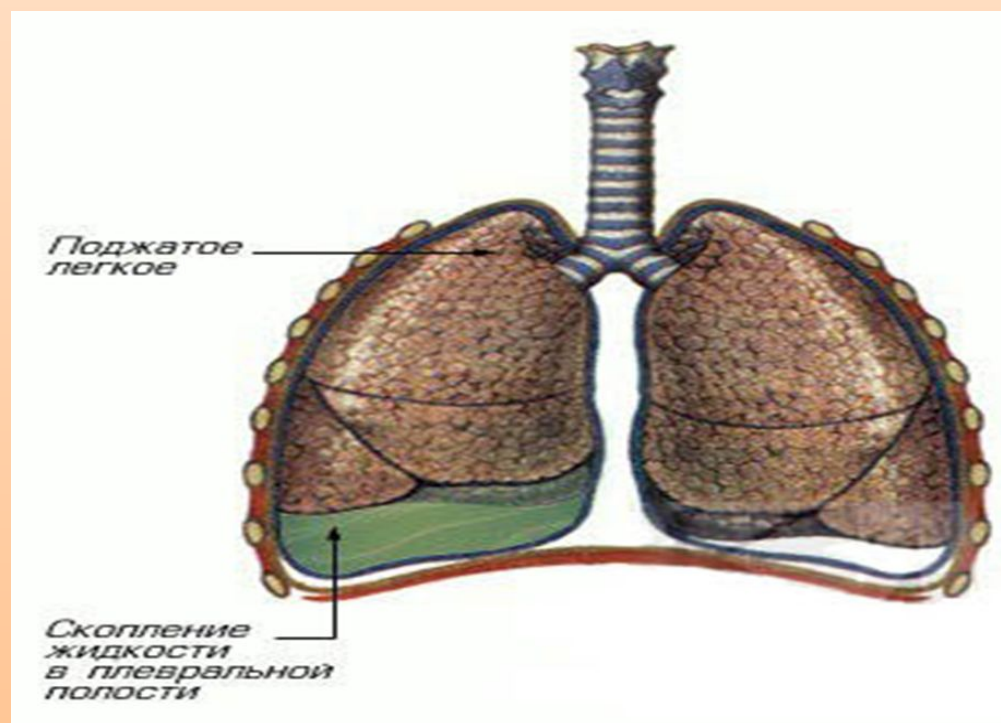


СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ПЛЕВРИТАХ



Актуальность - плеврит является патологическим состоянием, которое, осложняет такие заболевания легких, как пневмония абсцесс легкого, и бронхоэктатическая болезнь

Цель работы:

Изучить особенности сестринского ухода при плевритах

Задачи:

1. Провести сестринское наблюдение за пациентами с различными формами плеврита
2. Выявить и проанализировать факторы риска возникновения плеврита
3. Проанализировать основные проблемы пациентов при плевритах и, роль медсестры в оказании сестринской помощи

Плеврит

Воспаление плевральных листков с образованием на их поверхности фибринозных отложений и/или формированием в плевральной полости жидкого экссудата

Эпидемиология плевритов

- Встречаемость среди других заболеваний - 5%
- У хирургических больных – 13%

ПЛЕВРИТЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ:

По этиологии Инфекционные

(связанные с первичным поражением легочной паренхимы)

- Специфические (туберкулезные)
- Неспецифические:
 - *Staphylococcus aureus* (+) А- экссудат коричневый
 - *Streptococcus pyogenes* (+) А- экссудат бесцветный
 - *Streptococcus pneumoniae* (+) А
 - Enterobacteriaceae:
(*Escherichia coli* (-) А, *Klebsiella pneumoniae* (-) А)
 - *Proteus vulgaris* (-) А
 - Облигатные анаэробы (*Bacteroides* (-) An, *Fusobacterium* (-) An, *Peptococcus* (+) An)
 - Грибы, вирусы, паразиты

ПЛЕВРИТЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ:

Неинфекционные:

- **Опухолевые (мезотелиома плевры, метастатические опухоли, лейкозы, синдром Мейгса)**
- **Тромбоэмболия ветвей легочной артерии с инфаркт-пневмонией**
- **При диффузных болезнях соединительной ткани и ревматизм**
- **Постинфарктный синдром (синдром Дресслера)**
- **Заболевания пищеварительного тракта (панкреатит, абсцесс печени, поддиафрагмальный абсцесс, перфорация пищевода)**
- **Механическая травма, ожоги**
- **Прочие редкие заболевания и причины (лучевая терапия, лекарственная аллергия, асбестоз и др.)**

ПЛЕВРИТЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ:

Неинфекционные:

- **Опухолевые (мезотелиома плевры, метастатические опухоли, лейкозы, синдром Мейгса)**
- **Тромбоэмболия ветвей легочной артерии с инфаркт-пневмонией**
- **При диффузных болезнях соединительной ткани и ревматизм**
- **Постинфарктный синдром (синдром Дресслера)**
- **Заболевания пищеварительного тракта (панкреатит, абсцесс печени, поддиафрагмальный абсцесс, перфорация пищевода)**
- **Механическая травма, ожоги**
- **Прочие редкие заболевания и причины (лучевая терапия, лекарственная аллергия, асбестоз и др.)**

КЛАССИФИКАЦИЯ (продолжение) :

- **ПО НАЛИЧИЮ ВЫПОТА:**
 - Сухой (фибринозный);
 - Выпотной (экссудативный);
 - Слипчивый (отложение фибрина преобладает над выпотом).
- **ПО ХАРАКТЕРУ ЭКССУДАТА:**
 - Серозный или серозно-фибринозный;
 - Гнойный;
 - Геморрагический;
 - Эозинофильный;
 - Хилезный;
 - Псевдохилезный (холестериновый).
- **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ОТГРАНИЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЭКССУДАТА:**
 - Диффузный;
 - Осумкованный.
- **ПО ТЕЧЕНИЮ:**
 - Острый;
 - Хронический;
 - Рецидивирующий

Патологические процессы в плевре проявляются:

- **Синдром сухого (фибринозного) плеврита**
- **Синдром плеврального выпота**

Клиническая симптоматика сухого плеврита

1. Плевральная боль:

- усиливается при глубоком вдохе, при кашле;
- обычно непостоянна по характеру;
- чаще всего четко локализована и совпадает с местом поражения;
- может иррадиировать в живот, в плечо;
- может быть неукротимая икота (как эквивалент боли) и боль при глотании;
- может усиливаться при наклоне в противоположную сторону (симптом Шепельмана);
- пациенты щадят больную половину грудной клетки и она отстаёт при дыхании;
- пациенты лежат на больном боку (симптом Рубинштейна).

1. Сухой кашель

2. Одышка

3. Симптом интоксикации (слабость, снижение работоспособности, субфебрильная температура)

4. Диспептический синдром

Данные объективного обследования при сухом плеврите

- Одностороннее ограничение подвижности грудной клетки
- Положительные симптомы Штенберга и Поттенджера
- Отсутствие изменений перкуторного тона и голосового дрожания
- Шум трения плевры
 - Напоминает скрип снега под ногами
 - Слышен одинаково интенсивно как во время вдоха, так и выдоха
 - Имеет прерывистый характер
 - Не изменяется после кашля
 - Часто ощущается ладонью
 - Усиливается при нажатии на фонендоскоп
- Положительный симптом Щукарева (шум трения плевры слышен на расстоянии)

Рентгенологическое исследование при сухом плеврите

- 1. Высокое стояние купола диафрагмы на больной стороне**
- 2. Отставание этого купола при глубоком вдохе**
- 3. Ограничение подвижности нижнего легочного края**
- 4. Небольшое помутнение прилегающей к плевре части легочного поля**

Течение сухого плеврита

- Длительность от нескольких дней до 2-3 недель с образованием в зоне воспаления плевральных сращений
- Рецидивирующее течение – туберкулезный плеврит
- Групповые вспышки – вирусная этиология
- Возможен переход в экссудативный плеврит

Эксудативный плеврит

обусловлен скоплением жидкости в плевральной полости при воспалительных процессах в листках плевры и прилежащих органах и проявляется синдромом плеврального выпота

Этапы диагностики плеврального выпота

- 1 этап. Выявление жидкости в плевральной полости**
- 2 этап. Установление этиологии выпота**

Клиника экссудативного плеврита

- Боли – в дебюте и в конце, при накоплении выпота боли исчезают
- Сухой непродуктивный кашель
- Рефлекторный кашель, в связи с воспалением париетальной плевры
- При компрессии легкого жидкостью стенки бронхов спадаются, что вызывает кашлевой рефлекс
- Одышка
- Синдром интоксикации

**Данные объективного обследования
при экссудативном плеврите
- синдром выпота в плевральную
полость
при осмотре:**

- Некоторое расширение больной половины грудной клетки, больная половина более ригидна
- Межреберные промежутки сглажены
- Кожа над зоной выпота пастозна, положительный симптом Винтриха (складка кожи над зоной выпота толще, более массивна)

Данные объективного обследования при экссудативном плеврите при пальпации и перкуссии.

