КОСТРОМСКОЕ ОБЛАСТНОЕ БАЗОВОЕ УЧИЛИЩЕ

ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ РАБОТНИКОВ СО СРЕДНИМ

МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

РЕФЕРАТ

На тему: *Бронхоэктатическая болезнь. Эмпиема плевры. Абсцессы легких. Экссудативные плевриты.*

цикл: *"СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ТЕРАПИИ" УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ*

Ф.И.О. *Лазутина Ангелина Витальевна*

МЕСТО РАБОТЫ : *ОБЛАСТНОЙ КАРДИОДИСПАНСЕР*

Дата обучения 26.01-02.04.2004 г.

**План**

1. **Анатомия строения органов дыхания 2**
2. **Бронхоэктатическая болезнь 4**
3. **Эмпиема плевры 5**
4. **Экссудативные плевриты 5**
5. **Абсцессы легких 6**
6. **Уход за больными 7**
7. **Массаж. ЛФК. 9**
8. **Список использованной литературы. 11**

**Анатомия строения органов дыхания**

Дыхательная система объединяет органы, выполняющие воздухопроводящую функцию (полость носа, носоглотка, гортань, трахея, бронхи) и дыхательную, или газообменную функции (легкие).

Нос – начальный отдел дыхательной системы. Выделяют наружный нос и полость носа. Наружный нос имеет корень, спинку, верхушку и крылья носа. Корень носа расположен между глазницами и отделен ото лба выемкой – переносьем. Спинка носа, образованная боковыми сторонами наружного носа, обращена вперед и вниз и заканчивается верхушкой носа. Кзади от верхушки располагаются два носовых отверстия – ноздри. По средней линии ноздри друг от друга отделяются подвижной перепончатой частью перегородки носа. С латеральной стороны ноздри ограничены крыльями носа. В образовании наружного носа принимают участие две носовые кости и хрящи. Форма наружного носа у каждого человека различная.

*Полость носа* формируется наружным носом и костями лицевого черепа. Входными отверстиями в носовую полость являются ноздри. Передневерхнюю стенку носовой полости образуют кости черепа и хрящи носа, от полости рта носовую полость отделяет перегородка, состоящая из твердого и мягкого неба. Сама носовая полость разделяется на 2 почти симметричные половины перегородкой носа, образованной спереди перепончатой и хрящевой частями, а сзади вертикальной пластинкой решетчатой кости и сошником – костной частью. Сзади полость носа открывается парными хоанами в носоглотку.

В каждой половине носа выделяют преддверие полости носа. Оно покрыто изнутри переходящей через ноздри кожей наружного носа, содержащей потовые, сальные железы и жесткие волосы – вибриссы.

От наружной боковой стенки в просвет каждой половины носа выступают по 3 изогнутые костные пластинки: верхняя, средняя и нижняя носовые раковины, разделяющие полость носа на узкие, сообщающиеся между собой ходы, в которых открываются околоносовые пазухи. Различают верхний средний и нижний носовые ходы, каждая располагается под соответствующей носовой раковиной. Между медиальными поверхностями носовых раковин и перегородкой носа расположен общий носовой ход, имеющий вид узкой вертикальной щели.

В каждый носовой ход открываются околоносовые воздухоносные пазухи и каналы черепа. Слизистая оболочка носа продолжается в слизистую оболочку околоносовых пазух, слезного мешка, носовой части глотки и мягкого неба. Она плотно сращена с надкостницей и надхрящницей стенок полости носа и покрыта эпителием.

*Гортань* расположена в передней области шеи ниже подъязычной кости, на уровне 4-7 шейных позвонков. Спереди она покрыта подподъязычными мышцами, с боков и отчасти спереди к ней прилегает щитовидная железа, сзади – гортанная часть глотки. Вверху гортань подвешена связками к подъязычной кости, внизу соединена с трахеей.

Гортань построена из непарных (перстневидной щитовидной надгортанной) и парных (черпаловидные, рожковидные, клиновидные, хрящей, соединенных между собой связками, соединительными мембранами и суставами. Хрящи гортани соединены между собой, а также с подъязычной костью с суставами и связками. Подвижность хрящей обеспечивается двумя парными суставами (перстнещитовидной и перстнечерпаловидной). Наряду с суставами хрящи гортани соединяются между собой и с окружающими образованиями при помощи связок.

