

# Пульмонология

- Бронхиальная астма
- ХОБЛ.

# Бронхиальная астма .

- Хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с повторяющимися эпизодами свистящего дыхания, кашля , одышки, тяжести в грудной клетке или приступов удушья, обусловленное спазмом гладких мышц бронхов. Гиперсекрецией и отеком слизистой оболочки бронхов

# Этиологические факторы риска

- 1) неинфекционные аллергены( дым, пыльца растений,пыль, пищевые продукты, производственные ирританты, лекарственные вещества, домашний пылевой клещ, насекомые, шерсть домашних животных
- 2) инфекционные аллергены(вирусы, бактерии, грибы, паразиты, простейшие)
- 3) профессиональные вредности
- 4) Физические факторы( физическое усилие,холодный воздух) и неблагоприятные метеофакторы .
- 5) нервно-психическое воздействие( стресс)
- В происхождении астмы большое значение имеет наследственная предрасположенность, когда изменения в организме, проводящие к гиперреактивности бронхов, передаются по наследству.

# Четыре механизма обструкции bronхов .

- Острый бронхоспазм
- Подострый отек слизистой
- Хроническое образование слизистых пробок
- Утолщение бронхиальной стенки
- Под влиянием стимула(аллерген, физическое усилие) у больных возникает спазм и отек дыхательных путей, в них вырабатывается повышенное количество слизи .они становятся гиперчувствительными к раздражителю. В дальнейшем этот стимулприобретаетроль триггера приступа. Возникающая при этом обструкция бронхов обратима как спонтанно, так и под влиянием лечения.

# Клиническая картина .

- Основное клиническое проявление- приступ удушья: внезапно или постепенно нарастающая одышка экспираторного характера(затруднение выдоха) ,кашель
- Дыхание становится шумным, дистанционные хрипы. Вынужденное положение больного –сидя с упором на руки, плечи приподняты, грудная клетка расширена.
- При аускультации жесткое дыхание с удлинненным выдохом, сухие свистящие хрипы . Коробочный перкуторный звук над легкими.
- Учащение пульса, повышение АД, понижение АД.
- В конце приступа- отхождение вязкой стекловидной мокроты.

# Бронхиальная астма

- Каждый приступ астмы протекает в определенной последовательности и имеет три периода: 1) предвестников (зуд в носу, чихание, выделение из носа прозрачной водянистой слизи и др.); 2) разгара (приступ кашля с трудно отделяемой мокротой, с дыханием или заложенностью в груди, удушье или их сочетание), 3) обратного развития. Приступ может проявляться по-разному. От редких, невыраженных кратковременных эпизодов свистящего дыхания, хрипов в легких, кашля или чувства стеснения в груди до постоянно повторяющихся, трудно поддающихся лечению приступов удушья.

При длительном течении астмы с частыми обострениями (приступами удушья) развивается эмфизема легких с легочно-сердечной недостаточностью (хроническое легочное сердце).

# Астматический статус .

Астматический статус. Это синдром острой дыхательной недостаточности, развившийся у больных бронхиальной астмой вследствие обструкции дыхательных путей, резистентной к терапии эуфиллином и симпатомиметикам, включая селективные бета-2-агонисты (беротек, сальбутамол). Частыми причинами возникновения астматического статуса является избыточное потребление снотворных, успокаивающих средств, прием препаратов, вызывающих аллергическую реакцию со стороны бронхов (салицилаты, анальгин, антибиотики и др.), избыточный прием ингаляционных бронхолитиков (более 6 раз в сутки). Все это необходимо учитывать медицинской сестре при уходе за пациентами с бронхиальной астмой.

# Действия м\с.

- Во всех случаях при отсутствии эффекта от проводимой бронходилатирующей терапии приступа бронхиальной астмы, ухудшении состояния больного, медицинская сестра должна вызвать врача. До прихода врача следует запретить больному пользоваться карманным ингалятором, предложить ему горячее щелочное питье, придать удобное положение с упором на руки, дать увлажненный кислород. Больной в это время находится в возбужденном состоянии, его нужно успокоить, внушить ему уверенность в благоприятный исход приступа. При отсутствии эффекта необходимо обеспечить перевод больного для лечения в палату интенсивной терапии (реанимации). В отделении больному проводят искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), лаваж бронхиального дерева с активной многочасовой санацией бронхов через интубационную трубку или трахеостому. При проведении ИВЛ медицинская сестра отсасывает мокроту из дыхательных путей электроотсосом через каждые 30—40 мин и орошает их при этом щелочным раствором.



