

Министерство здравоохранения Ростовской области
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Ростовской области
«Сальский медицинский техникум»

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА
Роль медицинской сестры в оказании
медицинской помощи пациентом с пневмонией в
условиях стационара

Выполнил:

Студентка: 2 группы Даудова Нурьяна Зауровна

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Руководитель: Шугаева Татьяна Сергеевна

Рецензент:

Допустить к защите:

Заместитель директора по УР:

/ _____ /

Оценка _____

Дата:

Председатель ГЭК:

/ _____ /

г. Сальск

2023 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.....	5
ПНЕВМОНИЯМИ.....	5
1.2. Характеристика пневмоний и их осложнения.....	5
1.2. Классификация пневмоний.....	8
1.2. Клиническая картина.....	11
1.3. Диагностика пневмонии.....	16
1.4. Деятельность медицинской сестры по организации ухода за пациентами с пневмонией в условиях стационара.....	19
1.5. Профилактика.....	25

ВВЕДЕНИЕ

«Первые упоминания о воспалении в респираторных отделах дыхательного тракта приводились Цельсом и в дальнейшем за счет накопления клинического опыта с подробным описанием Виллисом 1684 году приблизило врачей к пониманию пневмонии как самостоятельному заболеванию. Выделение Рокитанским (1842г.) двух морфологических вариантов пневмонии: долевой и бронхопневмонии, затем открытие Рентгеном (1895) возможности лучевой диагностики создало основы классификации и диагностики пневмонии, которыми пользуются и современные клиницисты. Проблема диагностики и лечения пневмонии являются одной из самых актуальных в современной терапевтической практике»

Актуальность темы.

В XXI веке пневмония остается распространенной и опасной для жизни человека заболеванием дыхательных путей. На протяжении многих лет в нашей стране и за рубежом эпидемиологические показатели продолжают свидетельствовать о неблагоприятной ситуации, которая связана с пневмонией. В Европе заболеваемость пневмониями колеблется от 3 до 15 случаев на 1 тыс. человек в год. В России этот показатель составляет 5-8 (диагностированных) случаев на 1 тыс. населения. Среди пациентов с пневмонией преобладают мужчины, которые составляют от 52 до 56% пациентов, женщины от 44 до 48%. Ошибки в диагностике пневмоний достигают 20%, диагноз пневмония впервые 3 дня болезни устанавливается у 35% заболевших. Примерно 4-5 миллионов людей в России ежегодно заболевают данной патологией. Заболеваемость взрослого населения в возрасте от 16 до 50 лет составляет 5-10%, старше 50 лет – примерно 20-40%.

Пневмония является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний.

Гипотеза исследования: предупреждение развития и осложнений пневмоний.

Цель дипломной работы – определение профессиональных компетенций медицинской сестры в повышении качества лечебнодиагностических мероприятий, профилактике и помощи пациентам в борьбе с пневмониями.

Задачи:

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Сбор теоретической информации и анализ данных.
2. Определение роли медицинской сестры в организации лечебно - диагностического процесса и ухода за пациентами с пневмонией.
3. Разработка анкеты и проведение анкетирования пациентов на базе ГБУ РО «ЦРБ» в Сальском районе для выяснения отношения пациентов к своему здоровью.

Объект исследования: пациенты с пневмониями, находящиеся на лечении в ГБУ РО «ЦРБ» в Сальском районе анализ медицинской литературы по данной теме

- проведение анкетирования
- составление статистических диаграмм

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при пневмониях.

База исследования: ГБУ РО «ЦРБ» в Сальском районе

Время исследования: 2022-2023г

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЯМИ

1.2. Характеристика пневмоний и их осложнения.

Пневмония – это острое воспалительное заболевание инфекционного характера, которое поражает легкие человека, причем затронуты все ткани органа.

Этиология

Данная терминология подразумевает под собой совокупность широкого спектра заболеваний. При этом, вполне логично, что каждой из них свойственна индивидуальная этиология и патогенез. Исходя из этого для каждой пневмонийной патологии характерной является индивидуальная симптоматика, картина при реализации рентген диагностики, показатели и результаты разнообразных лабораторных и перкуссионных, а также анамнестических данных.

