

Сестринский уход при бронхиальной астме.

Бронхиальная астма - заболевание легких, проявляющееся периодически повторяющимися приступами удушья с затрудненным выдохом, развивающимся в результате нарушения бронхиальной проходимости, в основе которой лежат бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов и повышенное образование слизи, нередко измененного состава.

Бронхиальная астма (БА) - очень распространенное заболевание, у 2% населения земного шара.

За последние два десятилетия число больных увеличилось в 3 раза. Наиболее высокая заболеваемость в районах с высокоразвитой химической промышленностью, в крупных городах с большим количеством транспорта. БА - полиэтиологическая (многопричинная) болезнь, основную роль играют аллергены - вещества, вызывающие аллергические реакции.

Аллергены могут быть инфекционной и неинфекционной природы.

Аллергены неинфекционной природы:

- бытовые (домашняя пыль, книжная, библиотечная, дерматофагоидные клещи);
- растительного и животного происхождения (пыльца деревьев и трав, сено и т. д., шерсть животных, сухие останки насекомых и членистоногих);
- отдельные продукты (яйца, клубника, шоколад, хлебные злаки, рыба, крабы, мясо и др.);
- продукты химического производства (синтетические клеи, порошки и т. д.).

В возникновении приступов удушья могут участвовать несколько аллергенов. БА, причиной которой служат неинфекционные аллергены, называется атопической

К инфекционным аллергенам относятся:

- различные бактерии, вирусы;
- грибы (патогенные: кандиды, дерматофиты и др. и непатогенные: аспергиллы, пенициллиум и др.);
- гельминты, простейшие, они вызывают БА, называемую инфекционно-аллергической.

Атопическую и инфекционно - аллергическую БА определяют термином «иммунологическая

бронхиальная астма». Выделяют и не иммунологическую БА, в возникновении которой не удастся установить роли аллергена.

При этом выявляются иные причины, приводящие к развитию удушья: астма физических усилий

- форсированное дыхание при физических нагрузках, вдыхание холодного влажного воздуха.

Большую роль в развитии БА имеет состояние ЦНС. Астмой страдают люди с неустойчивой

нервной системой. БА может развиваться под влиянием острого психического переживания. Такая БА называется: неврогенной (имеет значение состояние «гуморального профиля»), астма в период климакса.

Сопутствующие факторы:

- наследственная предрасположенность;
- патология верхних дыхательных путей (вазомоторный ринит, аллергические синуситы, полипоз носа);
- заболевания бронхов и легких на фоне аллергической предрасположенности;
- курение;
- охлаждение.

Симптоматика: могут быть предвестники за несколько минут или дней до приступа: чихание, зуд

глаз, слезотечение, сухой кашель, нарушение сна, ринорея.

Основное клиническое проявление:

- приступы удушья (начинается при атопической БА - внезапно с заложенности носа)
- стеснения в груди, сопровождается надсадным кашлем
- При инфекционно-аллергической БА начало приступа удушья постепенное, с ухудшения симптоматики бронхита или пневмонии, на фоне которых и развилась БА.

Во время приступа пациенты испытывают:

- тягостное чувство удушья
- значительное затруднение выдоха
- в тяжелых случаях и вдоха

Характерно:

- вынужденное сидячее положение пациента с опорой на руки.

- грудная клетка расширена «застыла» в положении вдоха.
- кожа бледная, сухая, небольшой цианоз.
- дыхание шумное, дистанционные хрипы жужжащего и свистящего характера.

Перкуторно над легкими врач определяет коробочный звук. При аускультации - в легких резко

удлиненный выдох и большое количество сухих разнообразных хрипов. Тахикардия, сердечные

тоны глухие. Продолжительность приступа в начале заболевания 10-20 мин, при длительном течении - до нескольких часов.

Мокрота во время приступа сначала отсутствует, после прекращения удушья отделяется в виде

слизков с бронхов, затем свободно.

Лабораторно: при исследовании мокроты: большое количество эозинофилов, часто - кристаллы

Шарко-Лейдена (продукты распада эозинофилов), спирали Куршмана («слизки с бронхов»).

