имеют большое значение в диагностике заболеваний системы органов дыхания и других органов.

Суточное количество мокроты может колебаться от нескольких миллилитров при хроническом бронхите до 1-1,5 л при бронхоэктатической болезни, прорыве абсцесса лёгкого в бронх, гангрене лёгкого.

По характеру различают следующие виды мокроты.

- Слизистая мокрота (*sputum mucosum*) - мокрота бесцветная, прозрачная, вязкая, практически не содержит клеточных элементов.
- Серозная мокрота (*sputum serosum*) - мокрота жидкая пенистая, выделяется при отёке лёгких.
- Гнойная мокрота (*sputum purulentum*) - мокрота содержит гной (характерна, в частности, для прорыва абсцесса лёгкого в просвет бронха).

- Гнилостная мокрота (*sputum putridum*) - мокрота гнойная с гнилостным запахом.
- Кровянистая мокрота (*sputum sanguinolentum*) - мокрота содержит примесь крови (отмечают, например, при кровотечении из 1 стенок дыхательных путей при раке лёгкого).
- «Ржавая» мокрота (*sputum rubiginosum*) - мокрота кровянистая, содержит включения ржавого цвета, образующиеся в результате разложения гемоглобина (появляется, например, при пневмонии, туберкулёзе).
- Жемчужная мокрота - мокрота содержит округлые опалесцирующие включения, состоящие из атипичных клеток и детрита (наблюдают, например, при плоскоклеточном раке бронхов).
- Трёхслойная мокрота - мокрота обильная, гнойная, разделяющаяся при отстаивании на три слоя: верхний - сероватый пенистый, средний - водянистый прозрачный, нижний - грязного серо-зелёного цвета, содержащий гной и остатки некротизированных тканей (наблюдают при гангрене лёгких).

При наличии мокроты медсестра должна обеспечить соблюдение чистоты и своевременности опорожнения плевательниц. Необходимо следить, чтобы больной регулярно принимал дренажное положение, например по Квинке, способствующее отделению мокроты, по несколько раз в день по 20-30 мин. Такую процедуру называют постуральным дренажом.

Положение по Квинке (Генрих Квинке, Quincke H., 1842-1922, немецкий терапевт) - положение больного лёжа в кровати с приподнятым ножным концом.

Постуральный дренаж (лат. *positura* - положение; франц. *drainage* - осушение) - дренирование путём придания больному положения, при котором жидкость (мокрота) оттекает под действием силы тяжести.

При отделении мокроты необходимо учитывать её количество и характер (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, кровянистая, гнилостная). Сплевывать мокроту больной должен в специальную плевательницу из тёмного стекла с завинчивающейся крышкой или чистую баночку. После осмотра мокроты плевательница для обеззараживания заливается на 1 час раствором антисептика (3% хлорамин), а затем содержимое сливается в канализацию, плевательница тщательно промывается и подвергается кипячению в 2% растворе гидрокарбоната натрия в течение 15 минут.

Для исследования в лабораторию направляют утреннюю мокроту, а при скудном её отделении – всё суточное количество. Перед сбором мокроты больной должен почистить зубы и прополоскать рот, чтобы исключить загрязнения мокроты содержимым полости рта.

Недопустимо сплёвывание мокроты на пол, в платок, полотенце, так как это может привести к заражению окружающих предметов и воздуха патогенной микрофлорой, а также появлению неприятного запаха в палате. Лишь в некоторых случаях, когда тяжелобольной не может сплёвывать мокроту в плевательницу, медсестра может дать ему чистую салфетку или марлю, которую своевременно должна заменять, протирая загрязнённую кожу лица. При отделении мокроты со зловонным запахом в плевательницу рекомендуется добавить небольшое количество раствора перманганата калия.

Для обеспечения чистоты воздуха в палате ежедневно должны проводиться: влажная уборка (3 раза в день), облучение палаты 30-40 минут кварцевой лампой. Палата должна своевременно проветриваться.