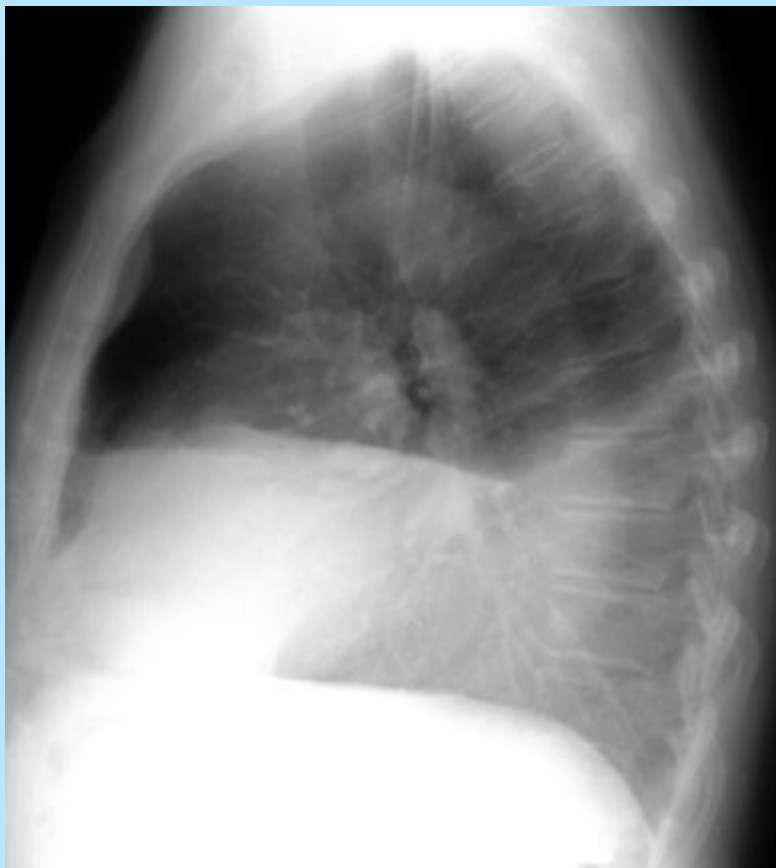
- Голосовое дрожание и бронхофония ослаблены или отсутствуют
 - Определяется притупление перкуторного тона с дугообразной верхней границей (линия Соколова-Эллиса-Дамуазо)
 - Перкуторно экссудат определяется, если его объем превышает 300-500 мл
 - Повышение уровня на 1 ребро соответствует увеличению количества жидкости на 500 мл
 - Уровень притупления на IV ребре спереди соответствует 1,0-1,5 литрам жидкости в плевральной полости
- при аускультации:**
- Над зоной притупления дыхание ослаблено, при больших выпотах – вообще не определяется
 - Выше зоны притупления дыхание бронхиальное
 - У верхней границы притупления определяется шум трения плевры или крепитация

Рентгенологическое исследование грудной клетки



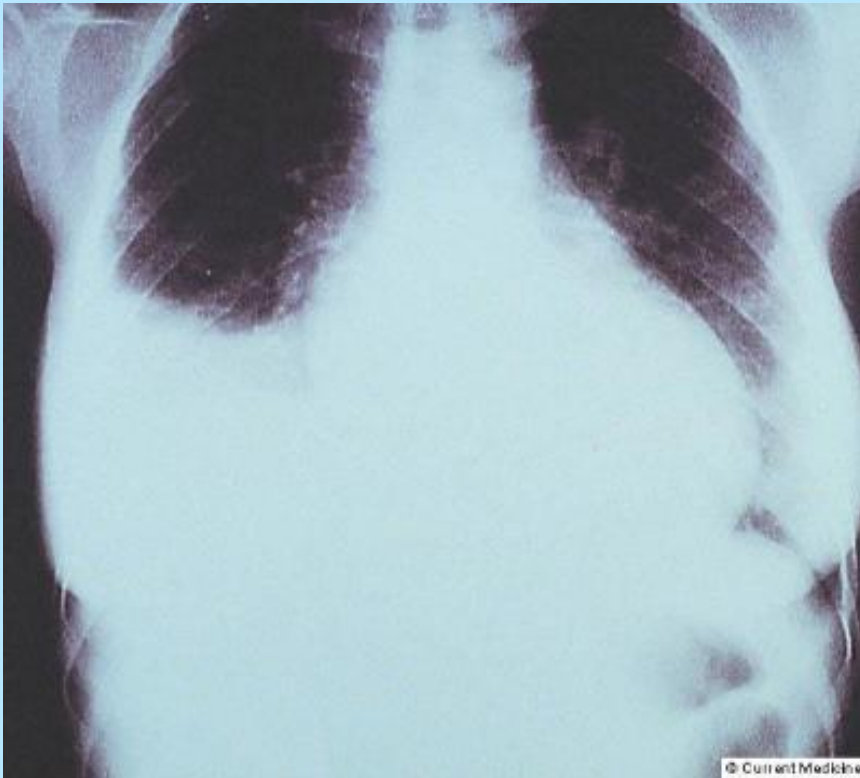
- В вертикальном положении свободный выпот обнаруживается в виде затенения со скошенной книзу и кнутри верхней границей
- В прямой проекции обычно выявляется не менее 250 мл жидкости в плевральной полости

