

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurovaya-rabota/419529>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Сестринское дело

Введение 3

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ 5

1. 1. Этиология, патогенез, симптомы и клинические проявления острой пневмонии 5

1. 2. Сестринский уход за пациентами острыми пневмониями. Профилактика заболевания 12

2. Анализ сестринской деятельности по уходу за пациентами с острой пневмонией в ГАУЗ «Бугульминское ЦРБ» 17

2. 1. Организационная характеристика ГАУЗ «Бугульминское ЦРБ» 17

2. 2. Опытнo-экспериментальное исследование деятельности медицинской сестры в профилактике и диагностике острых пневмоний. 18

2. 3. Практические рекомендации по уходу за пациентами для медицинских сестер 24

Выводы и предложения 27

Заключение 28

Список использованной литературы 30

Приложение 1 33

При бактериальной пневмонии наблюдают пять патологий:

-паренхиматозное воспаление доли или сегмента доли (долевая пневмония, классическая картина пневмококковой пневмонии);

-первичная инфекция дыхательных путей и окружающего интерстиция (бронхопневмония), часто наблюдаемая при *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus aureus*;

-некротизирующая паренхиматозная пневмония, возникающая после аспирации;

-азеозная гранулематозная болезнь, наблюдаемая при туберкулезной пневмонии;

-перибронхиальное и интерстициальное заболевание с вторичной паренхиматозной инфильтрацией, как это наблюдается, когда вирусная пневмония (классически вызванная гриппом или корью) осложняется бактериальной инфекцией.

Бактериальная пневмония связана с диффузной нейтрофильной инфильтрацией, в результате чего воздушные пространства заполняются транссудатом или экссудатом, что ухудшает диффузию кислорода.

Близость альвеол и богатое легочное сосудистое русло повышают риск осложнений, таких как бактериемия, септицемия или шок.

Симптомы пневмонии разнообразны и неспецифичны. Острое начало лихорадки, учащенное дыхание и кашель считаются классическим симптомокомплексом пневмонии.

Лихорадка обычно отсутствует при инфекциях, вызванных *Chlamydia trachomatis*, *B. pertussis* и уреоплазмой.

У некоторых пациентов до появления симптомов ЗПТ наблюдается продромальный период в виде субфебрильной лихорадки и ринореи. Ни один из признаков не является патогномичным для пневмонии; наводящими на размышления признаками являются тахипноэ, раздувание носа, ослабление дыхательных шумов и аускультативные хрипы (крепитации или хрипы).

В рекомендациях, разработанных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) по клинической диагностике пневмонии в регионах с ограниченными ресурсами, выделяют тахипноэ (или одышка) и ретракции как два лучших индикатора ИНДП.

«Начало бактериальной пневмонии обычно бывает внезапным, но может возникнуть через несколько дней после легкой формы ОРВИ. Пациент обычно болен и токсически проявляется высокой лихорадкой, ознобом и учащенным дыханием. Кашель может возникнуть на более позднем этапе болезни, когда остатки пораженного легкого попадают в верхние дыхательные пути» [4, С. 106]. Односторонняя плевритная боль в груди или боль в животе при наличии рентгенологически выявленного инфильтрата является специфическим признаком бактериальной пневмонии. Физикальные данные обычно носят очаговый характер, ограничены анатомическим сегментом и включают снижение тактильного и голосового дрожания, затруднение поступления воздуха, хрипы и притупление перкуссии над пораженным участком легкого.

Рентгенограмма может выглядеть ложно нормальной на ранних стадиях пневмонии или у обезвоженных пациентов. Рентгенограмма не позволяет отличить бактериальную пневмонию от небактериальной; однако в сочетании с клиническими данными нормальная рентгенограмма в большинстве случаев точно исключает бактериальную пневмонию.