Полость гортани имеет вход, ограниченный спереди надгортанником, по бокам – черпалонадгортанными складками, сзади – черпаловидными хрящами и складкой слизистой оболочки между ними. В полости гортани различают преддверие, межжелудочковый отдел и подголосовую полость. Наиболее узкий отдел гортани – голосовая щель ограниченная правой и левой голосовыми складками. Просвет голосовой щели постоянно изменяется при дыхании и звукообразовании за счет сокращений мышц гортани. В голосовой щели выделяют межперепончатую и межхрящевую части. При образовании звуков межперепончатая часть сужается и представляет между собой щель, а межхрящевая – формирует треугольник. Расширяющаяся книзу часть полости гортани продолжается в трахею. Гортань имеет 3 оболочки - слизистую, фиброзно-хрящевую и соединительнотканную. На уровне 6-7 шейных позвонков гортань переходит в дыхательное горло – трахею.

*Трахея*, неспадающаяся трубка, длинной 9-11 см., в которой различают шейную и грудную части. Позади трахеи на шею и в грудной полости располагается пищевод, впереди – щитовидная и вилочковые железы, а также крупные сосуды (дуга орты и ее ветви).

На уровне 4-5 грудных позвонков трахея делится на 2 крупных главных бронха, отходящих в правое и левое легкое. Место деления носит название бифуркации трахеи. Правый главный бронх более короткий и широкий чем левый. Он является как бы продолжением трахеи. Над левым бронхом проходит дуга аорты, над правым сзади наперед непарная вена.

 Основу трахеи составляют 16-20 гиалиновых хрящевых полуколец, соединяющихся между собой кольцевыми связками. Свободные задние концы этих хрящей соединены пучками гладких мышечных волокон и соединительнотканными пластинками образующими сзади перепончатую стенку трахеи. Внутренняя поверхность трахеи и бронхов выстлана слизистой оболочкой, рыхло соединенной с помощью подслизистой основы с хрящами. Снаружи трахея и главные бронхи покрыты адвентицией.

*Легкие*. Главным органом дыхательной системы являются легкие. Это парные объемистые органы, занимающие всю полость грудной клетки и постоянно изменяющие форму и размеры в зависимости от фазы дыхания. По форме это неправильные конусы, верхушкой обращенные к надключичной ямке, а вогнутым основанием – к куполу диафрагмы.

Поверхности легкого разделены краями. Передний край отделяет реберную поверхность от медиальной поверхности. Сзади медиальная поверхность плавно переходит в реберную, нижний край отделяет реберную и медиальную поверхности от диафрагмальной.

С внутренней стороны в каждое легкое входят главный бронх, легочная артерия, бронхиальные сосуды и нервы, образующие вместе корень легкого. Здесь же располагаются в большом количестве лимфатические узлы. Место вхождения бронхиально-сосудистого пучка называется воротами легкого.

Вследствие высокого стояния купола диафрагмы справа правое легкое более широкое и объемистое, чем левое, и несколько короче его.

Легкие разделяются на доли посредством междолевых щелей. Левое легкое разделяется на верхнюю и нижнюю доли, правое – верхней, средней и нижней доли.

С практической точки зрения, в настоящее время легкие подразделяют на так называемые бронхолегочные сегменты; в правом легком их 11 а в левом 10 сегментов. Сегменты отделены друг от друга соединительнотканными перегородками и имеют форму конусов или пирамид. В центре сегмента располагаются сегментарный бронх и сегментарная артерия, а на границе с соседним сегментом – сегментарная вена.

Каждое легкое состоит из разветвления бронхов, образующих своеобразный скелет органа – бронхиальное дерево, и системы легочных пузырьков, или альвеол, являющихся респираторным отделом дыхательной системы. Снаружи легкие покрыты плеврой. Плевра представляет собой тонкую гладкую и влажную, богатую эластическими волокнами серозную оболочку, окружающую каждое легкое. Различают висцеральную плевру, плотность сращенную с тканью легкого и париетальную плевру, выстилающую изнутри стенки грудной полости. В области корня легкого висцеральная плевра переходит в париетальную.