Рентгенологическое исследование грудной клетки



В боковой проекции
появляется гомогенная
тень с менискообразной
границей

Рентгенологическое исследование грудной клетки



- При поступлении жидкости в плевральную полость контур диафрагмы исчезает, а жидкость дает тень у основания с типичной формой мениска

Рентгенологическое исследование грудной клетки



При массивном плевральном выпоте органы средостения смещаются в противоположную сторону

Дополнительные методы исследования при плевральном выпоте

Ультразвуковая диагностика

- Определяется даже небольшое количество жидкости в плевральной полости (> 10 мл)
- Используется для диагностики осумкованных плевритов, так как позволяет определить является ли уплотнение жидкостью в плевральной полости или инфильтратом
- Является лучшим методом для определения места торакоцентеза

Компьютерная томография

Имеет ограниченное диагностическое значение, только если надо провести дифференциальный диагноз между плевральной спайкой и периферической опухолью легкого

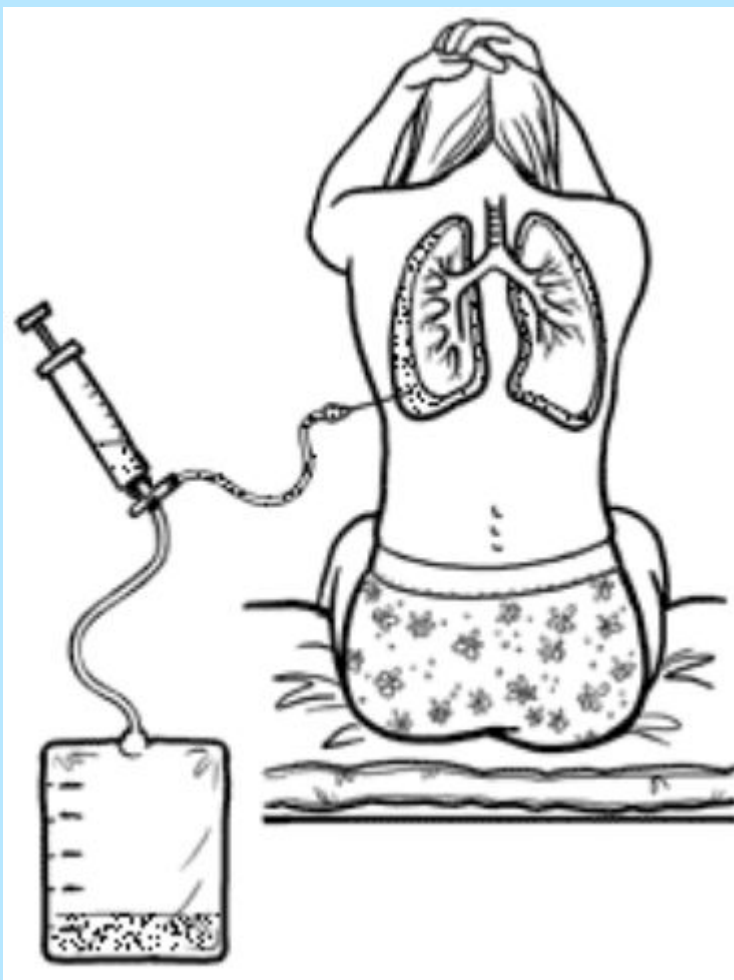
Перфузионная сцинтиграфия легких

ТЭЛА

Инвазивные методы исследования: плевральная пункция

- **Входит в обязательный диагностический минимум при синдроме выпота в плевральную полость**
- **У больных с дыхательной недостаточностью и/или при массивных плевральных выпотах (II – III ребро) выполняется сразу после госпитализации больного**
- **При отсутствии срочных показаний выполняется в первые 1-2 дня госпитализации**