С целью разжижения мокроты и облегчения её отделения больным, если нет противопоказаний, назначается обильное тёплое питьё. При некоторых заболеваниях (bronхоэктатическая болезнь, абсцесс лёгкого) мокрота лучше отходит в определённом положении больного, оттекая в крупные бронхи под действием силы тяжести. Медсестра должна помочь больному 2-3 раза в день на короткое время принять такое положение. Обычно это положение на здоровом боку, если же имеется двусторонний процесс, то положение больного меняется с одной стороны на другую и затем голова опускается ниже уровня ног, при этом она свисает с кровати на 10-15 и более минут в зависимости от состояния больного. Это носит название дренаж положением (постуральный дренаж).

При сухом непродуктивном кашле по назначению врача могут назначаться обезболивающие или противокашлевые средства, а также отвлекающие процедуры- горчичники, банки.

**С целью профилактики заражения окружающих  
медсестра должна научить больного  
правильно обращаться с мокротой:**

- не сплевывать мокроту в платок, т.к. она может попасть на одежду больного и во время стирки служить источником заражения других;
- не сплевывать мокроту на пол, т.к. высыхая она заражает воздух;
- стараться не кашлять, находясь в непосредственной близости от здоровых людей, если не удастся задержать кашель, то прикрывать рот платком, чтобы частицы мокроты не попали на другого человека;
- собирать мокроту в плевательницу с плотно закрывающейся крышкой.

### *Дезинфекция мокроты:*

- плевательницу подают заполненную 1/4 объема 3% раствором хлорамина;
- мокроту спускают в канализационную сеть;
- мокроту туберкулезных пациентов дезинфицируют 5% раствором хлорамина - 240 минут или сжигают в печах, предварительно посыпав опилками.

### *Дезинфекция плевательниц:*

- ежедневно опорожняют;
- промывают в растворе 3% хлорамина (если наличие ВК, то применяют 5% раствор хлорамина);
- дезинфицируют в растворе 3% хлорамина - 1 час (при ВК - инфекция 5% раствор хлорамина - 240 минут).
- промывают под проточной водой;
- высушивают.

**Кровохарканье**- выделение с кашлем чистой крови (до 50 мл в сутки) или мокроты с примесью крови. Этот симптом требует серьезного внимания, так как кровохарканье может перейти в угрожающее жизни лёгочное кровотечение. Источником кровотечения являются бронхиальные артерии (бронхоэктатическая болезнь) или лёгочные артерии (туберкулёз, абсцесс, рак лёгкого, инфаркт, пневмония). При значительной кровопотере

наблюдаются бледность кожи, холодный пот, частый пульс, снижение артериального давления. При обнаружении кровохарканья медсестра должна немедленно сообщить об этом врачу. Назначается строгий постельный режим или ограничение двигательного режима. При лёгочном кровотечении больному запрещается разговаривать. Рекомендуется положение в постели с приподнятым головным концом. Отменяются отхаркивающие средства, банки, горчичники. При сильном кашле назначаются противокашлевые средства. Еда и питьё должны быть холодными, пища - полужидкой. Медсестра должна проводить тщательное наблюдение за общим состоянием больного, контролировать пульс и артериальное давление. Все врачебные назначения должны выполняться пунктуально. Необходимо иметь наготове стерильные шприцы и иглы, системы для инфузионной терапии, переливания крови.

**Боли в грудной клетке.** Лёгочная ткань и бронхи лишены болевых рецепторов, поэтому боли при заболеваниях органов дыхания появляются при поражении плевры. Они имеют колющий характер, усиливаются при дыхании, кашле. Медсестра должна помочь больному найти положение, в котором дыхательные экскурсии грудной клетки на больной стороне минимальны, например, лёжа на больном боку, хорошо укрыть его. При сильных болях назначаются обезболивающие средства.

**Повышение температуры тела.** При воспалительных заболеваниях органов дыхания часто наблюдаются лихорадка. Повышение температуры сопровождается ознобом. Медсестра должна следить за тем, чтобы больной был тепло укрыт. Можно обложить его тёплыми грелками, дать горячее питьё. В помещении должно быть тепло. Это следует учитывать при проветривании в холодное время года. На фоне снижения температуры нередко наблюдается сильное потоотделение. Такие больные нуждаются в частой смене белья. Потеря жидкости с потом должна компенсироваться обильным питьём (чай, клюквенный морс, соки).