«Для прогнозирования этиологии пневмоний, очень важно их подразделение на госпитальные (внутрибольничные, нозокомиальные) и внебольничные.

К числу актуальных микроорганизмов, ответственных за развитие внебольничной пневмонии, относятся следующие:

А) внебольничных (внегоспитальных) пневмоний:

1. *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк) – 70-90% всех пациентов внебольничной пневмонией
2. *Haemophilus influenzae* (гемофильная палочка)
3. *Mycoplasma pneumoniae*
4. *Chlamydia pneumoniae*
5. *Legionella pneumophila*

6. Другие возбудители: *Moraxella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus haemolyticus*.

Б) Внутрибольничных (госпитальных / нозокомиальных) пневмоний (т.е. пневмоний, которые развиваются через 72 ч после госпитализации):

1. Грамположительная флора: *Staphylococcus aureus*
2. Грамотрицательная флора: *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Haemophilus influenzae*, *Enterobacter*, *Serratia*
3. Анаэробная флора: грамположительная (*Peptostreptococcus* и др.) и грамотрицательная (*Fusobacterium*, *Bacteroides* и др.)

В) пневмоний при иммунодефицитных состояниях (врожденных иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия):

- 1) пневмоцисты;
- 2) патогенные грибы;
- 3) цитомегаловирусы»

Патогенез

В случае системных, специфических инфекций, где поражение легких является лишь частью заболевания, основная значимость возбудителя, способного преодолеть защитные барьеры организма, не вызывает сомнений. Возбудителями при пневмонии являются условно-патогенные микроорганизмы, чаще всего сапрофиты, и нужно признать, что, либо возбудитель неожиданно получает новые качества и становится патогенным, либо из-за уменьшения активности защитных сил организма происходит попадание инфекционных агентов в респираторные отделы легких и формируются подходящие условия для их размножения. Из этого следует, что

очень важно изучение функционального состояния защитных барьеров дыхательной системы.

«Барьерным факторами защиты от инфекционных агентов нижних отделов дыхательных путей являются:

- 1) механические факторы.
- 2) механизмы неспецифического и специфического иммунитета.

Выделяют влияющие на развитие пневмонии следующие патогенетические механизмы:

- а) аспирация секрета ротоглотки;
- б) вдыхание аэрозоля, в котором содержатся микроорганизмы;
- в) гематогенное распространение микроорганизмов из внелегочного очага инфекции (эндокардит с поражением трикуспидального клапана, септический тромбофлебит);
- г) прямое распространение инфекции из располагающихся рядом пораженных органов (при абсцессе печени) или в следствии инфицирования при проникающих ранениях грудной клетки.

Надо сказать, что самыми частыми путями попадания инфекции являются ингаляция возбудителей и аспирация содержимого носоглотки.

У пациентов, у которых пневмония возникает среди полного здоровья и считается единственным эпизодом в их жизни, причину болезни определить очень трудно. Но у многих пациентов, особенно которые страдают повторными пневмониями, возможно и желательно найти нарушения защитных барьеров дыхательной системы, которые содействуют интенсивному размножению микроорганизмов и формированию пневмонии»

Российские клиницисты издавна считали, что возникновение, течение и исход пневмонии зависят как от вирулентных свойств возбудителя заболевания, так и от выраженности реакции макроорганизма на инфекцию.

В исследовании патогенеза пневмонии особым достижением является – представление ее как воспалительного инфекционного процесса– уже принесло свои результаты. Обширное использование антибиотиков значительно облегчило лечение пациентов и улучшило его результаты. Последующее лечение, уточнение механизмов появления пневмонии сделает реальной возможность профилактики данного заболевания. Понимание механизмов тяжелого течения и осложнений пневмонии даст возможность уменьшить летальность и сделать лечение пневмонии еще более результативным.

1.2. Классификация пневмоний

На разных этапах формирования наших представлений о пневмонии предлагались различные подходы к классификации заболевания, многие из которых к настоящему времени утратили фактическую значимость и представляют лишь исторический интерес.

На сегодняшний день пневмонии делятся на следующие:

1. Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии;
2. Внебольничные пневмонии
3. Аспирационные пневмонии;
4. Пневмонии при иммунодефицитных состояниях.

Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии возникают спустя 2 и более дней пребывания пациента в стационаре при отсутствии клиникорентгенологических признаков легочного воспаления при госпитализации.

Аспирационные пневмонии распространены у психически больных; у лиц с заболеваниями ЦНС; страдающих рвотой; алкоголиков.

Пневмонии при иммунодефицитных состояниях характерны для онкологических больных, получающих иммуносупрессивную терапию, а также наркоманов и ВИЧ-инфицированных.

В последние годы стали выделять пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи (англ. *healthcare-associated pneumonia*). Выделение этой группы обусловлено тем, что в некоторых случаях согласно вышеописанной классификации, по срокам возникновения пневмонии – это внебольничная, но по спектру возбудителей приближается к нозокомиальной.

2. По механизму развития выделяют пневмонии:

- первичные, развивающиеся как самостоятельная патология;
- вторичные, развивающиеся как осложнение сопутствующих заболеваний (например, застойная пневмония)

- аспирационные, развивающиеся при попадании инородных тел в бронхи (пищевых частиц, рвотных масс и др.)

- посттравматические

- послеоперационные

- инфаркт-пневмонии, развивающиеся вследствие тромбоэмболии мелких сосудистых ветвей легочной артерии.

4. По степени заинтересованности легочной ткани встречаются пневмонии:

- односторонние (с поражением правого или левого легкого)

- двусторонние

- тотальные, долевыe, сегментарные, прикорневые (центральные).

5. По характеру течения пневмонии могут быть:

- острые

- острые затяжные

- хронические

6. С учетом развития функциональных нарушений пневмонии протекают:

-с наличием функциональных нарушений (с указанием их характеристик и выраженности)

-с отсутствием функциональных нарушений.

7. С учетом развития осложнений пневмонии бывают:

-не осложненного течения

-осложненного течения(плевритом, абсцессом, бактериальным токсическим шоком, миокардитом, эндокардитом и т. д.).

8. На основании клинико-морфологических признаков различают пневмонии:

-паренхиматозные (крупозные или долевые)

-очаговые (бронхопневмонии, дольковые пневмонии)

-паренхиматозные (крупозные или долевые)

-интерстициальные (чаще при микоплазменном поражении).

9. В зависимости от тяжести течения пневмонии делят на:

-легкой степени тяжести; -средней

степени тяжести; -тяжелой.

Факторы, предрасполагающие к развитию пневмонии:

1) нарушение взаимодействия верхних дыхательных путей и пищевода (алкогольный сон, наркоз с интубацией, эпилепсия, травмы, инсульты, заболевания ЖКТ: рак, стриктура пищевода и др.)

2) заболевания легких и грудной клетки со снижением местной защиты дыхательных путей.

3) инфекция синусовых пазух (лобных, гайморовых и др.)

4) общеослабляющие организм факторы (алкоголизм, уремия, СД, переохлаждение и др.)

5) иммунодефицитные состояния, лечение иммунодепрессантами.

6) путешествия, контакт с птицами (хламидийная пневмония), кондиционерами (легионеллезная пневмония); 7)

послеоперационный период.

8) застойная недостаточность сердца.

9) истощающие заболевания, старость.

1.2. Клиническая картина.

«Клиническая картина пневмонии зависит от объема поражения легочной ткани, тяжести течения, вирулентности возбудителя, наличия сопутствующих заболеваний, возраста пациента»

«Основные синдромы пневмонии:

- лихорадочный;
- интоксикационный;
- бронхитический;
- болевой;
- синдром инфильтрации легочной ткани;
- синдром активности воспалительного процесса.

1) Интоксикационный и лихорадочный синдромы проявляется гипертермией, потливостью, миалгии, артралгии, общая слабость, отсутствие аппетита, а также на высоте температурной реакции может регистрироваться транзиторная микропротеинурия.

2) Бронхитический синдром имеет следующие проявления: кашель сухой или с отделением мокроты. «Ржавая» мокрота характерна для пневмококковой пневмонии. Зловонная мокрота в

большом количестве — для деструкции легочной ткани. Мокрота с запахом «пригорелого мяса» — для клебсиеллезной пневмонии.

