

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование
дисциплины Уход за больным
Специальность 31.05.01 лечебное дело
Форма обучения Очная
Год начала подготовки 2025

**Тема 4. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов
дыхания.**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине
«Пропедевтика внутренних болезней»:
Разработаны

Ассистентом кафедры

Есенева Г.А.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в
образовательном процессе для обучающихся по направлению
подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2025 года
набора очной формы обучения _____ (протокол №__)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

*Методические указания по дисциплине «Уход за больным» размещены в
ЭИОС университета в авторской редакции*

1. Цель

Обучение студентов технике последовательности расспроса больного при патологии системы органов дыхания (паспортные данные, жалобы, детализация жалоб, история заболевания и жизни), а также технике последовательности общего осмотра больного при патологии системы органов дыхания. Обучение студентов методике сравнительной и топографической перкуссии грудной клетки. Обучение студентов методике аускультации легких с определением основных и патологических дыхательных шумов.

2. Учебные вопросы:

1. Уход за больными с заболеваниями легких при кашле, кровохарканье и легочном кровотечении, с дыхательной недостаточностью.
2. Оказание доврачебной неотложной медицинской помощи.

3. Теоретическая часть:

Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания включают в себя два основных аспекта:

- 1) Общие действия со стороны медицинского персонала по уходу за больными с патологией любого генеза, включающие наблюдение за общим состоянием больного, измерение температуры, артериального давления, подсчет пульса, обеспечение личной гигиены пациента и т.д.
- 2) Специальные действия, которые включают мероприятия по наблюдению и уходу, направленные на облегчение характерных симптомов заболевания, таких, как кашель, кровохарканье, одышка, боли в грудной клетке, и т.д.

Одним из основных симптомов заболеваний дыхательной системы является кашель.

Кашель – защитно-рефлекторный акт, благодаря которому происходит освобождение дыхательных путей от мокроты, инородных тел и крови. Механизм кашля (рис. 44) заключается в том, что пациент после глубокого вдоха совершает усиленный быстрый выдох при закрытой голосовой щели, что ведет к образованию толчка, который способствует очищению дыхательных путей от содержимого. По характеру кашель может быть сухим или с выделением мокроты, беспокоить пациента периодически или постоянно, иногда может возникать в виде приступов.

Сухой кашель встречается при воспалении гортани (ларингит), трахеи (трахеит), бронхов (бронхит), бронхиальной астме, при набухании слизистой

бронха и в ситуации, когда в просвете его содержится очень вязкая мокрота. Влажный или продуктивный кашель происходит с выделением мокроты.

Одышка, или диспноэ, – нарушение ритма и частоты дыхания, что проявляется субъективным ощущением затрудненного дыхания. Одышка может быть легочного, сердечного, неврогенного происхождения. В зависимости от частоты дыхательных движений различают:

1. Тахипноэ – учащенное дыхание, более 20 дыхательных движений в минуту. Наблюдает при поражении легких, лихорадке, анемии и т.д. При истерии ЧДД может достигать 60 в минуту, так называемое «дыхание загнанного зверя».
2. Брадипноэ – урежение частоты дыхательных движений, менее 16 в минуту. Наблюдает при длительной гипоксии, заболеваниях головного мозга и его оболочек и т.д.

Подсчет числа дыхательных движений осуществляется по движению брюшной или грудной стенки, обязательным условием является незаметное для больного проведение исследования.

В зависимости от нарушения фазы дыхания выделяют: инспираторную одышку – затруднен вдох, встречается при рефлексорном спазме голосовой щели, отеке слизистой гортани и трахеи, а также при попадании инородного тела в дыхательные пути; экспираторную одышку – затруднен выдох, возникает при сужении просвета мелких бронхов и бронхиол. Могут быть затруднены обе фазы дыхания, так называемая смешанная одышка.

Также следует различать временную (например, при крупозной пневмонии) и постоянную (при хронических заболеваниях легких, таких как эмфизема) виды одышки.

Удушье, или астма (греч. *astma* – тяжелое короткое дыхание), – остро развивающийся приступ одышки различного генеза. При появлении у больного приступа одышки, медсестре необходимо срочно оповестить лечащего врача, а также принять меры для облегчения состояния больного:

1. Успокоить пациента, создать вокруг него атмосферу покоя.
2. Помочь больному принять полусидячее положение, для этого необходимо подложить подушки под голову и спину или поднять головной конец кровати.
3. Освободить от стесняющей одежды.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха в палату.

При наличии соответствующего назначения врача дать пациенту ингалятор и объяснить, как им пользоваться:

1. Снять защитный колпачок.
2. Повернуть ингалятор вверх дном и встряхнуть его.
3. Попросить больного сделать глубокий выдох.
4. Плотно обхватить губами мундштук и сделать глубокий вдох, одновременно нажимая на клапан баллончика.
5. После вдоха необходимо задержать дыхание на несколько секунд, затем сделать медленный выдох.

