


Ульяновский государственный университет Институт медицины экологии и физической культуры Медицинский колледж	Форма	
Ф-Методическая разработка лекционного занятия		

**Методическая разработка лекционного занятия
для преподавателя
по теме: «Сестринский уход при бронхиальной астме»**

По МДК 2.1 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях»
для специальности «Сестринское дело»
Разработана преподавателем: Ключниковой Е.Д.
Рассмотрена на заседании ПЦК
«Терапии и узких специальных дисциплин»
Протокол № 6 от 29.01. 2018 г.
Председатель ПЦК Сол - Самышина Е.А.
Рассмотрено и одобрено на заседании
Методического совета
Протокол № 7 от 17.02. 2018 г.
Председатель метод. совета К

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Пояснительная записка

Методическая разработка лекционного занятия по теме «Сестринский уход при бронхиальной астме» создана в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования (ФГОС СПО) по специальности Сестринское дело и предназначена для проведения занятия со студентами 3 курса по МДК 2.1 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях». Согласно рабочей программе и КТП на изучение данной темы отводится 2 часа. Материалы методической разработки теоретического занятия составляют три основных блока: методический, информационный и блок контроля и самоконтроля.

В методическом блоке даны рекомендации по работе с методической разработкой, определены цели занятия, актуальность темы, мотивация, место проведения занятия, оснащение, указаны междисциплинарные связи, список литературы, домашнее задание, задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов, представлена хронологическая карта занятия.

Информационный блок включает материалы базисной лекции.

Блок контроля знаний включает в себя:

- материалы контроля исходного уровня знаний в виде фронтального опроса,
- материалы контроля выходного уровня знаний в виде тестового опроса.

С целью улучшения восприятия темы предлагается визуализация информации с помощью мультимедийной обучающей системы, где представлены текстовый материал, иллюстративный материал, схемы и т.д., которые отражают основные моменты занятия.

Предложенные варианты внеаудиторной самостоятельной работы студентов, способствуют более углубленному и детальному изучению данной темы.

Предлагаемый в методической разработке материал может быть использован как дополнительный к учебнику для более качественного усвоения материала, обобщения ранее полученных знаний.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

В соответствии с требованиями ФГОС:

Студент должен знать:

1. Субъективное обследование при бронхиальной астме.
2. Объективное обследование при бронхиальной астме.
3. Нарушенные потребности и проблемы пациента при бронхиальной астме.
4. Уход за больным бронхиальной астмой.
5. Принципы диагностики и лечения бронхиальной астмы.
6. Алгоритм неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы.
7. Профилактику бронхиальной астмы.

Цели занятия:

1. Образовательные

- контроль качества усвоения знаний.
- формирование у студентов умений и навыков работы с учебным материалом и методическими пособиями.
- осуществление внутрипредметных и межпредметных связей.

2. Развивающие.

- понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
- осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач
- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности

3. Воспитательные:

- воспитывать чувство ответственности за результаты своей работы, работы членов команды;
- воспитывать готовность брать на себя нравственные обязательства по отношению к обществу и человеку;
- воспитывать толерантность, уважать социальные, культурные, религиозные различия.

Тип занятия: изучение нового материала

Вид занятия: лекционное занятие

Методы обучения: беседа.

Методы контроля знаний: фронтальный опрос, тестовый опрос.

Оснащение: мультимедийная презентация.

Продолжительность занятия: 90 мин.

ИНТЕГРАЦИЯ УЧЕБНОЙ ИНФОРМАЦИИ ТЕМЫ

Межпредметные связи	Внутрипредметные связи
1. Анатомия 2. Патология. 3. Основы сестринского дела. 4. Фармакология.	1. Функциональная диагностика. 2. Клиническая фармакология.

Используемая литература:

1. Бейтс Б. Пропедевтика внутренних болезней. Москва. «ГОЭТАР-Медиа» 2011 год.
2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни: учебник 6 изд., М. «ГОЭТАР-Медиа» 2011 год-768 стр.

3. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни: учебник + СД в2-х т.. М. «ГОЭТАР-Медиа» 2011 год.
4. Мухин Н.А. Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней. М. «ГОЭТАР-Медиа», 2011 год. Т. 1.-672стр.; Т.2.-582стр.
5. Струтынский А.В. и др. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. Москва. «Медпресс-информ» 2008 г.
6. Федюкович Н. И. Внутренние болезни. Ростов - на Дону. «Феникс». 2007 год.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Основные этапы лекции и их содержание	Время мин.	Обоснование методических приемов
<p>1. Организационный момент Проверка санитарного состояния аудитории и внешнего вида студентов; регистрация отсутствующих.</p>	3	С целью настроить студентов на восприятие учебной атмосферы занятия, воспитания организованности и ответственности студентов.
<p>2. Постановка целей и задач. Создание мотивационного пространства. Актуализация знаний. Сообщение темы занятия: <i>Сестринский уход при бронхиальной астме</i>, план лекционного занятия; информация о целях занятия, методах подачи теоретического материала. Указание на межпредметные связи и связь с будущей профессией. Актуальность темы. Мотивация. <i>Данная тема актуальна т.к. от 4 до 10% населения планеты страдает бронхиальной астмой, причём среди взрослого населения преобладает заболеваемость женщин детородного возраста.</i> Актуализация опорных знаний проводится в виде фронтального опроса (Приложение 2).</p>	7	С целью мотивации необходимости получения знаний, использования их в будущей практической деятельности.
<p>3. Изложение нового материала с использованием активных методов изложения по плану лекции. (Приложение 1)</p>	145	Достигаются дидактические, развивающие и воспитательные задачи, происходит формирование общих компетенций.
<p>4. Контроль выполнения внеаудиторной самостоятельной работы: Работа с учебником, дополнительной литературой, интернетом (составление схемы, презентации; подбор электронной графической информации, сравнительной таблицей). (Приложение 3)</p>	10	Достигаются дидактические, развивающие и воспитательные задачи, происходит формирование общих компетенций: ОК 1, ОК 5, ОК 4.
<p>5. Выходной контроль. Проводится в форме тестового опроса (взаимопроверка). (Приложение 2)</p>	10	С целью получения объективной информации о степени усвоения теоретического материала, коррекции и анализа ошибок.

<p>6. Подведение итогов занятия. Обобщающая беседа в соответствии с планом лекции, с целью закрепить у студентов полученные знания, которые необходимы для формирования специалиста и для подготовки к практическому занятию</p>	3	С целью логического завершения занятия, создания ситуации для системного подхода в изучении дисциплины.
<p>7. Сообщение домашнего задания теме: «Внутрибольничная инфекция»: Работа с учебником, дополнительной литературой, интернетом (составление схемы, презентации; подбор электронной графической информации): 1. Подготовка презентации по теме: «Пневмония» 2. Изучить конспект лекции.</p>	2	С целью координации самостоятельной работы студентов.

Приложение 1

Материалы базисной лекции

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 удается 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 слепков с бронхов, затем свободно.

Лабораторно: при исследовании мокроты: большое количество эозинофилов, часто - кристаллы Шарко-Лейдена (продукты распада эозинофилов), спирали Куршмана («слепки 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	По назначению врача
<ul style="list-style-type: none">- помочь принять удобное положение- успокоить, обеспечить приток свежего воздуха- горячее щелочное питье- горячие ножные ванны- горчичники на грудную клетку (при хорошей переносимости)- вызвать врача	<ul style="list-style-type: none">- бронхолитики в виде ингаляций (атровент, сальбутамол, беротек) или внутрь (эуфиллин в таблетках растереть в порошок)При приступе средней тяжести:<ul style="list-style-type: none">- бронхолитики парентерально (2,4% раствор эуфиллина 10 мл в/в медленно или раствор адреналина 0,1% - 1 мл в/м.При тяжелом приступе:<ul style="list-style-type: none">- 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, цитрусовых.

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 атопической БА – удаление аллергена или снижение его содержания в окружении пациента, гипосенсибилизация соответствующими аллергенами и гистоглобулином.

Для предупреждения развития приступа БА используют стабилизаторы тучных клеток - индал, 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 сенсibilизированных лиц или у пациентов на стадии преаастмы, 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.);
- Сенсibilизация 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 десенсibilизации.

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, микроклещи, 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 матрасов;
- 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.

Техника выполнения пикфлоуметрии

Пикфлоуметр — это прибор для измерения пиковой скорости выдоха.

- установите указатель прибора на нулевую отметку,
- встаньте или сядьте прямо, выпрямите шею,
- возьмите пикфлоуметр в руку, избегая блокирования выходного отверстия пальцами,
- вдохните максимально глубоко,
- возьмите мундштук пикфлоуметра в рот и плотно обхватите его губами; избегайте закрытия отверстия мундштука языком,
- дуньте внутрь прибора с максимальной силой и скоростью (важна сила выдоха, а не количество выдыхаемого воздуха; выдох не должен напоминать плевков или кашель),
- оцените показания прибора - стрелка сдвинется с нулевой отметки – это и будет величина пиковой скорости выдоха,
- установите указатель на нулевую отметку,
- повторите процедуру ещё дважды и выберите максимальный показатель,
- занесите значение максимального показателя, дату и время измерения в дневник

Пикфлоуметр после использования промывается тёплой водой с мягким моющим средством. Хранится прибор при комнатной температуре и относительной влажности воздуха 30-70%. Не позволяйте пользоваться прибором посторонним лицам.