Кровянистая мокрота — при осложнениях пневмонии, либо требует дифференциальной диагностики с туберкулезом, раком, ТЭЛА, геморрагическим васкулитом и т. д.

3) Болевой синдром (плевралгии) — появление боли при глубоком дыхании или на фоне кашля.

4) Синдром инфильтрации легочной ткани характеризуется притупление перкуторного звука над зоной поражения, локальное бронхиальное дыхание, звучные влажные хрипы или инспираторная крепитация при аускультации, усиление бронхофонии или голосового дрожания, а рентгенологически — очагово-инфильтративные изменения ткани легкого

5) Синдром активности воспалительного процесса: 10^4 10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных нейтрофилов или миелоцитов, лейкопения $<4 \times 10^9$ /л или гиперлейкоцитоз $> 25 \times 10^9$ /л являются неблагоприятными прогностическими признаками исхода пневмонии, токсическая зернистость нейтрофилов, ускоренное СОЭ, а также повышение уровня СРБ, фибриногена, серомукоида, сиаловых кислот.

Среди других проявлений заболевания могут быть:

- Нарушения сознания (спутанность, возбуждение, сопор и т. д.)
- Кожные проявления (петехиальная сыпь, кровоизлияния, герпес, желтуха)
- Сосудистые реакции (тахикардия - или брадикардия, нестабильная гемодинамика)»

Симптомы принято делить на стадии пневмонии:

- 1) начальная (инициальная);
- 2) развернутая (фаза разгара);
- 3) выздоровления (реконвалесценции).

Далее речь пойдет о клинике классической крупозной (лобарной) пневмонии.

Начальная стадия.

Характерны слабость, головная боль, боль в боку при дыхании (нередко – сухой плеврит), интоксикация, подъем температуры (внезапно – до высоких цифр, 38,5–39, С, с ознобом). В анамнезе часто указано переохлаждение (купание в холодной воде, сон на земле). Симптоматика может напоминать грипп. Отмечаются боли в мышцах, суставах, отсутствие аппетита, нарушение сна. При осмотре можно выявить бледность кожных покровов, акроцианоз, герпетические высыпания на губах. В легких на стороне пневмонии дыхание слегка ослаблено, перкуторный звук немного укорочен, голосовое дрожание и бронхофония, как правило, не изменены. Может выслушиваться начальная крепитация, напоминающая звук трения волос над ухом.

Стадия разгара.

Состояние больного становится более тяжелым; как правило, он лежит из-за выраженной слабости, астении. Пораженная сторона грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Частота дыханий более 20 в минуту (одышка в покое с нарушением вдоха). Температура держится на высоких цифрах, тип лихорадки – постоянный или изнуряющий. Аппетит отсутствует, лицо гиперемировано; потливость, герпес на губах, возможны тошнота, редко рвота (из-за интоксикации). Дыхание в легких ослаблено или отсутствует над зоной пневмонии, усилены голосовое дрожание и бронхофония (если нет экссудативного плеврита). Главный признак – влажные мелкопузырчатые хрипы над локальным участком легких (чаще – в заднебоковых отделах, ниже лопатки, между лопаток, в подмышечной области). напоминает бедренный (мышечный).

У пожилых людей и пациентов с тяжелым течением болезни возможны потеря сознания, бред. Наблюдается отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании. При пальпации кожная складка утолщена на стороне поражения (симптом Винтриха). На рентгенограмме определяется затемнение, чаще округлой формы в несколько сантиметров, или выполняющее границы сегментов, долей.

Фаза реконвалесценции.

При успешном лечении начинается критическое или литическое снижение температуры вплоть до нормальной. Уменьшаются одышка и интоксикация, появляется аппетит. Клиническое выздоровление занимает до 11,5 месяцев, лихорадка исчезает, как правило, в течение 14-15 дней.

Клиническими проявлениями очаговой пневмонии являются признаки синдрома воспалительной интоксикации, уплотнения легочной ткани. Характерно постепенное начало очаговой пневмонии на фоне предшествующего бронхита с усилением имевших место симптомов воспалительного процесса. Усиливаются общая слабость, потливость, кашель, который может быть сухим или с отделением небольшого количества слизистой, слизисто-гноющей или гноющей мокроты. Аппетит снижен. Одышка смешанного характера типична при сегментарной пневмонии.