У некоторых больных острой пневмонией, особенно злоупотребляющих алкоголем, на фоне выраженной интоксикации, лихорадки могут развиваться острые психозы. У них наблюдается неадекватное поведение, зрительные и слуховые галлюцинации, выраженное двигательное возбуждение. Такие больные нуждаются в тщательном наблюдении. Иногда организуется индивидуальный сестринский пост. При двигательном возбуждении, агрессивных действиях, суицидных попытках больных

следует фиксировать в кровати специальными ремнями. Медсестра должна следить, чтобы, фиксирующие ремни не вызывали расстройства кровообращения в конечностях.

**Перечень возможных проблем пациентов  
при нарушении функции органов дыхания.**

- нежелание выполнять дыхательные упражнения;
- неумение использовать карманную плевательницу;
- страх смерти от удушья;
- нерегулярный прием назначенных медикаментов;
- сухой кашель;
- снижение аппетита;
- снижение физической активности;
- одышка, чувство стеснения в груди;
- нарушение сна;
- отсутствие в семье навыков оказания доврачебной помощи при одышке; при легочном кровотечении и т.д.;
- гипертермия;
- категорический отказ от приема лекарственных препаратов;
- незнание, неумение занять положение, уменьшающее одышку, боль и т.д.;
- страх перед возможными осложнениями;
- невозможность выполнения манипуляции в связи с изменениями состояния здоровья

Обследование больных с заболеваниями органов дыхания.

<b>ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО</b>	
----------------------------	--

1. Кашель	5. Приступы удушья
2. Выделение мокроты	6. Боль в грудной клетке
1. Кровохаркание	7. Повышение температуры тела
2. Одышка	

<b>АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ</b>	
1. Причины	5. Данные проводившегося исследования
2. Начало	6. Проводившееся лечение
3. Динамика	
4. Длительность	

Что представляет собой уход за больными с заболеваниями органов дыхания? Это создание оптимальных условий, как в стационаре, так и дома: покой и тишина, чистая и удобная постель, свежее нательное и постельное белье и т.д. Роль такого ухода за подопечным переоценить трудно.

### Проблемы пациента и помощь при них

Проблема	Действия медсестры
<b>Потенциальная угроза здоровью из-за дефицита информации о факторах риска</b>	Провести беседу с пациентом о факторах риска (условия труда и быта, профессиональные вредности, домашние животные, комнатные растения и др.)
<b>Озноб из-за начинающейся лихорадки</b>	Уложить пациента в постель; согреть пациента: приложить к ногам грелки; накрыть одеялом; дать горячее питье

<p><b>Жар из-за высокой температуры тела</b></p>	<p>Организовать индивидуальный пост: обеспечить динамическое наблюдение за пациентом (температура тела, пульс, АД, ЧДД, изменение цвета кожных покровов); раскрыть пациента; поставить пузырь со льдом над головой</p>
<p><b>Слабость, потливость, головокружение, озноб из-за резкого (критического) снижения температуры тела</b></p>	<p>Создать пациенту положение в постели с приподнятым ножным концом; приложить к ногам и рукам грелки; дать теплый крепкий чай или кофе; обеспечить динамическое наблюдение за пациентом (цвет кожных покровов, температура тела, пульс, АД, ЧДД); менять нательное и постельное белье по мере необходимости</p>
<p><b>Неумение откашливать мокроту; затруднение дыхания из-за неэффективного очищения дыхательных путей</b></p>	<p>1. Обучать пациента дыхательным и дренажным упражнениям. 2. Рекомендовать делать часто по 4-5 глубоких вдохов и выдохов в течение дня. 3. Приобрести любую надувную детскую игрушку и рекомендовать несколько раз в день надувать ее (это способствует расширению бронхов, увеличению эвакуации мокроты и улучшению газообмена в легких)</p>
<p><b>Неумение пользоваться плевательницей</b></p>	<p>1. Обеспечить пациента индивидуальной плевательницей. 2. Обучить пациента правилам сбора мокроты в индивидуальную плевательницу. 3. Осуществлять контроль за количеством и характером выделяемой мокроты</p>
<p><b>Отказ занимать дренажное положение</b></p>	<p>1. Провести беседу с пациентом о роли дренажного положения в улучшении состояния его здоровья. 2. Обучить пациента приемам дренажного положения</p>