*Средостение* – комплекс органов,

Расположенный между правой и левой плевральными полостями. Спереди оно ограничено грудиной и реберными хрящами, сзади –грудным отделом позвоночного столба, с боков правой и левой медиастинальной плеврой. Вверху средостение простирается до верхней апертуры грудной клетки, внизу – до диафрагмы. Условно различают верхнее и нижнее средостение. В верхнем средостении располагаются вилочковая железа, правая и левая плечеголовные вены, верхняя часть верхней полой вены, дуга аорты и отходящие от него сосуды: плечеголовной ствол, левая общая сонная и левая подключичная артерии, трахея, верхняя часть пищевода, грудного лимфатического протока, правого и левого симпатических стволов, проходят блуждающие и диафрагмальные нервы. В нижнем средостении находятся перикард с расположенными в нем сердцем и крупными кровеносными сосудами, главные бронхи, легочные артерии и вены, лимфатические узлы, грудная часть нисходящей аорты, непарная и полунепарная вены, средний и нижний отделы пищевода, грудной лимфатический проток, симпатические стволы и блуждающие нервы.

"**Нагноительные заболевания легких"** – это целый перечень заболеваний, который характеризуется поражением легких с образованием экссудата в виде гноя.

**Бронхоэктатическая болезнь**

Бронхоэктазы – необратимые локальные расширения бронхов с изменением структуры их стенок. Форма расширенных бронхов различна, чаще наблюдаются цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы. Они могут быть (ограниченными, в одном сегменте и доле легкого) или распространенными (захватывают целое легкое и даже оба легких). Чаще бронхоэктазы наблюдаются в нижних долях легких.

Различают врожденные и приобретенные бронхоэктазы. Врожденные бронхоэктазы возникают при нарушении развития бронхолегочной системы во внутриутробном периоде; иногда они сочетаются с другими пороками развития – стреловидным небом, расщеплением верхней губы. Приобретенные бронхоэктазы развиваются, после различных бронхолегочных заболеваний и при синдроме бронхиальной обструкции любого генеза. Изменение стенок бронхов обычно начинается с воспалительного процесса и заканчивается разрушением их мышечного и соединительнотканного каркаса, утолщением и нередко изъязвлением слизистой оболочки. Повышение внутрибронхиального давления бывает обусловлено сужением бронхов, скоплением в них секрета, длительным кашлем. Возникновение бронхоэктазов у детей имеет значение также нарушение постнатального развития бронхолегочной системы. Это нередко бывает связано с перенесенными в раннем детском возрасте пневмониями, корью, коклюшем и др. Другой возможный путь возникновения бронхоэктазов – механическое расширении бронхов при развитии ателектаза легкого или уменьшении объема паренхимы с последующим присоединением вторичной инфекции.

Клиническая картина при врожденных и приобретенных бронхоэктазов часто бывает одинаковой, и дифференцировать их трудно. Симптомы определяются в основном степенью и распространенностью расширения бронхов, выраженностью деструкции бронхиальных стенок, активностью инфекции длительностью патологического процесса. При сухих бронхоэктазах клинические симптомы часто отсутствуют; иногда может возникать легочное кровотечение. В большинстве случаев в пораженных бронхах развивается периодически обостряющийся инфекционный процесс. Больные жалуются на кашель со слизисто-гнойной или гнойной мокротой иногда обильной, "полным ртом". Нередко наблюдается определенная регулярность возникновения приступов продуктивного кашля – он беспокоит больных по утрам при вставании, и по вечерам, в постели, в остальное время суток кашель может отсутствовать. При обострениях инфекционного процесса количество мокроты увеличивается и достигает 50-100 мл. в сутки и более. В ряде случаев мокрота приобретает неприятный, иногда зловонный запах, содержит примесь крови. При отстаивании такая мокрота разделяется на 3 слоя: внизу скапливается густой гной, в середине мутно-зеленоватая серозная жидкость, сверху слизисто-гнойная пена. Обострения инфекционного процесса сопровождается подъемами температуры тела особенно по вечерам, лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом, увеличение СОЭ. Нередко наблюдается отдышка, усиливающаяся по мере прогрессирования болезни, развитие хронического бронхита и эмфиземы легких, похудание, ухудшение аппетита, цианоз губ. В результате гнойной интоксикации и дыхательной недостаточности ногти приобретают форму часовых стекол, а концевые фаланги пальцев рук – форму барабанных палочек. У длительно болеющих при перкуссии – коробочный оттенок или притупление перкуторного звука; при аускультации – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы, иногда влажные на ограниченном участке легкого. У некоторых больных периодически возникает легочное кровотечение.