Возможно острое начало с повышения температуры тела до 38,0-39,0 °С, озноба, выраженной потливости, кашля и одышки. Боль в грудной клетке не типична. Возникает лишь в том случае, когда воспалительные очаги расположены в непосредственной близости к плевре.

При общем осмотре отмечается повышенная влажность кожных покровов, при крупноочаговом характере процесса и высокой температуре тела выражен цианоз и гиперемия кожи. Гипертермия ремиттирующего или интермиттирующего характера.

Осмотр грудной клетки: в случае крупноочаговой пневмонии может отмечаться увеличение одной половины грудной клетки (на стороне поражения), учащенное (тахипноэ) и несколько затрудненное дыхание, отставание пораженной стороны в акте дыхания.

При аускультации на фоне жесткого или ослабленного везикулярного дыхания на ограниченном участке выслушиваются крепитация и влажные хрипы (мелко- и среднепузырчатые). За счет вовлечения в воспалительный процесс приводящего бронха могут появляться свистящие сухие хрипы на ограниченном участке аускультации. Бронхофония усилена.

Осложнения пневмонии.

Воспаление легких или пневмония – это заболевание, которое требует своевременного и качественного лечения, ведь поражение легочной ткани – довольно серьезная патология. Наиболее опасно состояние, когда осложнения пневмонии касаются внутренних жизненно важных органов.

Причины осложнения пневмоний.

Осложнением называют течение пневмонии, при которой в бронхолегочной системе происходят реактивные процессы, вызванные воспалительным процессом и размножением микробов.

Виды осложнений после пневмонии.

Различают два вида развития осложнений пневмонии:

- легочные;
- внелегочные.

К бронхолегочным можно отнести следующие осложнения:

- эмпиема плевры;
- абсцесс или гангрена легкого;
- отек легких;
- реактивный плеврит;
- деструкция ткани легких;

-острая и хроническая дыхательная недостаточность.

Осложнения после пневмонии могут дать осложнения на сердце в виде: - неспецифический эндо-, пери- и миокард; -острое и хроническое легочное сердце.

К другим внелегочным осложнениям можно отнести:

-сепсис;

-менингит и менингоэнцефалит;

-гемолитическая анемия;

-интоксикационный психоз;

-нарушение функций почек;

-синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Именно наличие различных осложнений может непосредственно влиять на развитие течения самого заболевания.

1.3. Диагностика пневмонии.

Своевременная диагностика пневмонии необходима для раннего целенаправленного лечения. Распознавание пневмонии не представляет затруднений, если заболевание началось остро и сопровождается лихорадкой, интоксикацией, отчетливыми изменениями в легких, определяемыми клинически и рентгенологически.

Большое значение в диагностике пневмонии имеет хорошо собранный и тщательно проанализированный анамнез. (5. С. 164).

Основные методы диагностики, которые позволяют определить наличие артериальной гипертензии у человека, это:

1. Измерение АД.
2. Определение частоты пульса и его характеристик.

3. Рентгенологическое исследование сердца и органов грудной клетки.
4. Электрокардиография (ЭКГ).
5. Общий анализ мочи (ОАМ).
6. Общий анализ крови (ОАК).
7. Биохимический анализ крови.
8. Анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко.
9. Рентгеноскопия.
10. Рентгенография.
11. Флюорография.
12. Бронхоскопия.
13. Ультразвуковая диагностика легких.
14. Плевральная пункция.
15. Легочная вентиляция.
16. Исследование мокроты.

Принципы лечения пневмоний.

Как правило, пациентов с пневмонией, госпитализируют в терапевтическое отделение или отделение пульмонологии. На период интоксикации и лихорадки назначается теплое обильное питье, постельный режим, высококалорийное, полноценное питание. При дыхательной недостаточности пациентам назначают ингаляции кислорода.

В лечении пневмонии главным считается антибактериальная терапия.

Подбор антибиотика проводит врач, никакое самолечение недопустимо.

При внегоспитальной пневмонии чаще назначают:

- пенициллины (амоксциллин с клавулановой к-той, ампициллин и т. д.),
- макролиды (спирамицин, рокситромицин),
- цефалоспорины

Выбор способа введения антибиотика определяется тяжестью течения пневмонии.