Количество доз определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов, больной должен прополоскать ротовую полость в целях профилактики кандидоза.

Мокрота (лат. sputum) – отделяемый при отхаркивании патологический секрет трахеобронхиального дерева с примесью слюны и секрета слизистой оболочки носа и носовых придаточных пазух.

Необходимо выяснить количество отделяемого секрета одномоментное, в течение суток, какое положение необходимо больному принять для лучшего отхождения мокроты, ее характер, цвет и запах. Мокрота бывает слизистой, бесцветной, вязкой, слизисто-гнойной, гнойной.

Утренний кашель с отделяемой мокротой встречается у лиц, страдающих хроническим бронхитом, бронхоэктатической болезнью, абсцессом легкого и т.д. У таких пациентов за ночь скапливается мокрота, которая по утрам при перемене положения тела и подъема с кровати, перемещаясь и раздражая рефлексогенные зоны, вызывает кашлевой рефлекс.

Медицинский персонал должен следить за выделением мокроты, ее количеством, запахом, наличием примесей. Количество мокроты определяется при ежедневном измерении за сутки. Необходимо объяснить пациенту, что при заглатывании мокроты может произойти инфицирование ЖКТ. Собирать мокроту больной должен в специальную плевательницу с крышкой, которую в целях дезинфекции необходимо на 1/3 заполнить раствором хлорамина.

При наличии у пациента мокроты возникает необходимость в ее исследовании – бактериоскопическом, микроскопическом и т.д. Пациент собирает мокроту, сплевывая ее в чистую специальную стеклянную баночку. Перед сбором мокроту, необходимо объяснить пациенту подготовку, а именно, обязательно почистить зубы и прополоскать рот, общее количество: 3-5 мл, время суток – утро, когда мокрота наиболее богата микрофлорой. При взятии мокроты на атипичные клетки (опухолевые) биоматериал необходимо сразу отправить в лабораторию, так как эти клетки быстро разрушаются. Однако наиболее достоверные результаты анализа мокроты получают в тех случаях, когда ее собирают при бронхоскопии.

Медицинский уход должен максимально способствовать лучшему отхождению мокроты, для этого необходимо научить больного принимать дренажное положение. Под этим определением понимают положение пациента, при котором мокрота отходит наиболее полно, например, при одностороннем процессе – это положение больного на здоровом боку.

Дренажное положение назначается по указу врача, а медицинской сестре необходимо следить за регулярностью проведения пациентом процедуры и помогать при необходимости.

Для улучшения кровообращения в области грудной клетки, при отсутствии противопоказаний (например, при подозрении на новообразование), показан лечебный массаж, а для улучшения вентиляции легких - дыхательная гимнастика.

Помощь при кровохаркании и легочном кровотечении

Кровохарканье (греч. haemoptoe) – выделение крови с мокротой во время кашля. Мокрота может быть в виде «малинового желе» при раке легкого, «ржавой» при крупозной пневмонии, то есть кровь распределена равномерно или отдельными прожилками.

Наблюдается при следующих заболеваниях:

1. Абсцесс легкого, туберкулез, рак легкого, бронхоэктатическая болезнь, то есть нозологические формы, сопровождающиеся распадом легочной ткани с вовлечением в зону распада легочных сосудов и нарушением целостности их стенки.
2. Патология со стороны сердечно-сосудистой системы- стеноз левого атриовентрикулярного отверстия (митральный стеноз), аневризма аорты, тромбоэмболия легочной артерии.
3. Травмы грудной клетки и т.д.

При появлении в мокроте прожилок и сгустков крови медсестра должна пациенту запретить вставать с кровати и немедленно оповестить врача. Если наблюдается интенсивный кашель, который способен усилить кровотечение, то применяют протикашлевые препараты. Иногда, при срочной бронхоскопии, удается тампонировать кровотокающий сосуд специальной гемостатической губкой. В ряде случаев при неэффективности принятых мер встает вопрос о срочном оперативном вмешательстве. Необходимо постоянно находиться у постели больного до полного прекращения кровотечения, контролируя пульс и АД.

Необходимо дифференцировать легочное кровотечение от желудочного. При первом варианте кровь имеет алый цвет, щелочную реакцию, пенная, выделяется с кашлем, при втором варианте, то есть желудочном

кровотечении, выделяемая кровь, как правило, темная, имеет вид «кофейной гущи», вследствие взаимодействия с кислым желудочным соком и образования солянокислого гематина, имеет кислую реакцию и выделяется при рвоте.

Ухаживая за больными с жалобами на кровохарканье, необходимо помнить, что ни в коем случае нельзя использовать банки, горчичники и грелку на грудную клетку. Пищу дают только в холодном, полужидком виде, нельзя принимать горячую ванну.