При многолетнем течении и прогрессировании заболевания могут развиваться амилоидоз внутренних органов, легочное сердце с исходом в легочно-сердечную недостаточность.

При дифференциальной диагностике бронхоэктазов с хроническим бронхитом, абсцессом легкого, туберкулезом и раком легкого часто используют томографию и бронхоскопию; установить диагноз помогает бронхография.

Лечение больных с бронхоэктазами комплексное, с использованием терапевтических бронхоскопических, а при необходимости – хирургических методов.

Показаниями к госпитализации в терапевтическое или специализированное пульмонологическое отделение является обострение гнойного процесса, тяжелое общее состояние больного. При легочном кровотечении больного необходимо срочно госпитализировать в специализированное хирургическое отделение. В эти же отделения в плановом порядке направляют больных, которым показано хирургическое лечение бронхоэктазов.

Консервативное лечение состоит из профилактики инфекции и ликвидации ее вспышек. Для этого необходимо обеспечить хорошее опорожнение бронхиального дерева от патологического содержимого с помощью дыхательных упражнений, перкуссионного и вибрационного массажа и пасторального дренажа. С целью разжижения густой и вязкой мокроты назначают препараты йода, ацетилцистеиновую кислоту, ингаляции щелочных и протеолитических средств. Для борьбы с инфекцией применяются антибиотики широкого спектра действия (ампициллин, тетрациклин) и сульфаниламидные препараты (бисептол); оптимально определение чувствительности к ним микрофлоры. Большое значение имеет санация бронхов при бронхоскопии.

Радикальное лечение возможно только оперативным путем. К оперативному вмешательству обычно прибегают когда неэффективно консервативная терапия или при развитии легочного кровотечения.

**Эмпиема плевры** – скопление гноя в полости плевры. Заболевание протекает бурно. Жалобы на боли в боку, озноб, сильную потливость, температура тела 39-40 градусов, отдышка, цианоз. Над пораженным участком наблюдается отечность, гиперемия и болезненность при пальпации. Заболевание оставляет после себя значительное плевральное сращение, иногда свищи, межмышечную флегмону. При затяжном течении возможно амилоидное перерождение почек с нарушением их функций. Питание полноценное с большим количеством витаминов.

**Экссудативные плевриты**

Воспаление плевры с образованием выпота в ее полости.

*Этиология и патогенез.* Плевриты инфекционной природы могут вызываться возбудителями специфической (микобактерии туберкулеза и др.) и неспецифической (пневмококки, вирусы, грибы и т.д.) инфекции, проникающей в плевру контактным путем, лимфогенно, гематогенно. Частой причиной развития плеврита являются системные болезни соединительной ткани (ревматизм, системная красная волчанка и др.); новообразования тромбоэмболия и тромбоз в системе сосудов малого круга.

*Симптомы течения:* определяются локализацией, распространенностью, характером воспаления плевры, изменением функции соседних органов. Основные формы плевритов сухие, или фибринозные, и выпотные, или экссудативные. Экссудативные плевриты в свою очередь различаются по характеру выпота на серозные, серофибринозные, гнойные, геморрагические, хилезные, смешанные. Определение характера выпота помогает уточнить причину развития плеврита и выбрать патогенетическую терапию. По локализации выпота различают паракостальные, диафрагмальные, парамедиастинальные, междолевые плевриты.