Для лечения внутрибольничных пневмоний используют:

- пенициллины;
- цефалоспорины;
- фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин и т. д.);
- карбапенемы (имипенем);
- аминогликозиды (гентамицин).

Таблица 1. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии:

Виды течения		Антибактериальная терапия
Легкое течение. Возбудители: S.Pneumoniae, Chlamidia.	Mycoplasma,	Антибиотики 1 ряда: 1. Амоксициллин, амоксициллин клавулат. Антибиотики альтернативного выбора: 1. Цефалоспорины 2 поколения: цефуроксим аксетил. 2. Макролиды: эритромицин. 3. Фторхинолоны: левофлоксацин. 4. Тетрациклины: доксициклин.
Среднетяжелое течение.	Mycoplasma,	Антибиотики 1 ряда:

Возбудители: S. Pnevmonia
e, Chlamidia, H. Influenza.

Тяжелое течение.

Возбудители: S. Pnevmonia
e, Legionella, Enterobacteriaceae.

1. Ампициллин,
амоксициллин клавулат.

Антибиотики

альтернативного выбора:

1. Цефуроксим аксетил.
2. Цефатоксим.
3. Левофлоксацин.

Антибиотики 1 ряда:

1. Цефтриаксон, цефатоксим.

Антибиотики

альтернативного выбора:

1. Левофлоксацин,
моксифлоксацин.

Рекомендовано при пневмониях проведение дезинтоксикационной терапии, иммуностимуляции, назначения жаропонижающих, отхаркивающих и муколитических, антигистаминных средств.

После прекращения лихорадки и интоксикации режим расширяют и назначают проведение физиотерапии (электрофорез с кальцием хлоридом, калием йодидом, гиалуронидазой, УВЧ, массаж, ингаляции) и лечение пневмонии проводится до полного выздоровления пациента, которое определяется нормализацией состояния и самочувствия, физикальных, рентгенологических и лабораторных показателей. При частых повторных

пневмониях одной и той же локализации решается вопрос о хирургическом вмешательстве.

1.4. Деятельность медицинской сестры по организации ухода за пациентами с пневмонией в условиях стационара

Четкая структура организации, основанная на методических разработках и утвержденная в высших инстанциях здравоохранительных органов, позволяет составить план сестринского вмешательства и следовать ему, сверяясь с инструкциями на каждом пункте.

Выделяют пять главных этапов, каждый из которых ориентирован на достижение определенной промежуточной цели, и весь комплекс в целом дает возможность победить пневмонию.

Оценка состояния.

В первую очередь нужно установить с пациентом хороший личный контакт, успокоить, ободрить. Умение общаться – одно из важных умений, которым должна владеть медицинская сестра. Пациенты во время заболевания ощущают множество физических и психологических трудностей. Им может потребоваться поддержка, совет, успокоение или просто возможность поделиться своими душевными переживаниями. Эффективная беседа с пациентом играет большую роль в его лечении.

Продуктивность общения можно повысить, если:

- Говорить чётко и понятно, не используя сложную терминологию;
- Привлечь внимание пациента;
- Правильно выбирать время для общения;
- Следить за интонацией своего голоса, мимикой и жестами;
- Выбирать нужную громкость;

- Не перебивать собеседника, внимательно его слушать.

Эффективность общения могут повысить похлопывания по плечу, пожатие руки. Очень важно внушить пациенту веру в то, что назначенное лечение принесет желаемый результат. Это говорит о том, что медицинская сестра сочувствует пациенту, сопереживает и эмоционально поддерживает. При пневмониях успех лечения во многом зависит от качественного медицинского ухода. В процессе терапии основного заболевания, проводимой в условиях стационара или на дому, не обойтись без сестринских вмешательств, которые облегчают состояние заболевшего, позволяют контролировать эффективность лечения, учитывают особенности ухода и устраняют возможные проблемы, связанные с течением пневмоний. Комплекс мероприятий или, правильнее, сестринский процесс при пневмонии, находящийся в сфере интересов среднего медицинского персонала, имеет особое значение. Впрочем, и более легкое течение требует вмешательства медсестер. Но все-таки более подробно стоит остановиться на организации сестринского процесса и на наличии особенностей, с учетом которых составляется план ухода за больным.

