**Учебная практика № 3 группы 31М**преподаватель Галактионова А.Н.  
ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Раздел 1. Оказание сестринской помощи в терапии.

**Тема: «Сестринский уход при плевритах».**

**Вопросы к занятию:**

1. Дайте определение термина «плеврит».
2. Назовите основные причины, приводящие к развитию плеврита.
3. Назовите симптомы сухого плеврита, принципы лечения.
4. Характер выпота при экссудативном плеврите, причины его возникновения.
5. Основные симптомы экссудативного плеврита.
6. Показания к проведению плевральной пункции.
7. Принципы лечения экссудативного плеврита.
8. Профилактика плевритов.
9. Проблемы пациентов и действия м\с в связи с уходом.

**Изучите следующие практические навыки.**

1. Взятие крови из периферической вены с помощью вакуумной системы
2. Оксигенотерапия с помощью лицевой маски
3. Алгоритм проведения плевральной пункции
4. Помощь при легочном кровотечении
5. Выписать направление на атипичные клетки (анализ мокроты).

**Плеврит** - воспаление плевральных листков, которое сопровождается образованием на их поверхности фибрина или накоплением в плевральной полости жидкого экссудата того или иного характера.

**Классификация плевритов**

*По этиологии:*

1) Инфекционные - пневмококк, стрептококк, стафилококк, хламидия, синегнойная палочка, туберкулезная палочка, легионелла, вирусы, риккетсии

2) Не инфекционные (асептические): опухолевые, аллергические, уремические, посттравматические, плевриты при диффузных заболеваниях соединительной ткани

3) Идиопатические (плевриты неизвестной этиологии)

*По клинико-морфологическим проявлениям:*

1. Сухой (фибринозный)

* левосторонний
* правосторонний
* двусторонний

2. Экссудативный(выпотной)

*По характеру выпота*: серозный, серозно-фибринозный, гнойный, гнилостный, геморрагический, эозинофильный, смешанный

*По течению:*

Острый

Подострый (рецедивирующий)

Хронический

*По осложнениям*: смещение органов средостения, ателектаз легкого, острая легочно - сердечная недостаточность, коллапс, шок, отек легких, абсцесс легкого, абсцесс печени, абсцесс мозга, плевральные сращения, септикопиемия, обызвествление плевры

Плеврит не является самостоятельным заболеванием, чаще всего он выступает как проявление патологических процессов, которые проходят в легких, и др. заболеваниях.

Чаще плеврит развивается при пневмонии, туберкулезе, раке. Плеврит — это вторичное заболевание.

**Сухой (фибринозный) плеврит**

Сухой плеврит развивается при пневмонии, туберкулезе, нагноительных процессах, травмах грудной клетки, может сопровождать не легочные заболевания - панкреатит, холецистит.

При сухом плеврите происходит воспаление париетального и висцерального листков плевры, что приводит **к утолщению и отечности плевры.**

**Клиника**:

Появляется боль в грудной клетке, которая усиливается при дыхании, кашле. Уменьшается при лежании на больной стороне. Больной также жалуется на сухой кашель, недомогание, температура тела нормальная или субфебрильная.

***При осмотре*** - отставание грудной клетки при дыхании на стороне поражения. Боль усиливается при смене положения тела, при чихании, кашле. При пальпации - болезненность, регидность мышц.

Очень важный симптом - шум трения плевры, который может быть грубый, скребущий, ощущаемый даже рукой, а иногда нежный, едва уловимый. Шум трения плевры выслушивается и на вдохе, и на выдохе.

При диафрагмальном плеврите боль может иррадиировать в шею и симулировать синдром «острого живота».

***В анализе крови:*** незначительное увеличение СОЭ, лейкоцитоз.

***Рентгенологически -*** ограничение подвижности купола диафрагмы.

Сухой плеврит может перейти в экссудативный.

Заболевание продолжается 2-3 недели и заканчивается полным рассасыванием воспалительных очагов или образованием плевральных сращений (спаек).

***Лечение:***

Направлено на выявление и ликвидацию основного заболевания (туберкулез, острая пневмония, абсцесс легкого) - используют а/б, противотуберкулезые препараты, химиопрепараты.

***Симптоматическое лечение.*** Для снятия болевого синдрома применяют анальгетики, десенсебилизирующую терапию, могут назначить и наркотики.

Назначают лекарства, уменьшающие кашель - кодеин, либексин.

Применяют горчичники, банки, согревающий компресс с тугим бинтованием грудной клетки (или давящую повязку), смазывание грудной клетки спиртовым раствором йода.

Назначают физиотерапевтические процедуры.

Для профилактики спаек - дыхательная гимнастика.

Прогноз: как правило, благоприятный, чаще всего болезнь проходит бесследно. Больные, перенесшие плеврит неясной этиологии, должны находиться под наблюдением в противотуберкулезном диспансере.

**Экссудативный плеврит**

Воспалительный процесс плевры, сопровождающийся накоплением жидкости в плевральной полости.