В клиническом анализе крови - увеличено количество эозинофилов.

Инструментальные и дополнительные методы исследования:

- на ЭКГ - высокий зубец Р во 2 и 3 стандартных отведениях (легочная гипертензия);
- в межприступный период (при инфекционно-аллергической БА) изменения при исследованиях

функции внешнего дыхания (нарушение бронхиальной проходимости);

- спирография (показатель Тиффно $< 70\%$);
- пневмотахометрия (низкая мощность выдоха);
- пневмотахография (остается обструкция на уровне мелких бронхов);
- бронхоскопия (эндобронхит);
- длительный приступ БА называется астматическим состоянием;
- стойкая и долгая бронхиальная обструкция, нарушение дренажной функции бронхов ведет к

нарастанию ДН./дыхательной недостаточности/.

Развитию статуса способствует:

- передозировка симпатомиметиков;
- резкая отмена ГК (глюкокортикоидов);
- сильное воздействие аллергена. Лечение: разделяется на мероприятия во время приступа и направленные на предотвращение повторных рецидивов.

Во время приступа:

Независимый уход - помочь принять удобное положение

- успокоить, обеспечить приток свежего воздуха
- горячее щелочное питье
- горячие ножные ванны
- горчичники на грудную клетку (при хорошей переносимости)
- вызвать врача

По назначению врача:

- бронхолитики в виде ингаляций (атровент, сальбутамол, беротек) или внутрь (эуфиллин в таблетках растереть в порошок)

При приступе средней тяжести:

- бронхолитики парентерально (2,4% раствор эуфиллина 10 мл в/в медленно или раствор адреналина 0,1% - 1 мл в/м.

При тяжелом приступе:

- парентерально 60-90 мг преднизолона

При астматическом статусе: в/в эуфиллин, преднизолон, ингаляция кислорода, госпитализация

ОРИТ. Контроль лечения осуществляется пикфлоуметрией (определение пика объема скорости

выдоха в первую секунду) с помощью пикфлоуметра.

После приступа лечение направлено на предупреждение повторных приступов.

Диета: исключение шоколада, крепкого кофе, чая, яиц, citrusовых.

Базовое лечение:

При тяжелом течении БА:

- кортикостероиды (преднизолон, триамсинолон, дексаметазон.)
- эуфиллин (теопек, теобелент)
- симпатомиметики

Физиотерапевтические методы:

- УФО в эритемных дозах;
- электрическое поле высокой частоты на область шейных симпатических ганглиев;
- индуктотермия;
- ингаляции.

Дополнительно:

- ЛФК, дыхательная гимнастика;
- бальнеотерапия;
- климатическое лечение;
- иглорефлексотерапия.

При инфекционной БА - санация очагов инфекции.

При atopической БА - удаление аллергена или снижение его содержания в окружении пациента,

гипосенсибилизация соответствующими аллергенами и гистоглобулином.

Для предупреждения развития приступа БА используют стабилизаторы тучных клеток - интал,

задитен. Применяют антагонисты кальция - верапамил, кордафен и др.

В период ремиссии показано санаторно-курортное лечение в Крыму, Кисловодске.

Принципы профилактики.

Бронхиальная астма - это заболевание, относящееся к тем, которые могут быть предотвращены своевременными и правильно спланированными мерами профилактики. Нужно отметить, что

профилактика астмы зачастую оказывается гораздо эффективнее ее лечения. Именно поэтому

профилактике астмы нужно уделить самое серьезное внимание.

Исходя из патогенетических аспектов развития астмы, определены методы профилактики астмы: предупреждение развития аллергии и профилактика хронических инфекций дыхательных путей. Профилактика астмы проводится в несколько этапов. В связи с этим различаем первичную,

вторичную и третичную профилактику бронхиальной астмы.

Первичная профилактика астмы.