Выпотной, или экссудативный плеврит. В начале плевральной экссудации отмечается боль в боку, ограничение дыхательной подвижности пораженной стороны грудной клетки, шум трения плевры. Часто возникает сухой мучительный кашель рефлекторной природы. По мере накопления выпота боль в боку исчезает, появляется ощущение тяжести, нарастающая отдышка, умеренный цианоз, некоторое выбухание пораженной стороны, сглаживание межреберных промежутков. Перкуторно над экссудатом выявляется тупой звук, голосовое дрожание и бронхофония ослаблены, дыхание не проводится или значительно ослаблено; выше тупости – тимпанический оттенок перкуторного звука, бронхиальный оттенок дыхания и мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии и рентгенологическом исследовании может определятся характерный контур верхней границы выпота.

Большой выпот вызывает смещение средостения в здоровую сторону и значительные нарушения функции внешнего дыхания за счет нарушенной механики дыхания: дыхание учащается; методами функциональной диагностики выявляется снижение показателей внешнего дыхания. Возникают нарушения сердечно-сосудистой системы: уменьшение ударного и минутного объемов сердца; развивается компенсаторная тахикардия; АД снижается.

Для экссудативных плевритов характерны фебрильная температура тела, выраженные симптомы интоксикации, нейрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Течение зависит от этиологии плеврита. При инфекционно-аллергических плевритах, в т.ч. и туберкулезных, экссудат может рассосаться в течении 2-4 недель. Возможен исход с развитием в плевральной полости спаечного процесса, заращением плевральных полостей и междолевых щелей, образованием массивных наложений, шварт, утолщений плевры, развитием плевропневмоцирроза и дыхательной недостаточности.

*Диагноз* основывается на данных объективного исследования, рентгенологической картине, наличии в плевральной полости жидкости воспалительного характера. Для экссудата в отличии от транссудата характерны содержание белка свыше 3 г/л, относительная плотность более 1200, положительная проба Ривальта (помутнение жидкости при добавлении к ней уксусной кислоты.

*Лечение* комплексное, включает активное воздействие на основное заболевание и раннее энергичное лечение плеврита: при выпотном плеврите проводится в стационаре. Лечение складывается из следующих компонентов:

1. антибиотикотерапия при инфекционно аллергических плевритах и целенаправленная химиотерапия при плевритах другой этиологии, препараты вводят парантерально, при показаниях – внутриплеврально;
2. санация плевральной полости путем эвакуации экссудата, а при необходимости – промывание антисептическими растворами;
3. назначение десенсибилизирующих и противовоспалительных средств (натриясалицилат, бутадион, хлорид кальция);
4. включение средств направленных на мобилизацию защитноимуннобиологических реакций организма: индивидуальный режим (в остром периоде постельный) рациональная витаминизированная диета с достаточным количеством белка, ограничением жидкости и поваренной соли, парентеральное введение аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, внутривенные капельные введения плазмозамещающих растворов, индивидуально дозированная лечебная физкультура, кислородотерапия, в период стихания плеврита – физические методы лечения (эл/ф хлорида кальция, УВЧ-терапия);
5. симптоматическая терапия: согревающие компрессы, горчичники, иммобилизация больной половины грудной клетки тугим бинтованием (при боли); кодеин, этилморфина гидрохлорид при кашле; кардиотонические средства при недостаточности кровообращения. Для предупреждения плевральных сращений рекомендуется дыхательная гимнастика, массаж. При развитии дыхательной и сердечной недостаточности показаны плевральные пункции.

**Абсцессы легких**

Абсцесс легкого представляет собой гнойное расплавление участка легкого с последующим образованием одной или нескольких полостей, часто отграниченных от окружающей легочной ткани фиброзной стенкой. Абсцессы могут локализоваться в коже, подкожной клетчатке, легких, печени, почках, головном мозге и др.