<p><b>Затруднение дыхания в горизонтальном положении</b></p>	<p>1.Провести беседу с пациентом о необходимости нахождения в вынужденном положении.  2.Помочь пациенту принять положение с возвышенным головным концом (положение Фаулера). 3.Регулярно проветривать палату. 4.По назначению врача провести оксигенотерапию. 5. Контролировать своевременный прием лекарственных препаратов.  6.Обеспечить динамическое наблюдение за пациентом (цвет кожных покровов, пульс, АД, ЧДД, температура тела)</p>
<p><b>Незнание приемов самопомощи при приступе удушья</b></p>	<p>Обучить пациента самопомощи при приступе удушья: принять положение сидя с фиксацией плечевого пояса; обеспечить максимальный приток свежего воздуха; расстегнуть стесняющую одежду (воротничок, пояс на юбке,)</p>
<p><b>Боязнь двигаться из-за усиления болей в грудной клетке и одышки</b></p>	<p>Успокоить пациента. Помочь пациенту принять удобное положение. Обеспечить прием лекарственных препаратов по показанию врача.</p>
<p><b>Нарушение сна из-за одышки и кашля</b></p>	<p>Создать условия для полноценного отдыха (постельный комфорт, чистота, тишина, свежий воздух, положение Фаулера). По назначению врача дать противокашлевые препараты.</p>

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Какие основные симптомы, характерные при заболеваниях органов дыхания Вы знаете?
2. Каков механизм их возникновения?
3. Какова первая помощь при непродуктивном кашле?
4. Какова первая помощь при одышке и удушье?
5. Что такое кровохарканье?
6. Как дезинфицировать плевательницу?
7. Какие способы применения кислорода Вы знаете?
8. Какие осложнения оксигенотерапии Вы знаете?
9. Как правильно пользоваться ингалятором?

### **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

**1. К рентгенологическим методам исследования дыхательной системы относятся**

- а) бронхография
- б) бронхоскопия
- в) флюорография
- г) томография
- д) спирография
- е) а,в,г
- ж) все

**2. Признаки, характерные для болей в грудной клетке, связанных с поражением плевры:**

- а) усиление болей при глубоком дыхании и кашле
- б) усиление болей при положении на больном боку
- в) уменьшение болей при положении на больном боку
- г) усиление болей при надавливании на грудную клетку
- д) а,в
- е) а,б

**3. Для уменьшения упорного сухого кашля целесообразно назначать следующие процедуры:**

- а) дренаж бронхов с изменением положения тела
- б) теплое щелочное питье, отхаркивающие и противокашлевые средства
- в) банки, горчичники
- г) а,б,в
- д) б,в

**4. Накапливать мокроту в течение 1-3 суток необходимо для:**

- а) исследования на наличие атипичных клеток
- б) исследования на наличие микобактерий туберкулеза

в) посева мокроты с целью выявления микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам

**5. Кровохарканьем могут сопровождаться следующие заболевания:**

- а) острый бронхит
- б) крупозная пневмония
- в) бронхиальная астма
- г) бронхоэктатическая болезнь
- д) рак легкого
- е) б,в,г
- ж) б,г,д

**6. Признаки легочного кровотечения:**

- а) кровь алая пеннистая
- б) кровь темная, сгустками типа «кофейной гущи»
- в) выделяющая кровь имеет щелочную реакцию
- г) выделяющая кровь имеет кислую реакцию
- д) выделение крови с кашлевыми толчками
- е) а,б,д
- ж) а,в,д

**7. При возникновении легочного кровотечения необходимо принять следующие меры:**

- а) назначит полный покой
- б) положить пузырь со льдом на область грудной клетки
- в) ввести викасол и хлористый кальций
- г) а,б,в
- д) применить ингаляции кислорода
- е) все верно

8. **Острая дыхательная недостаточность характерна для следующих заболеваний:**

- а) острый бронхит
- б) эмфизема легких
- в) закупорка трахеи и крупных бронхов инородным телом
- г) тромбоэмболия легочной артерии
- д) отравление наркотическими веществами
- е) в,г,д
- ж) все верно