Предусматривает меры по предупреждению астмы у здоровых людей. Основное направление первичной профилактики астмы заключается в предупреждении развития аллергии и хронических

болезней дыхательных путей (например, хронический бронхит). У взрослых наиболее распространенной причиной бронхиальной астмы, как уже упоминалось выше, являются хронические заболевания дыхательных путей (такие как хронический бронхит) и длительный контакт с раздражающими веществами (табачный дым, химические вещества на месте работы). Ввиду этого методы

профилактики бронхиальной астмы у взрослых сводятся к устранению раздражающих факторов и

лечению хронических болезней дыхательных органов.

Вторичная профилактика бронхиальной астмы.

Вторичная профилактика астмы включает меры по профилактике болезни у сенситизированных лиц или у пациентов на стадии предастмы, но еще не болеющих астмой. Категория пациентов

для проведения вторичной профилактики астмы подбирается по следующим критериям:

- Лица, родственники которых уже болеют бронхиальной астмой;
- Наличие различных аллергических болезней (пищевая аллергия, атопический дерматит, аллергический ринит, экзема и пр.);
- Сенситизация доказанная при помощи иммунологических методов исследования.

В целях вторичной профилактики бронхиальной астмы у этой группы лиц проводится профилактическое лечение противоаллергическими препаратами. Также могут быть использованы методы

по десенсибилизации.

Третичная профилактика астмы.

Пациентам, болеющим бронхиальной астмой, показана третичная профилактика.

Третичная

профилактика астмы применяется для уменьшения тяжести течения и предупреждения обострений болезни. Основным методом профилактики астмы на этом этапе заключается в исключении контакта пациента с аллергеном, вызывающим приступ астмы (элиминационный режим).

Для качественного проведения элиминационного режима необходимо знать, какой именно аллерген (или группа аллергенов) вызывают приступы астмы у больного. Наиболее распространенными аллергенами являются домашняя пыль, тараканы, микрочлеши, шерсть домашних животных, плесневые грибки, некоторые виды пищи, пыльца растений.

Для предотвращения контакта организма больного с этими аллергенами необходимо соблюдать

определенные санитарно-гигиенические правила:

- В помещении, в котором проживает больной необходимо проводить регулярную влажную уборку (1-2 раза в неделю), сам больной на время уборки должен покинуть помещение;
- Из помещения, в котором проживает больной астмой должны быть удалены все ковры и мягкая мебель, а также другие предметы, в которых может накапливаться пыль. Также из комнаты больного следует унести комнатные растения;
- Постельное белье больного нужно стирать каждую неделю в горячей воде (60°C) с хозяйственным мылом;
- Использование специальных чехлов, которые не дают проникнуть пыли, для подушек и матрацев;
- Исключение контакта с домашними животными;
- Целесообразно провести меры по борьбе с тараканами и другими насекомыми;
- Из пищевого рациона больного следует исключить все продукты вызывающие аллергию.

Правильно спланированные и выполненные меры по профилактике бронхиальной астмы являются эффективным средством предотвращения и лечения этой болезни. Современная медицинская

практика показывают, что правильное проведение мер профилактики астмы зачастую достаточно

для излечения болезни либо для значительного уменьшения потребности больного в противоастматических лекарствах.

Нарушенные потребности пациента: дышать.

Основные проблемы пациента одышка, удушье, приступообразный кашель с отхождением вязкой стекловидной мокроты.

Особенности сестринского ухода:

- контролировать выполнение предписанного врачом режима; дать рекомендации по особенностям питания: включить в диету продукты, богатые белком

(так как пациент теряет белок с мокротой, и витаминами (фрукты и овощи) и обеспечить обильное тёплое питьё;

- контролировать температуру тела, ЧДД, частоту пульса, АД;

- контролировать характер и количество мокроты;

- обучить пациента пользоваться индивидуальными ингаляторами;

- оказать помощь при одышке: оксигенотерапия, возвышенное положение пациента в постели,

регулярное проветривание помещения;

- проводить влажную уборку помещения 2 раза в день;

- оказание доврачебной неотложной помощи: помочь больному занять удобное положение «ортопноэ» (сидя со спущенными ногами), обеспечить приток свежего воздуха или дать кислород,

расстегнуть стесняющую одежду, дать теплое щелочное питье, провести вибромассаж, четырехкамерные теплые ванны, ингаляцию карманного ингалятора (сальбутамол или беротек или

астмопент). выполнять врачебные назначения по введению лекарственных препаратов и др.;

- подготовить больного к консультации других специалистов (аллерголога, пульмонолога).