Абсцесс следует отличать от эмпиемы ( скопления гноя в полостях тела и полых органах) и флегмоны (разлитого гнойного воспаления ткани). Особенностью абсцесса как отграниченного гнойного процесса является наличие пиогенной мембраны (внутренние стенки гнойной полости выстланной грануляционной тканью) которая отграничивает гнойно-некротический процесс и продуцирует экссудат. Возбудителем гнойного процесса обычно является стафилококк, чаще в ассоциации с другими микробами (кишечной палочкой, протеем). Обычно возбудитель инфекции проникает извне (экзогенная инфекция), хотя возможна и эндогенная инфекция за счет заноса возбудителей из соседних или отдаленных органов. В ряде случаев наблюдается развитие так называемых асептических абсцессов, если в зону некроза не внедряются возбудители инфекции. Возникновению абсцесса может способствовать введение в ткани концентрированных растворов лекарственных препаратов – сульфата магния, кордиамин и др. Различают острые хронические абсцессы. При поверхностно расположенных острых абсцессах местные проявления характеризуются классическими признаками воспаления: краснотой, припухлостью, болью, местным повышением температуры, нарушением функции; при пальпации абсцесса можно выявить зыбление (флюктуацию). Общее проявления абсцесса не имеют специфических признаков и типичный для гнойно-воспалительных процессов любой локализации. Они сводятся к повышению температуры тела от субфебрильных цифр до 41 градуса в тяжелых случаях, общему недомоганию слабости, потери аппетита, головной боли. В крови отмечаются лейкоцитоз до 20000 и более со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. При хронических абсцессах общие и местные симптомы мало выражены.

*Осложнения:* амилоидоз внутренних органов, пневмоторакс.

В распознавании абсцессов большое значение имеет диагностическая пункция. Получение гноя при пункции помимо установления диагноза в сомнительных случаях, позволяет провести бактериологическое исследование (выделение возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам).

*Лечение* оперативное – вскрытие абсцесса, опорожнение и дренирование его полости. Вскрытие поверхностно расположенного абсцесса выполняется под местной инфильтрационной анестезии 0,25% или 0,5% раствором новокаина или под кратковременным внутривенным наркозом (сомбревином). Анестезию хлорэтилом, как правило не применяют. Лечение после вскрытия абсцесса проводится по принципу лечения гнойных ран. Как только рана очистится от гноя, некротизированных тканей и появятся грануляции, переходят к применению редко сменяемых мазевых повязок.

Местное применение антибиотиков при послеоперационном лечении абсцесса нецелесообразно, так как наличие некротизированных тканей и гноя в ране значительно снижает их эффективность. Хорошие результаты после вскрытия абсцесса дает местное применение протеолитических ферментов которое создает благоприятное условие для наложения ранних вторичных швов на гранулирующую рану.

При лечении абсцесса в условия хирургического стационара его иссякают в пределах здоровых тканей и накладывают первичный шов; содержимое раны активно аспирируют, что позволяет добиться заживления первичным натяжением.

Общее лечение у больных с крупными абсцессами особенно внутренних органов, включает общую укрепляющую терапию, переливание препаратов крови, плазмы, применение антибиотиков с учетом чувствительности к ним микробной флоры, использование средств, стимулирующих иммунную систему организма. Больным назначают высококалорийную диету с добавлением витаминов.

**Уход за больными**

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.

Кашель представляет собой сложнорефлекторный акт, в котором участвует ряд механизмов (повышение внутригрудного давления за счет напряжения дыхательной мускулатуры, изменения просвета голосовой щели т.д.) и который при заболеваниях органов дыхания обусловлен обычно раздражением рецепторов дыхательных путей и плевры.

Кашель бывает сухим или влажным и выполняет часто защитную роль, способствуя удалению содержимого из бронхов (например, мокроты). Однако сухой, особенной мучительный кашель, утомляет больных и требует приме­нения отхаркивающих (препараты термопсиса, и пекакуаны) и противокашлевых средств (либексин, глауцин и др.). В таких случаях больным целесообразно рекомендовать теплое щелочное тепло (горячее молоко с боржомом или с добавлением 1/2 чайной ложки соды), банки, горчичники.

Нередко кашель сопровождается выделением мокро­ты: слизистой, бесцветной, вязкой (например, при бронхи­альной астме), слизисто-гнойной (при бронхопневмонии), гнойной (при прорыве абсцесса легкого в просвет бронха).

При наличии мокроты необходимо определять ее су­точное количество, которое может колебаться от 10-15 мл (при хроническом бронхите) до 1 л и более (при бронхоэктатической болезни). Больной должен сплевывать мокроту в индивидуальную плевательницу, на дно, которое налива­ют небольшое количество 0,5% р-ра хлорамина. Плева­тельницы ежедневно опорожняют, тщательно промывают, дезинфицируют. Суточное количество каждый день отме­чают в температурном листе.