Двусторонние диффузные инфильтраты наблюдаются при пневмонии, вызванной вирусами *P. jirovecii*, *L. pneumophila* и иногда *M. pneumoniae*. *S. pneumoniae*, *C. Psittaci*, *Coxiella burnetii* и *M. pneumoniae* могут вызывать очаговые альвеолярные инфильтраты, которые не соответствуют клиническим данным.

Периферические лейкоциты, дифференциальный анализ лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивный белок (СРБ) лучше всего выявляют инвазивные инфекции, особенно вызванные бактериями. Вирусная пневмония сравнительно связана с менее быстрым ростом острофазовых реагентов, за исключением инфекций, вызванных аденовирусом, вирусом гриппа и кори.

Вирусные патогены лучше всего выявляются путем выделения в культуре ткани или обнаружения вирусных продуктов (антигенов или нуклеиновых кислот) в секретах дыхательных путей. Комбинированная полимеразная цепная реакция в реальном времени (ПЦР) позволяет быстро обнаружить распространенные вирусные и атипичные бактериальные агенты ВП. Однако как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты могут быть получены в том случае, если образцы получены или транспортированы ненадлежащим образом или тесты проведены неоптимально. Лучшим образцом является аспират или смыв из носоглотки, содержащий эпителиальные клетки. Наличие вируса в верхних дыхательных путях не исключает вторичной бактериальной пневмонии. Тестирование сывороток в период острого и реконвалесцентного периода на предмет повышения уровня антител к различным вирусам обычно ограничивается исследовательскими учреждениями.

Обычно плевральная полость содержит 0,3 мл/кг жидкости, поддерживаемой тонким балансом между секрецией и абсорбцией лимфатическими сосудами. Различные инфекционные агенты вызывают плевральный выпот по разным механизмам, включая симпатический ответ на бактериальную инфекцию путем выработки цитокинов, распространение инфекции, феномен иммунных комплексов или реакцию гиперчувствительности (например, разрыв туберкулезной гранулемы). Репликация микроорганизмов в субплевральных альвеолах вызывает воспалительную реакцию, приводящую к повреждению эндотелия, увеличению проницаемости капилляров и экстравазации легочной интерстициальной жидкости в плевральную полость. Плевральная жидкость легко инфицируется, поскольку в ней отсутствуют опсонины и комплемент. Бактерии вмешиваются в механизм защиты хозяина, вырабатывая эндотоксины и другие токсичные вещества.

Клиническая картина внебольничной пневмонии (ВП) широко варьирует: от легкой пневмонии, характеризующейся лихорадкой, кашлем и одышкой, до тяжелой пневмонии, характеризующейся сепсисом и респираторным дистрессом. Тяжесть симптомов напрямую связана с интенсивностью местного и системного иммунного ответа у каждого пациента.

Легочные признаки и симптомы.

Кашель (с выделением мокроты или без него), одышка и плевритная боль в груди являются одними из наиболее частых симптомов, связанных с ВП. При физикальном осмотре признаки пневмонии включают учащенное дыхание, повышенную работу дыхания и посторонние шумы при дыхании, в том числе хрипы/трески и хрипы. Тактильное дрожание, эгофония и притупление перкуссии также указывают на пневмонию. Эти признаки и симптомы возникают в результате накопления лейкоцитов (лейкоцитов), жидкости и белков в альвеолярном пространстве. Гипоксемия может возникнуть в результате последующего нарушения альвеолярного газообмена. На рентгенограмме грудной клетки скопление лейкоцитов и жидкости в альвеолах проявляется в виде помутнений легких.

Системные признаки и симптомы.

У подавляющего большинства пациентов с ВП наблюдается лихорадка. Также распространены другие системные симптомы, такие как озноб, усталость, недомогание, боль в груди (которая может быть плевритной) и анорексия. Тахикардия, лейкоцитоз со сдвигом влево или лейкопения также являются проявлениями, опосредованными системной воспалительной реакцией. Маркеры воспаления, такие как скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ) и прокальцитонин, могут повышаться, хотя последний в значительной степени специфичен для бактериальных инфекций. ВП также является основной причиной сепсиса; таким образом, первоначальные проявления могут характеризоваться гипотензией, изменением психического статуса и другими признаками органной дисфункции, такими как почечная дисфункция, дисфункция печени и/или тромбоцитопения.