Проведение плевральной пункции



Место выполнения:

Сзади, по лопаточной или
задне-подмышечной линии
в VII -VIII межреберье

Правила выполнения

1. За 15-20 минут
эвакуируют не более 1,5
литров жидкость
2. Не повредить артерии –
пунктировать по
верхнему краю
нижележащего ребра

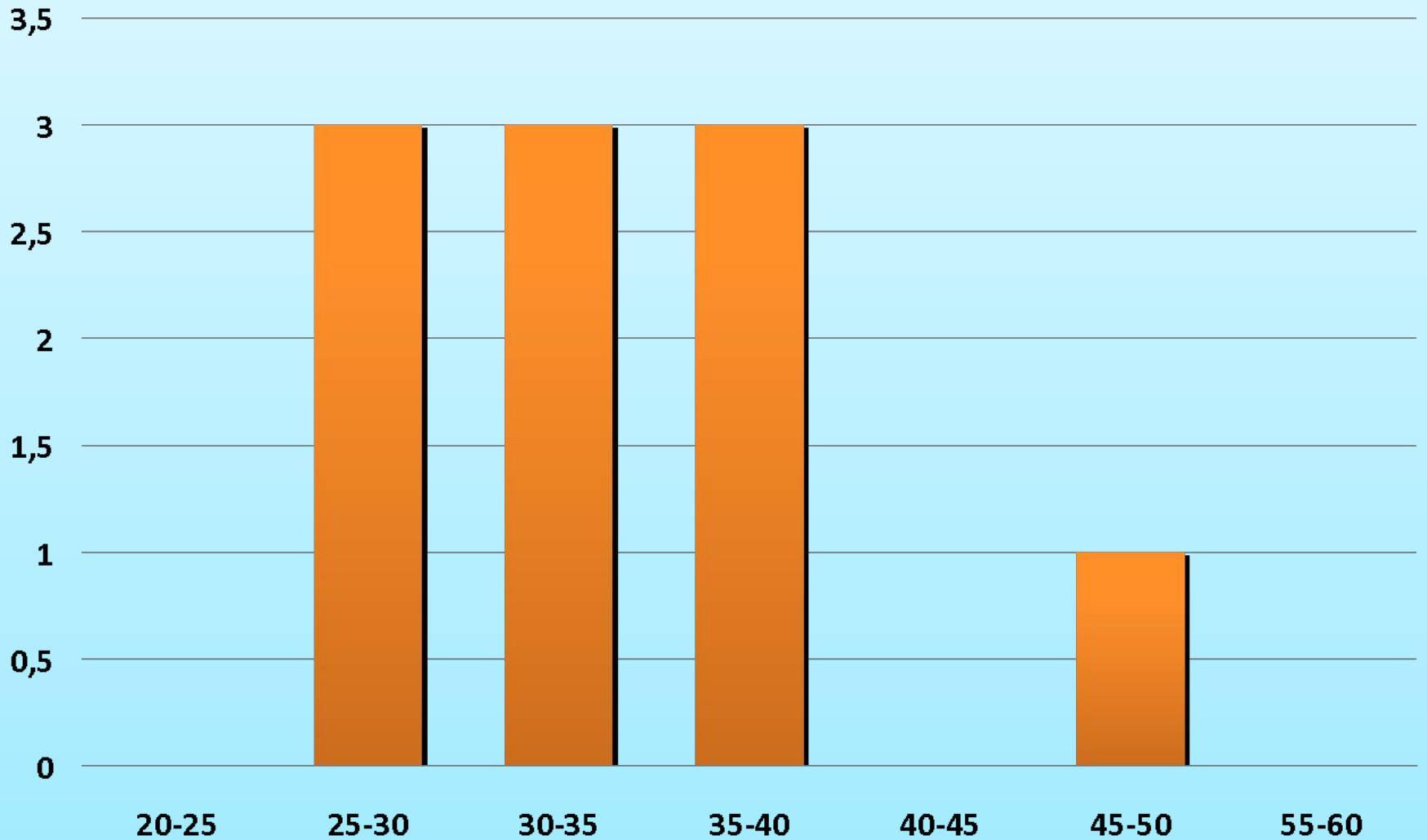
Объект исследования:

**Пациенты с различными
формами плеврита**

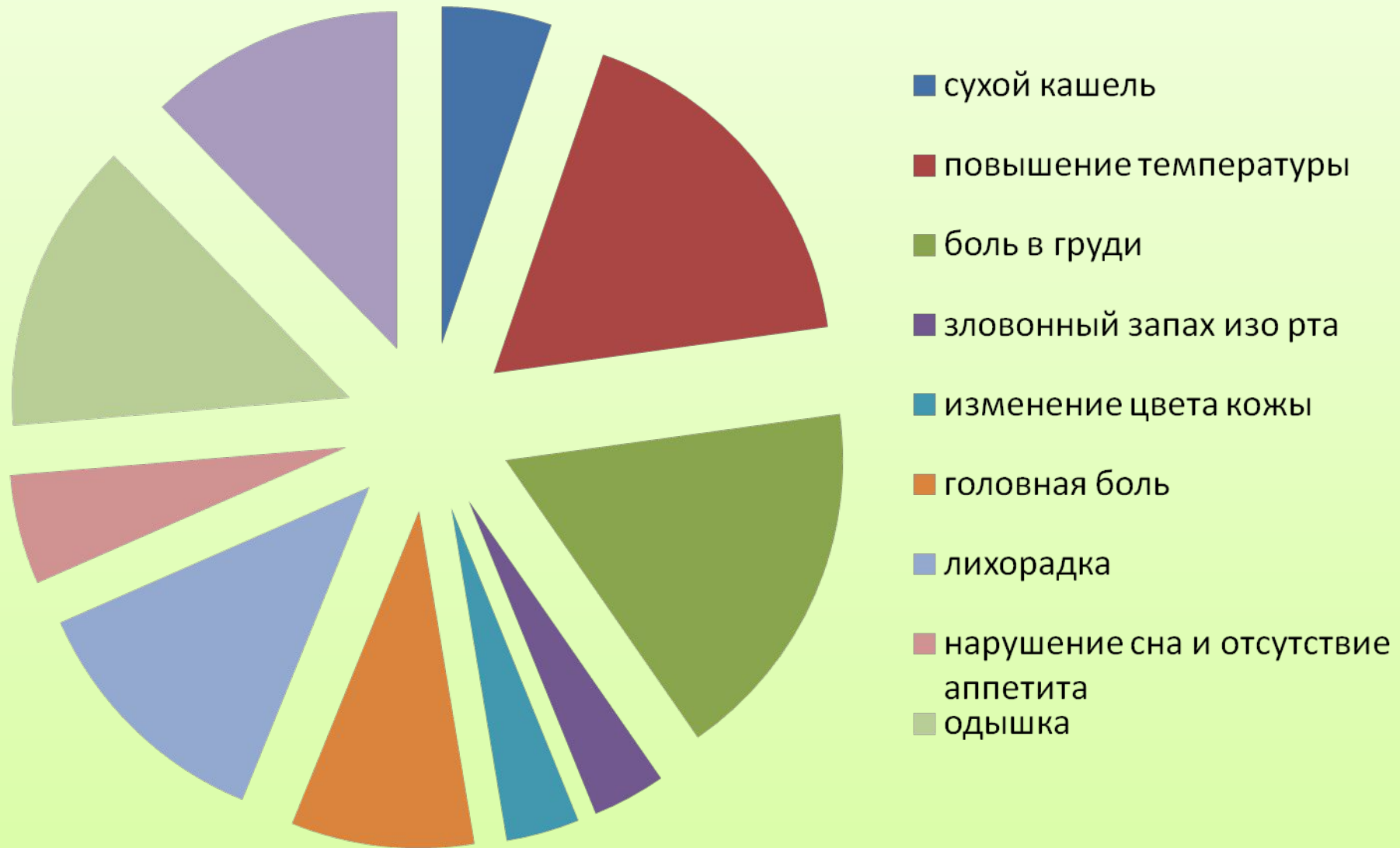
Методы исследования:

Наблюдение

Возраст пациентов



Основные проблемы больных плевритом



Выводы:

Основные проблемы пациента:

- Лихорадка
- Одышка
- Боль в груди

Основные причины плеврита

- Пневмония – 50%
- Абсцесс легкого – 35%

Основной фактор риска – курение (75%)

Рекомендации:

1. Необходимо проводить разъяснительную работу с пациентами о вреде курения;
2. Мотивировать их на отказ от вредных привычек;
3. Проводить беседу о правилах соблюдения гигиенического режима;

Спасибо за внимание!