Боль в грудной клетке

Болевой синдром чаще всего связан с вовлечением в патологический процесс плевры при таких заболеваниях как пневмоторакс, плевропневмония, плеврит, рак плевры. Возникновение плевральных болей связано с дыхательными движениями, в связи с чем пациенты пытаются дышать поверхностно. При появлении болей в грудной клетке необходимо: помочь больному принять удобное положение, при котором уменьшается экскурсия грудной клетки, для уменьшения болевых ощущений укрыть его, по назначению врача поставить банки, горчичники. Если в результате отвлекающей терапии боли не уменьшаются – дать обезболивающие препараты.

Подготовка к бронхоскопии

Бронхоскопия применяется для осмотра слизистой оболочки трахеи и бронхов. Она проводится специальным прибором – бронхоскопом (рис. 49). Перед проведением исследования необходимо уточнить у пациента наличие ЭКГ, анализа крови на свертываемость и длительность кровотечения. Необходимо выяснить, есть ли у пациента непереносимость лекарственных препаратов, особенно анестетиков. Накануне исследования ужин должен быть легким, утром больной является для бронхоскопии строго натощак.

Очень важным является наблюдение за больным после бронхоскопии, так как возможны такие осложнения как рвота, появление болей, выделение крови, повышение температуры и т.д.

Плевральная пункция

Плевральная пункция проводится при заболеваниях плевры, сопровождающихся накоплением жидкости в плевральной полости. Исследование проводят обычно под общей анестезией 0,5 % раствором новокаина в положении больного сидя.

После обработки кожных покровов спиртом и йодом и уточнения уровня жидкости пункцию делают, как правило, в 7 или 8 межреберьях по лопаточной или задней подмышечной линиям.

Пункцию необходимо проводить по верхнему краю ребра, чтобы не повредить межреберные сосуды и нервы, проходящие вдоль нижнего края. Прокол делают длинной толстой иглой, которая соединена со шприцем резиновой трубкой. Удаление жидкости производят медленно. После отсасывания перед тем как отсоединить шприц на резиновую трубку накладывают зажим. Иглу извлекают, место прокола смазывают йодом и закрывают марлевым стерильным тампоном.

Ингаляция лекарственных веществ

Ингаляция лекарственных веществ используется в лечении больных с патологией органов дыхания. Лекарственные препараты, которые вводятся в организм ингаляционным путем, благодаря всасывающей способности слизистой оболочки бронхов, кроме местного действия, оказывают и общее воздействие на весь организм. Ингаляцию проводят только по назначению врача с указанием характера ингаляции, времени, дозировки и количества приема процедур. Во время процедуры медицинская сестра должна следить за состоянием больного, работой ингалятора. После окончания работы аппаратуру осматривают, маски и наконечники дезинфицируют 3% раствором хлорамина, проводят их предстерилизационную обработку и затем стерилизуют в автоклаве.

Оксигенотерапия

Оксигенотерапия – это применение кислорода с лечебной целью, проводят при выраженной степени дыхательной недостаточности. Перед применением кислорода необходимо убедиться в проходимости дыхательных путей. Кислород можно подавать из кислородной подушки через носовые катетеры и маску.

Современные палаты оснащены оборудованием для централизованной подачи кислорода из кислородных баллонов. Новые аппараты для оксигенотерапии имеют специальное устройство, которое позволяет подавать больному не чистый кислород, а обогащенную кислородом смесь. Ингаляции кислородной смеси проводят непрерывно или сеансами по 30-60 минут несколько раз в день. При этом подаваемый кислород должен быть обязательно увлажнен, что достигается путем его пропускания через аппарат Боброва.

В больничных учреждениях наиболее распространенным способом кислородотерапии является его ингаляция через носовые катетеры, которые вводят в носовые ходы на глубину, приблизительно равную расстоянию от крыльев носа до мочки уха. Реже используют носовые и ротовые маски, интубационные и трахеостомические трубки.

В настоящее время при заболеваниях, которые сопровождаются гипоксией, применяют гипербарическую оксигенацию – проведение лечения кислородом в специальных барокамерах под повышенным давлением. Использование данного метода значительно увеличивают диффузию кислорода в различные среды организм.

4. Практическая часть:

Задание 1. Знакомство с введением лекарственных препаратов с помощью небулайзера.

5. Вопросы для собеседования:

1. Какие из перечисленных методов исследования дыхательной системы относятся к рентгенологическим?
2. Какие процедуры целесообразно назначить больному для уменьшения упорного сухого кашля ?
3. Для какого исследования необходимо накапливать мокроту в течение 1-3 суток?
4. Какие заболевания легких могут сопровождаться кровохарканьем?
5. Какие признаки кровотечения указывает на его легочное происхождение?
6. Какие меры следует принять при возникновении у больного легочного кровотечения?
7. Какие заболевания характеризуются острой дыхательной недостаточностью?
8. Какова наиболее оптимальная концентрация кислорода во вдыхаемой смеси?
9. Каково значение плевральной пункции?
10. С какой целью при оксигенотерапии проводят увлажнение кислорода?