# обследование

- РГ ОГК –м.б. без изменений.
- ОАК- при инфекции- лейкоцитоз. СОЭ, Эозинофилия.
- ОАмокроты- кристаллы Шарко- Лейдена( распад эозинофилов), спирали Куршмана (слепки бронхов).
- Spiroграфия- нарушения бронхиальной проходимости обструктивного типа.

# Осложнения

- Затянувшийся приступ м.перейти в астматический статус (часто- передозировка ингалляторов): нарастает удушье, сердцебиение, повышение АД, закупорка бронхов вязкой мокротой , поверхностное дыхание, исчезают хрипы, « немое легкое»
- Кома

# Лечение и уход

- Устранить контакт с аллергеном
- Купирование приступов удушья ингаляторами ( сальбутамол), эуфиллин, глюкокортикоиды( преднизолон 50-100 мг в\в стр-но , дексаметазон 4-16 мг в\в стр-но, в\в капельно )
- . Ингаляции бронхолитиков через небулайзер .
- Профилактика приступов удушья при помощи ингаляторов , небулайзера. ( обучить больного)
- Астматический статус- лечение в реанимационном отделении.
- (Инфузионная терапия. ГКС, адреналин , санационные бронхоскопии).



)-Ba,

# Задачи медсестры при приступе БА

- Успокоить больного
- Помочь принять удобное положение
- Доступ свежего воздуха
- Дать ингаллятор или небулайзер
- При отхождении мокроты обеспечить плевательницей
- Выполнить назначения врача