В процессе важно оценить текущее состояние. Для пациентов с пневмонией на этом этапе проводится:

1. Измерение температуры тела.
2. Подсчет частоты дыхания и пульса.
3. Определение уровня артериального давления.

Все эти данные нужны для составления полной картины об уровне вовлечения в патологический процесс органов и систем. Полученные сведения заносятся в карту пациента. Такая мера облегчает работу врача, способствует постановке точного диагноза.

Все сведения о состоянии пациента обязательно отражаются в дневнике сестринского ухода.

Выявление проблем.

Следующим пунктом является определение приоритетной проблемы пациента и потенциальных осложнений и рисков. Наиболее часто основные угрозы связаны с воспалением в одной или нескольких долях легкого, что сопровождается одышкой и причиняет существенный дискомфорт больному.

Пневмония грозит осложнениями со стороны сердечной системы, что проявляется тахикардией и изменением нормальных показателей давления. Нередко нарушения связаны с проблемами со сном, с повышенной тревожностью и страхами.

Определив приоритетную проблему, медсестра должна сообщить о своем наблюдении лечащему врачу, поскольку именно он составляет план лечения. Потенциальные проблемы имеют значение для профилактики возможных осложнений, которые нередко встречаются при воспалении легких. Раннее их определение способствует выздоровлению в кратчайшие сроки без неприятных последствий заболевания. Приоритетные проблемы должны решаться немедленно – зачастую (особенно при остром течении) они представляют прямую угрозу жизни.

Каждая выявленная в ходе сестринского процесса проблема находит свое отражение в последующем назначении врача. Грамотный специалист учитывает не только данные лабораторных показателей, но и наблюдение помощников среднего звена.

Составление плана.

Получив предварительные данные и результаты врачебного осмотра, медицинская сестра определяет последовательность собственной деятельности, связанной с уходом, лечением и реабилитацией больного. На этом этапе требуется составление плана с указанием конкретных действий, необходимых для успешной реализации поставленных целей. При этом обязательным является корректировка запланированных действий с учетом текущего состояния пациента и внесение необходимых изменений, что требует возврата к предыдущему пункту. Все поправки осуществляются на основании заключения

врача, поскольку динамические изменения в ходе лечения требуют его вмешательства.

Выполнение сестринских обязанностей.

Вмешательство среднего медицинского персонала не должно сводиться только к наблюдению за пациентами и выполнению назначенных врачом лечебных мероприятий. Уход в острой стадии болезни, режим питания, обеспечение соответствующих гигиенических условий, профилактика поздних осложнений воспаления легких – эта деятельность находится в комплексе сестринской помощи и во многом влияет на результат терапии. Чтение карты больного и своевременное выполнение назначений врача также важная часть работы медсестры.

Оценка эффективности.

Задачей последнего этапа является определение правильности выбранной тактики лечения. В том случае, если все сделано верно и своевременно, пневмония отступит без осложнений и негативных последствий примерно через 10–14 дней от начала терапии. Коррекция назначений в случае менее благополучного развития болезни осуществляется врачом. Сестринское участие требует повтора всех предыдущих шагов организации и составление нового плана действий.

Функции среднего медицинского персонала чем более детально и комплексно организован процесс, тем лучших результатов удастся достичь за короткое время. В этом существенную роль играет средний медицинский персонал, поскольку основные мероприятия по уходу за пациентами с пневмонией связаны именно с сестринской помощью.

Задачами среднего персонала является:

- Создание оптимальных условий.
- Проведение необходимых гигиенических процедур.
- Кормление и контроль за режимом питья.

-Осуществление медицинских манипуляций и важных реабилитационных мероприятий.

-Помимо всего прочего, контроль процессов, связанных с течением болезни в динамике, также относится к обязанностям медицинской сестры.

-О каждом из этих этапов стоит рассказать более подробно.

-Создание оптимальных условий

-Сестринская помощь начинается с обеспечения условий, которые облегчают состояние больного человека. Такой приоритет связан с тем, пневмония с острыми проявлениями интоксикации значительно ограничивает физические возможности.