6. Тестовые задания

1. Какова температура больных бронхитом?

- 1) 37-38 С
- 2) 39-40 С
- 3) 38-39 С

2. Что такое дренажное положение?

- 1) Положение, при котором больному устанавливают дренаж
- 2) Положение, при котором улучшается отхождение мокроты
- 3) Положение, ухудшающее отхождение мокроты

3. Когда лучше собирать мокроту для её исследований:

- 1) Утром, после завтрака
- 2) Утром, после полоскания рта и чистки зубов
- 3) Вечером, перед сном

4. При каких заболеваниях легких можно встретить кровохарканье?

- 1) Острый бронхит
- 2) Рак легкого
- 3) Бронхиальная астма

5. Чем характеризуется экспираторная одышка?

- 1) Затрудняется выход
- 2) Затрудняется вдох
- 3) Затрудняются обе фазы

6. С какой целью при оксигенотерапии проводят увлажнение кислорода?

- 1) С целью предупреждения токсического действия кислорода
- 2) С целью предотвращения его излишней потери
- 3) С целью соблюдения правил техники безопасности

7. При каких заболеваниях возникает боль в грудной клетке?

- 1) Бронхиальная астма
- 2) Хронический бронхит
- 3) Сухой плеврит

8. Какой метод используется для диагностики заболеваний легких?

- 1) Флюорография
- 2) Электрокардиография
- 3) УЗИ

9. Чем характеризуется брадипноэ:

- 1) Частотой дыхательных движений 16-20 в минуту
- 2) Частотой дыхательных движений менее 16 в минуту
- 3) Частотой дыхательных движений более 20 в минуту

10. Сколько периодов лихорадки выделяют?

- 1) 1
- 2) 4
- 3) 3

11. Какие состояния могут приводить к физиологическому понижению температуры тела?

- 1) Прием пищи
- 2) Мышечные усилия
- 3) Сон

12. Чем характеризуется инспираторная одышка?

- 1) Затрудняется выход
- 2) Затрудняется вдох
- 3) Затрудняются обе фазы

13. Какую помощь необходимо оказывать при попадании инородного тела в дыхательные пути:

- 1) Пальпация живота
- 2) Прием Геймлиха
- 3) Искусственное дыхание

14. Назовите легочные осложнения крупозной пневмонии:

- 1) Эмфизема легких
- 2) Абсцесс легкого
- 3) Медиастенит

15. Чем характеризуется тахипноэ:

- 1) Частотой дыхательных движений 16-20 в минуту
- 2) Частотой дыхательных движений менее 16 в минуту
- 3) Частотой дыхательных движений более 20 в минуту

Ответы на тестовые задания:

1 - 1

2 - 2

3 - 2

4 - 2

5 - 1

6 - 1

7 - 3

8 - 1

9 - 2

10 - 3

11 - 3

12 - 2

13 - 2

14 - 2

15 - 3

7. Рекомендуемая литература:

1. Петрова Н.Г. Общий уход за пациентами. - СПб: СпецЛит, 2013. - 240 с.
2. Корсаков С.А. Медицина и право. info@med-pravo.ru. 2008.
3. Информация по реабилитации инвалида: советы по уходу. www.aupam.ru. 2016.
4. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике. 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 464 с.
5. Шишкин А.Н., Слепых Л.А. Уход за больными в терапевтической клинике. - СПб: ЛитРес, 2003. — 64 с.
6. Справочник по гастроэнтерологии. Под ред. В.Т. Ивашкина, С.И. Рапопорта. 2-е изд. – М.: Медицинское информационное агенство, 2011. - 472 с.
7. Калион Г.В. Лекции для медицинских учебных заведений: анестезиология и реаниматология. www.medlecture.ru, 2012.
8. Ивашкин В.Т., Шевченко В.П. Питание при болезнях органов пищеварения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 352 с.
9. Энциклопедия врача. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения. www.idoctor.info.ru, 2016.
10. Терминальные состояния. www.nedug.ru, 2012. (по материалам книги Неговского В.А. Очерки по реаниматологии.)
11. Джембекова А.К., Шилов В.Н. Справочник по уходу за больными. – М.: Букинист, 2014. – 288 с.
12. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний. - М: Мастерство, 2002. - 256 с.
13. Двуреченская В.М. Подготовка пациента к исследованиям. - Ростов: Феникс, 2002. - 160 с.
14. Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. – М.: Медицина, 1999. – 288 с.