Очень важно добиться свободного отхождения мокро­ты, поскольку ее задержка (например, при бронхоэктатической болезни, абсцессе легкого) усиливает интоксикацию организма. Поэтому больному помогают найти положение (так называемое дренажное, на том или ином боку, на спи­не), при котором мокрота отходит наиболее полно, т.е. осуществляется эффективный дренаж бронхиального дере­ва. Указанное положение больной должен принимать раз в день в течении 20-30 минут.

При наличии у больного мокроты возникает необ­ходимость ее повторных исследований - микроскопиче­ских, бактериологических и т.д. Наиболее достоверные ре­зультаты получаются в тех случаях, когда мокроту получа­ют при бронхоскопии. При этом в нее не попадает слюна, микроорганизмы полости рта. Однако часто больной сам сдает мокроту, сплевывая ее в чистую стеклянную баночку. Поэтому перед сбором мокроты, таким образом больной должен обязательно почистить зубы и прополоскать рот. Мокроты в количестве 4-5 мл собирают утром, когда она наиболее богата микрофлорой.

Кровохарканье представляет собой выделение мокро­ты с примесью крови, примешанной равномерно (например, "ржавая" мокрота при крупозной пневмонии, мокрота в виде "малинового желе" при раке легкого) или располо­женной отдельными прожилками. Выделения через дыха­тельные пути значительного количества крови (с кашлевыми толчками, реже – непрерывной струей) носит название легочного кровотечения.

Кровохарканье и легочное кровотечение, как правило, не сопровождаются явлениями шока или коллапса. Угроза для жизни в таких случаях обычно бывает связанна с на­рушением вентиляционной функции легких, в результате попадания крови в дыхательные пути. Больным назначают полный покой. Им следует придать полусидящее положение с наклоном в сторону пораженного легкого во избежание попадание крови в здоровое легкое. На эту же половину грудной клетки кладут пузырь со льдом. При интенсивном кашле, способствующим усилению кровотечения применя­ют противокашлевые средства. Для остановки кровотече­ния внутримышечно вводят викасол, внутривенно - хлори­стый кальций, эпсилон аминокапроновую кислоту.

Уход за больными, страдающими одышкой, преду­сматривает постоянный контроль за частотой, ритмом и глубиной дыхания. Определения частоты дыхания (по дви­жению грудной клетки или брюшной стенки) проводят не­заметно для больного (в этот момент положением руки можно имитировать определенные частоты пульса). У здо­рового человека частота дыхания колеблется от 16 до 20 в 1 минуту, уменьшаясь во время сна и увеличиваясь при фи­зической нагрузке. При различных заболеваниях бронхов и легких частота дыхания может достигать 30-40 и более в 1 минуту. Полученные результаты подсчета частоты дыхания ежедневно вносят в температурный лист. Соответствующие точки соединяют синим карандашом, образую графическую кривую частоты дыхания.

При появление одышки больному придают возвышен­ное (полусидящее) положение освобождая его от стесняю­щей одежды, обеспечивают приток свежего воздуха за счет регулярного проветривания. При выраженной степени ды­хательной недостаточности проводят оксигенотерапию.

Оксигенотерапия может осуществляться как при есте­ственном дыхание так и при использование аппаратов ис­кусственной вентиляции легких. В домашних условиях с целью оксигенотерапии применяют кислородные подушки. При этом больной вдыхает кислород через трубку или мундштук подушки, который он плотно обхватывает губа­ми. С целью уменьшения потери кислорода в момент выдо­ха, его подача временно прекращается с помощью пережа­тия трубки пальцами или поворотом специального крана

В больничных учреждениях оксигенотерапию прово­дят с использованием баллонов со сжатым кислородом или системы централизованной подачи кислорода в палаты.

Таким образом, правильный уход за больными с забо­леваниями органов дыхания предполагает как хорошее знание общих вопросов ухода, так и овладение некоторыми специальными навыками.

**Массаж. ЛФК.**

Верхние дыхательные пути богаты разнообразными ре­цепторами. Важную роль играют рецепторы легких, грудной клетки и дыхательных мышц, они выполняют функцию обратной связи между дыхательным центром и вентиляци­онным аппаратом. Сюда прежде всего следует отнести чувствительные нервные окончания, которые возбуждают­ся при растяжении и спадении легочной ткани.