***Различают:***

* Серозно-фибринозный экссудат - при туберкулезе, системной красной волчанке.
* Геморрагический экссудат - при раке легкого, инфаркте легкого, туберкулезе.
* Гнойный экссудат - при абсцессе, БЭБ, перикардите.
* Гнилостный экссудат – при анаэробной инфекции.

**Клиника:**

Заболевание может развиться как постепенно, так и остро.

Иногда заболевание, начавшись сухим плевритом, приводит к быстрому накоплению жидкости в плевральной полости, при этом боль в грудной клетке исчезает.

Больные жалуются на тяжесть в грудной клетке, лихорадку до 40 градусов, слабость, снижение аппетита, потливость, кашель. Заболевание сопровождается симптомами интоксикации.

Больной занимает вынужденное положение на больном боку.

Одышка до 30-40 дыханий в минуту, одышка зависит от величины выпота и быстроты накопления жидкости.

***При осмотре*** - асимметрия грудной клетки за счет увеличения той половины, где произошло скопление экссудата (выбухание пораженной стороны, сглаживание межреберных промежутков), отставание грудной клетки при дыхании на стороне поражения. Большой выпот вызывает смещение средостения в здоровую сторону: дыхание учащается, показатели внешнего дыхания снижаются, АД снижается, развивается тахикардия.

***Аускультативно:*** дыхание резко ослаблено на пораженной стороне, выше границы экссудата дыхание бронхиальное (из-за сжатия легкого и вытеснения из него воздуха), слышны мелкопузырчатые хрипы.

Голосовое дрожание на стороне поражения резко ослаблено, или не определяется.

***Перкуторно:*** укорочение перкуторного звука, причем верхняя граница жидкости представляет собой косую линию, характерной формы (линия Дамуазо), хорошо видимая на рентгенограмме. Выше тупости - тимпанический звук.

***Рентгенологически:*** затемнение нижнего легочного поля с косой границей со смещением органов средостения в здоровую сторону.

***В крови:*** лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренная СОЭ, эозинофелия.

***УЗИ***: выявление жидкости в плевральной полости. |

***В моче***: - при лихорадке - протеинурия.

При подозрении на туберкулезных характер плеврита - ставят пробу Манту. Обязательно проводят диагностическую плевральную пункцию - в седьмом или восьмом межреберных промежутках по задней подмышечной линии по верхнему краю нижележащего ребра. Полученную жидкость оценивают по цвету, консистенции, запаху и отправляют в лабораторию.

***Плевральная пункция***

С диагностической целью берется 20-50 мл и направляют в лабораторию на физико-химическое и цитологическое исследование, другую часть жидкости помещают в стерильную пробирку и доставляют в бак лабораторию для определения чувствительности к АБ.

По окончании процедуры место обрабатывают и заклеивают стерильной салфеткой.

Транспортируют пациента на каталке, потом может произойти резкое снижение АД.

**Лечение:**

Постельный режим

Высококалорийное питание

Лечение основного заболевания:

* туберкулез - изониазид, этамбутол
* пневмония - АБ
* системные заболевания соединительной ткани - глюкокортикоиды

При болях в грудной клетке - обезболивающие препараты (индометоцин, вольтарен, аспирин).

Противовоспалительная, десенсебилизирующая терапия

Антигистаминные препараты

Противокашлевые препараты

Дезинтоксикационная терапия

***Плевральная пункция*** - с диагностической и с лечебной целью. Удаление жидкости нужно производить медленно во избежание коллапса или обморока. За одну пункцию не следует извлекать более 1,5 л

При гнойных плевритах в полость плевры вводят АБ. Нужно различать наличие в плевральной полости транссудата (свидетельствует о наличии отечной жидкости) и экссудата (воспалительный характер).

Транссудат плотность менее 1,015, белка менее3%

Экссудат плотность более 1,015 и белка более 3%

Симптоматически назначают согревающий компресс, горчичники, иммобилизация больной половины грудной клетки тугим бинтованием (при боли).

Часто применяется хирургическое лечение: резекция ребра, вскрытие плевральной полости и дренаж.

***Профилактика:***

Предупреждение и лечение основного заболевания (туберкулез, и т.д.) Повышение защитных сил организма (закаливание, физическая тренировка).

Д учет, через 4-6 месяцев контрольное рентгенологическое исследование легких.

**Уход за больным с плевритом.**

*Проблемы пациентов*

* Боль в грудной клетке
* Повышение температуры
* Недомогание
* Слабость
* Кашель
* Одышка
* Потливость
* Вынужденное положение (сидение) при экссудативном плеврите
* Снижение аппетита
* Плохой сон

*Действия м/с в связи с уходом*

* Создать условия для охранительного режима
* При повышенной температуре ухаживать как за лихорадящим больным
* Следить за питанием больного, при необходимости покормить его
* Четко и своевременно выполнять назначения врача
* Следить за частотой и характером дыхания, пульсом, АД, диурезом
* Помочь больному создать полусидячее положение
* При повышенной потливости – своевременная смена постельного и нательного белья
* Следить за санитарным состоянием палаты
* Подготовить все необходимое для плевральной пункции