9. **Экспираторная одышка характеризуется следующими признаками:**

- а) затруднение выдоха
- б) затруднение вдоха
- в) затруднение вдоха и выдоха

10. **При оксигенотерапии проводят увлажнение кислорода с целью:**

- а) предотвращение его излишней потери
- б) соблюдение правил техники безопасности
- в) предупреждение токсического действия кислорода на организм

11. **Укажите значение плевральной пункции:**

- а) удаление жидкости из плевральной полости с диагностической целью
- б) удаление жидкости из плевральной полости с лечебной целью
- в) введение в плевральную полость лекарственных средств
- г) разъединение плевральных сращений
- д) все верно
- е) а,б,в

12. **При инспираторной одышке затруднен:**

- а) вдох

б) вдох и выдох

в) выдох

**ОТВЕТЫ: 1е, 2 д, 3 д, 4б, 5ж, 6ж, 7г, 8е, 9а, 10в, 11е, 12а .**

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

#### **Задача 1**

Пациент Т., 70 лет, поступил в стационар с диагнозом «рак легкого».

При сестринском обследовании выявлены жалобы на кашель с отделением мокроты слизистого характера, боли в грудной клетке, резкая слабость, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Объективно: состояние пациента средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пациент пониженного питания, температура 36,7°C, ЧДД 20 в минуту, пульс 82 в минуту удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм.рт.ст.

Пациент обеспокоен своим состоянием, утверждает, что отец умер от такого же заболевания.

Пациенту назначено лечение.

#### **Задания:**

1. Определите неудовлетворенные потребности пациента, выявите его проблемы.
2. Определите приоритетную проблему, поставьте цели.
3. Составьте план необходимой помощи пациенту (сестринских вмешательств) с обоснованиями.

#### **Задача 2**

Пациент И., 45 лет, страдает туберкулезом легких.

При опросе пациент предъявляет жалобы на небольшой кашель с отделением мокроты с прожилками крови, выраженную слабость, повышение температуры до субфебрильных цифр по вечерам в течение 2 недель, выраженную потливость по ночам.

Объективно: состояние пациента средней тяжести, кожные покровы бледные, глаза блестящие. ЧДД 22 в минуту, пульс 88 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм.рт.ст., пониженного питания, температура тела 37,6°C.

Пациент испытывает чувство страха по поводу исхода заболевания.

### **Задания:**

1. Определите неудовлетворенные потребности пациента.
2. Выявите его проблемы.
3. Определите приоритетные проблемы.
4. Поставьте цели.
5. Составьте план необходимой помощи пациенту (сестринских вмешательств с обоснованиями).

### **Задача 3**

При посещении на дому с целью введения обезболивающих средств у пациента 75 лет с диагнозом «рак легкого IV». Внезапно во время сильного приступа кашля изо рта начала выделяться алая пенная кровь. Медицинская сестра провела обследование.

Объективно: состояние пациента тяжелое. При кашле выделяется алая пенная кровь. Пациент истощен, кожные покровы землистого цвета. ЧДД 28 в минуту, пульс 100 в минуту, слабый, АД 100/60 мм.рт.ст.

### **Задания:**

1. Определите неотложное состояние.
2. Составьте план неотложной помощи.

## Литература

1. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела. Учебник. ГЭОТАР- Медиа 2015 г.
2. Ослопов В.Н. Богоявлинская О.В. Общий уход за больными в терапии. Учебное пособие. ГЭОТАР- Медиа 2014 г.
3. Мухина С.А., Тарновская И.И.. Теоретические основы сестринского дела. ГЭОТАР- Медиа, 2010 г
4. С.А. Гулова Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу .Профи-Информ 2004г.
5. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. Феникс 2003 г.
6. [Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов ...](#)

[https://aupam.ru/pages/uhod/spravochnik\\_po\\_uhodu\\_za\\_bolny/page\\_07.htm](https://aupam.ru/pages/uhod/spravochnik_po_uhodu_za_bolny/page_07.htm)

7. Компания АльфаМедСервис осуществляет уход за больными с любыми заболеваниями, в том числе с заболеваниями органов дыхания. . <https://alfameds.ru/uhod-za-bolnymi-s-zabolevaniyami-organov-dyhaniya.html>
8. [Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания](#)  
*poznyarka.org/s82600t1.html* 16 янв. 2017 г.