В последнее время большое значение в регулировании усилия, развиваемого дыхательной мускулатурой, придают функции проприоцепторов межреберных мышц.

Массаж дыхательных мышц вызывает усиление импульсации из первичных окончаний мышечных веретен и вовле­чение большого числа мотонейронов, что приводит к уси­лению сокращения межреберных мышц. Афферентные стимулы от рецепторов мышечно-суставного аппарата груд­ной клетки направляются в дыхательный центр по восходя­щим путям спинного мозга.

Весь двигательный аппарат дыхательной системы (ко­нечно, за исключением гладкомышечных образований тра­хеи и бронхов) управляется так же, как и остальная по­перечно-полосатая мускулатура.

В этой связи для снятия утомления с дыхательной мус­кулатуры, улучшения бронхолегочной вентиляции, крово­обращения, отхождения мокроты (при ее наличии) и для нормализации функции дыхания нами разработана соответ­ствующая методика массажа.

Перкуссионный массаж выполняется в исходном поло­жении лежа или сидя.

При этом на определенный участок грудной клетки кладется левая (или правая) кисть ладонной поверхнос­тью, а сверху по ней наносят ритмичные удары кулаком (рис. 93). Начинается перкуссионный массаж спереди груд­ной клетки, а затем проводится со стороны спины (рис. 94). Осуществляются удары на симметричных участках. Спереди удары наносят в подключичной области и у ниж­ней реберной дуги, а на спине — в надлопаточной, межлопаточной и подлопаточной областях. Наносятся два-три удара на каждый участок (зону). Затем осуществляется сжимание грудной клетки двумя руками. При этом руки массажиста находятся на нижнебоковом отделе ее, ближе к диафрагме. Во время вдоха больного руки массажиста скользят по межреберным мышцам к позвоночнику, а во время выдоха больного — к грудине (при этом к концу выдоха больного производится снимание грудной клетки). Затем обе руки массажист переносит к подмышечным впа­динам, и вновь проводят те же движения. Такие приемы следует проводить в течение 2-3 минут. Для того чтобы больной не задерживал дыхания, массажист подает коман­ду «вдох» (это когда его руки скользят по межреберным мышцам к позвоночнику), а затем команду «Выдох!» (ког­да его руки скользят к грудине); К концу выдоха прово­дится сдавление грудной клетки. До и после перкуссионно­го массажа проводят растирание грудной клетки и спины. При перкуссионном массаже создаются экстрапульмональные условия, улучшающие дыхание. Механические раздра­жения стимулируют дыхание и способствуют отхождению бронхиального секрета (мокроты). Сдавление грудной клет­ки раздражает рецепторы альвеол, корня легкого и плев­ры — это создает условия для повышения возбудимости дыхательного центра (инспираторных нейронов) и актив­ного вдоха. При воздействии на дыхательные межреберные мышцы (проприорецепторы) происходит рефлекторное влияние на дыхательный центр, стимуляция акта дыхания. Продолжительность перкуссионного массажа 5-10 мин. При легочных заболеваниях его проводят в течение 10-15 дней. В первые дни перкуссионный массаж проводится 2-3 раза в сутки (особенно при наличии мокроты), в последую­щие дни однократно (лучше утром, после сна).

**Примерный комплекс ЛФК**

**Список использованной литературы**

1. Энциклопедический справочник медицинской сестры, фельдшера, акушера / под редакцией В.И. Бородулина – 1999 г.
2. Советы практического врача / под редакцией А.А. Лекарева – 1994 г.
3. Справочник практического врача / под редакцией Ю.Е. Вельтищева, Ф.И. Комарова, С.М. Навашина и др. – 1992 г.
4. Справочник мед. сестры – М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2001 г.
5. Анатомия человека: Учебник / Самусев Р.П., Селин Ю.М. – 1990 г.
6. Современный справочник мед. сестры – автор составитель Н.Б. Садикова – 2002 г.
7. "Основы общего ухода за больными" / Гребнев А.Л., Шептулин А.А.