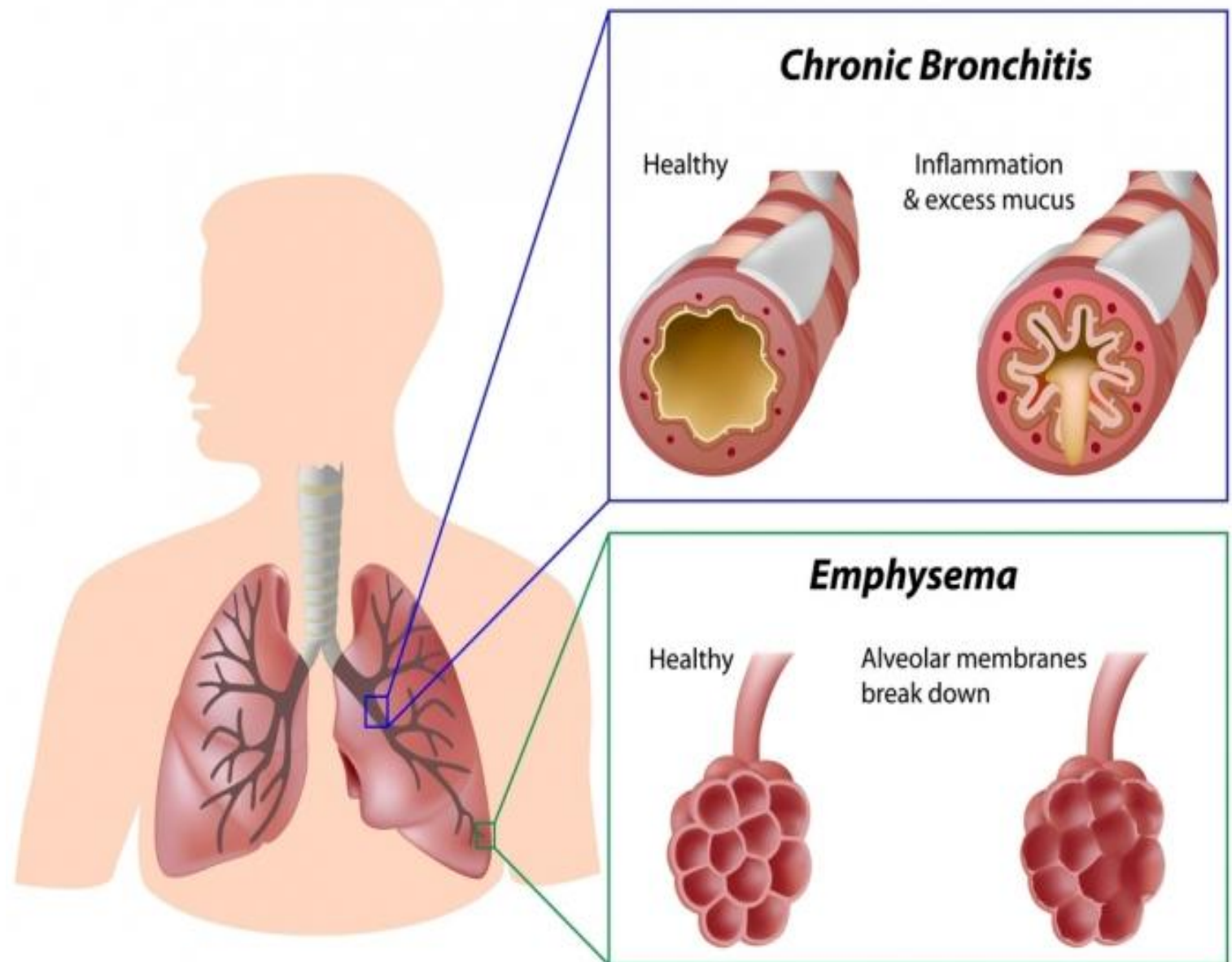
# ХОБЛ

- Самостоятельное заболевание, для которого характерно частично необратимое ограничение воздушного потока в дыхательных путях, имеющее неуклонно прогрессирующий характер и спровоцированное воспалительной реакцией ткани бронхов и легких на раздражение различными патогенными частицами и газами.

# Патогенез ХОБЛ

- Гиперсекреция слизи
- Дисфункция реснитчатого эпителия-нарушение эвакуации мокроты
- Бронхиальная обструкция
- Повышение воздушности легочной ткани, вторичная эмфизема легких
- Расстройство газообмена ( гипоксия и гиперкапния)
- Легочная гипертензия
- Легочное сердце( гипертрофия, дилатация ПЖ, ПП)

# Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)





# ХОБЛ: анамнез и симптомы

- Курение, проф.вредности( пыль, кадмий. Кремний, хронические инфекции
- Уменьшение ежедневной активности
- Постоянный кашель
- Отхождение мокроты( слизистая по утрам, гнойная при обострении)
- Одышка : при физической нагрузке, усиливается при обострении, чаще смешанная.
- Свистящее дыхание.

# ХОБЛ. Диагностика

- Спирография –натошак. Не курить. Не принимать лекарства, не пользоваться ингалятором .
- Объем форсированного выдоха за 1ю секунду ( ОФВ 1)
- Форсированная жизненная емкость легких(ФЖЕЛ)
- ОАК- лейкоцитоз, повышение сОЭ
- Оамокроты- повышение вязкости. лейкоциты
- РГ ОГК- повышение воздушности легочной ткани.

# ХОБЛ. Лечение

- Бронходилататоры: м-холиноблокаторы (атровент, спирива)
- В2-агонисты длительного действия : сальметерол, формотерол
- Глюкокортикостероиды
- Антибиотики при обострении
- Муколитики бромгексин. Амброксол, АЦЦ)
- Обильное питье

# Задачи м\с

- Обеспечить режим, обильное щелочное питье
- Обучить пользоваться ингалятором, Небулайзером
- Обучить дренажному положению . дыхательной гимнастике
- Контроль АД, пульса ЧДД
- Выполнение назначений врача . Подготовка к исследованиям.

# Острая пневмония.

- Острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной этиологии, хар. Очаговым поражением респираторных отделов легких( альвеолярная экссудация, лихорадка.интоксикация.

# Пневмония. Этиология классификация

- Внебольничная
- Госпитальная
- Аспирационная
- Пневмония у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета .
- *St.pneumoniae*, *mycoplasma*, *Chlamydia b lh/*

# Клиническая картина

- Кашель : вначале непродуктивный, откашливание на 3-4 –е сутки при крупозной пневмонии- ржавая мокрота
- Боль в грудной клетке при вовлечении плевры.
- Одышка зависит от тяжести течения и длительности .
- Синдром интоксикации.

# Диагностика

- Притупление перкуторного тона над очагом поражения
- Ослабление дыхания. Влажные хрипы.
- РГ ОГК
- ОАК- лейкоцитоз. Сдвиг влево
- ОАМ мокроты, мокрота на посев .



# Лечение

- Антибактериальная терапия
- Пенициллины :Амоксициллин\ клавунат
- Цефалоспорины:Цефтриаксон. цефосин
- Макролиды: азитромицин
- Аминогликозиды: амикацин. Гентамицин .