Что подразумевается под комфортными условиями:

- Режим проветривания и влажных уборок. Это обеспечивает оптимальную температуру и влажность в помещении, где находится пациент.
- Своевременное изменение положение тела. Служит профилактикой образования пролежней, что особенно актуально для пожилого человека с учетом особенностей возрастной физиологии.
- Ограничение физической и психологической нагрузки – необходимое условие для ребенка.
- Функциональное, с точки зрения облегчения дыхания, приподнимание изголовья кровати улучшает вентиляцию легких и способствует профилактике застойных явлений при острых пневмониях.

Гигиенические процедуры, чистота тела повышает комфорт больного и улучшает его физическое и эмоциональное состояние. Учитывая, что пневмония в первые дни требует соблюдения постельного режима, а личная гигиена может стать проблемой, в сестринские обязанности входит обмывание открытых участков тела в условиях кровати. Санитарная обработка должна стать ежедневным процессом и проводиться регулярно и качественно.

Обеспечение питания и питьевого режима.

Острое заболевание, сопровождающееся значительным подъемом температуры, требует соблюдения режима питья и кормления. В задачу медсестры входит отслеживание объема потребляемой жидкости, помощь при кормлении и обеспечение соответствующей лечебной диеты. Проблема снижения аппетита у пациента дает основание внести изменения в план, обусловленный сестринским процессом. Также не стоит забывать, что все нехарактерные ранее и вновь выявленные проблемы должны быть известны врачу. Особенно часто от еды отказываются дети, и зачастую, кроме внимательной медсестры, никто не заметит, что малыш ничего не ест. В ряде случаев составляется карта индивидуального питания. Это поможет накормить капризного ребенка и позволит избежать проблем, связанных с отказом от пищи.

Медицинские процедуры.

Назначенные врачом лекарственные препараты должны своевременно и в нужной дозировке попадать в организм больного пневмонией. Это того зависит выздоровление. Медицинская сестра должна проследить, чтобы лекарства были приняты вовремя, обеспечить постановку капельниц и инъекций, а также сопровождать пациента на все назначенные обследования и процедуры.

Реабилитация.

Пневмония сопровождается слабостью, снижением мышечного тонуса, а также нарушениями со стороны дыхательной системы. Во многом облегчить состояние пациента можно с помощью лечебной гимнастики. Она проводится, как только позволят результаты врачебного осмотра, а затем будет сделано соответствующее назначение. В период постельного режима все занятия сводятся к простейшим движениям в пределах кровати. Их польза также неоспорима – они улучшают вентиляцию легких и позволяют избежать застойных явлений. С расширением двигательного режима, начинаются более активные занятия сначала в палате, затем в коридоре или общем зале для лечебной физкультуры. Своевременно начатые реабилитационные мероприятия

позволяют снизить риск развития поздних осложнений, а также способствуют быстрому восстановлению и возврату к привычному образу жизни. И роль младшего медицинского персонала по уходу за пациентами с пневмонией не стоит недооценивать. Помимо выполнения назначений, она создает более комфортные и психологические условия для пациента, что также способствует скорейшему выздоровлению.

1.5. Профилактика.

Профилактика пневмонии неразрывно связана с оздоровлением окружающей среды, охраной труда, совершенствованием технологий и производственной санитарии.

Вместе с тем профилактика пневмонии означает закрепление среди населения навыков коллективной и личной гигиены, занятия физической культурой и спортом, закаливание организма, искоренение вредных привычек, предупреждение и своевременное лечение гриппа и других вирусных респираторных инфекций.

Пациенты, которые перенесли пневмонию, состоят на диспансерном учете в поликлинике от 6 месяцев до 1 года. Во время этого периода проводится комплекс лечебно-профилактические мероприятия (утренняя гимнастика, массаж, сауна, дыхательные упражнения, рекомендуется прием адаптогенов и других лекарственных средств, повышающих иммунную и общебиологическую реактивность).

К специфической профилактике пневмонии относится вакцинация. Для снижения риска развития пневмонии следует прививаться против гриппа так как это заболевание чаще всего приводит к возникновению воспаления легких. Существует также вакцина от пневмококковой инфекции- возбудителя которой в большинстве случаев вызывает пневмонию.