- готовить больного к дополнительным методам обследования (анализ крови, мокроты, рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, спирография).

- обучить пациента использованию пикфлоуметра

- соблюдать инфекционную безопасность пациента.

Сестринский процесс при хронический обструктивной болезни легких (хобл)

ХОБЛ – группа заболеваний, отличительным признаком которых является необратимая бронхиальная обструкция (нарушение проходимости). К ХОБЛ относятся:

1. хронический обструктивный бронхит

2. эмфизема легких

Причины и предрасполагающие факторы:

1. курение
2. профессиональные вредности (повышенный уровень пыли и газов)
3. загрязнение атмосферы
4. недоношенность/низкий вес при рождении
5. генетическая предрасположенность

ХОБЛ бывает по течению двух типов:

1. бронхитический (преобладают симптомы хронического обструктивного бронхита)
2. эмфизематозный (преобладают симптомы эмфиземы легких)

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ-

- хроническое диффузное неаллергическое воспаление бронхов, приводящее к обструкции.

Клиника.

Постоянный кашель со слизистой/ слизисто-гнойной мокротой сначала по утрам, затем в течение дня.

Выраженная экспираторная одышка сначала при нагрузке, затем в покое.

При осмотре диффузный цианоз, отечность лица, набухание шейных вен («синие отечники»).

Бочкообразная грудная клетка, втяжение межреберных промежутков, увеличенная масса тела (иногда масса тела снижается из-за дефицита белка).

При перкуссии коробочный звук.

При аускультации ослабленное/жесткое дыхание, сухие рассеянные и влажные хрипы.

При развитии **гиперкапнии** (повышение содержания углекислого газа в крови) появляется бессонница, головная боль, потливость, снижение аппетита, мышечные подергивания

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ –

- патологический процесс, характеризующийся расширением альвеол, снижением их эластичности, частичным разрушением альвеол, повышением воздушности легких.

Эмфизема бывает первичная (наследственная, у курящих, из-за профессиональных вредностей, в старости) и вторичная (на фоне бронхитов, бронхиальной астмы, бронхоэктатической болезни).

Клиника.

Постоянная экспираторная одышка сначала при значительной физической нагрузке, затем и в покое. Выдох, удлинённый через сомкнутые губы, щеки раздуваются (напоминает пыхтение).

Кашель мучительный малопродуктивный.

При осмотре кожные покровы цианотичные с розовым оттенком («розовые пыхтельщики»).

Масса тела значительно снижена из-за больших энергетических затрат на работу дыхательных мышц.

Бочкообразная грудная клетка/эмфизематозная. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры при дыхании.

При перкуссии коробочный звук, **при аускультации** – жесткое дыхание, хрипы (при наличии бронхита).

Осложнения ХОБЛ:

1. дыхательная недостаточность
2. хроническое легочное сердце → хроническая сердечная недостаточность (гипертрофия и перегрузка правых отделов сердца, застой в большом круге кровообращения, отеки на ногах и в полостях)
3. пневмосклероз (разрастание соединительной ткани в легких)
4. спонтанный пневмоторакс (попадание воздуха в плевральную полость при прорывании плевры)

Лечение.

1. Исключение профессиональных вредностей и курения. Индекс курильщика =(кол-во сигарет в день * стаж курения)/20. Если больше 10, то ХОБЛ 99% есть.
2. Бронхолитики (ингаляционно, per os, в/в)
3. Муколитики и отхаркивающие
4. «Эреспал» - препарат с противовоспалительной и бронхолитической активностью.
5. Кортикостероиды в ингаляциях (при тяжелом течении)
6. Антибиотики при выраженной интоксикации и гнойной мокроте.