- Александрова О.Ю. Оценка качества медицинской помощи в свете нового законодательства / О. Ю. Александрова // Здравоохранение. -2012. -№1. - С. 64-71.
2. Белоусова, А. К. Практические навыки и умение медсестры инфекционного профиля / А.К. Белоусова, Л.А. Сербина. - М.: Феникс, 2017. - 128 с.
 3. Бобылев А.А. Внебольничная пневмония у пациентов пожилого и старческого возраста / А. А. Бобылев // Пульмонология. -2015. -Т.25, №3. - С. 261-276.
 4. Внебольничная пневмония у детей : клиническое руководство / Российское респираторное общество [и др.]. - Москва : МедКом-Про, 2020. - 80 с.
 5. Внебольничная пневмония в практике врача-участкового терапевта : учебное пособие / Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ставропольский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации ; составители: Н. В. Агранович [и др.]. - Ставрополь : Издательство СтГМУ, 2021. - 63 с.
 6. Дробинская, А. О. Анатомия и физиология человека : учебник для среднего профессионального образования / А. О. Дробинская. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 421 с.
 7. Клинико-патофизиологические аспекты дыхательной недостаточности : учебное пособие для вузов / В. Т. Долгих [и др.] ; под редакцией В. Т. Долгих, В. В. Мороза, А. Н. Кузовлева. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 229 с.
 8. Королева, Е. Б. Внебольничная пневмония / Е.Б. Королева, Л.Б. Постникова. - М.: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2018. - 577 с.
 9. Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела. Курс лекций, сестринские технологии. Учебник / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова. - М.: Феникс, 2020. - 736 с.
 10. Мартынова, А. Внебольничные пневмонии: проблемы современной эпидемиологии / А. Мартынова. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2022. - 108 с.
 11. Мисюк, М. Н. Основы медицинских знаний : учебник и практикум для среднего профессионального образования / М. Н. Мисюк. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 379 с.
 12. Общий уход за больными : учебное пособие для вузов / Г. И. Чуваков [и др.] ; под редакцией Г. И. Чувакова. — 3-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 158 с.
 13. Оконенко, Т. И. Сестринское дело в хирургии : учебник и практикум для вузов / Т. И. Оконенко, Г. И. Чуваков. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 158 с.
 14. Основы сестринского дела : учебник и практикум для вузов / Г. И. Чуваков [и др.] ; под редакцией Г. И. Чувакова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2023. — 517 с.
 15. Острая гнойная деструктивная пневмония: монография / В. Н. Стальмахович, И. Н. Кайгородова, В. С. Гуляшинова, А. Л. Тележкин; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. - Иркутск: ИГМАПО, 2019. - 115 с.
 16. Сестринское дело в терапии : учебник для вузов / Н. Г. Петрова, В. Н. Петров, В. А. Лапотников, В. Л. Эмануэль ; ответственный редактор Н. Г. Петрова. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 495 с.
 17. Сильвестров, В. П. Затянувшиеся пневмонии и их лечение / В.П. Сильвестров. - М.: Медицина, 2019. - 212 с.
 18. Турарбекова У. Т. Особенности сестринской помощи при пневмонии у взрослых в условиях стационара / У. Т. Турарбекова // Актуальные исследования. -2023. -№44 (174). -Ч.1. - С. 86-88.
 19. Чучалин, А. Г. Пневмония: (беседа с врачом) / А. Г. Чучалин. - Москва : Атмосфера, 2019. - 38 с.
 20. Шкатова, Е. Ю. Безопасная больничная среда для пациента и медицинского персонала : учебное пособие для вузов / Е. Ю. Шкатова, Н. В. Хетагури, О. А. Морозкова. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 149 с

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/419529>