Нормы показателей пикфлоуметрии рассчитываются индивидуально для каждого пациента, в зависимости от его пола, возраста и роста. Для детей учитывается только возраст.

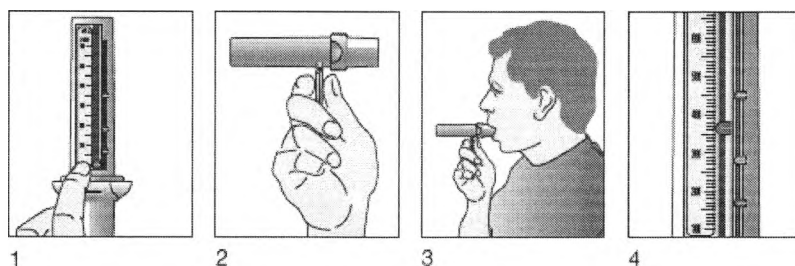
Нормативные показатели:

- от 15 до 20 лет – 314-512 л/мин (в зависимости от роста);
- от 20 до 25 – 305-503 л/мин;
- от 25 до 30 – 296-464 л/мин;
- от 30 до 35 – 287-485 л/мин;
- от 35 до 40 – 278-475 л/мин;
- от 40 до 45 – 269-467 л/мин;
- от 45 до 50 – 260-458 л/мин;
- от 50 до 55 – 251-449 л/мин;
- от 55 до 60 – 242-440 л/мин;
- от 60 до 65 – 233-431 л/мин;

от 65 до 70 – 224-422 л/мин;
от 70 до 75 – 215-431 л/мин;
от 75 до 80 – 206-404 л/мин;
более 80 – 197-395 л/мин.

Должные величины для детей:

рост 105 см – скорость 130-132 л/мин;
110 см – 169 л/мин;
115 см – 185 л/мин;
120 см – 212-215 л/мин;
125 см – 238-240 л/мин;
130 см – 265 л/мин;
135 см – 290 л/мин.



Оксигенотерапия

Кислородная подушка представляет собой прорезиненный мешок, снабженный резиновой трубкой с краном и мундштуком. Она вмещает от 25 до 75 л кислорода. Ее наполняют кислородом из кислородного баллона. Перед началом оксигенотерапии следует обернуть мундштук 2—3 слоями влажной марлевой салфетки. Затем его плотно прижимают ко рту больного и открывают кран, при помощи которого можно ориентировочно регулировать скорость поступления кислорода. Вдох производится через воронку ртом, выдох — носом. Когда количество кислорода в подушке уменьшится, нажимают на подушку рукой, иначе кислород будет поступать в дыхательные пути с трудом. После использования воронку дважды протирают 3%-ным раствором перекиси водорода или 70%-ным раствором этилового спирта

Техника подачи кислорода из кислородной подушки

Приготовьте:

1. Кислородную подушку (прорезиненный мешок емкостью 10-25 л с резиновой трубкой, вентилем, мундштуком).
2. Стерильные марлевые салфетки - 4 шт.
3. Спирт 70%.
4. Воду и лоток.
5. Перчатки.

Последовательность действий:

1. Вымойте, высушите руки, наденьте перчатки!
2. Обработайте воронку (мундштук) салфеткой, смоченной в спирте.
3. Оберните мундштук 2-4 слоями марли, смоченной водой.
4. Приставьте воронку ко рту пациента, откройте вентиль на резиновой трубке.

Скорость поступления кислорода можно регулировать не только вентилем, но и надавливанием руками на подушку. Обычно ее хватает на 5-7 минут.

Маска кислородная с трубкой

Предназначена для подачи кислорода с фиксированной концентрацией на входе кислородной линии. Возможность использования не только в стационаре, но и в домашних условиях. Применяется при проведении ингаляционного лечения.

ПОДАЧА КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ НОСОВОЙ КАТЕТЕР

	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1.	Подготовка к процедуре:	
1.1.	Объясните пациенту цель предстоящей процедуры. Объяснить цель и ход манипуляции, получить разрешение на проведение процедуры.	
1.2.	Подготовить необходимое оснащение: <ul style="list-style-type: none"> • стерильный катетер, • лист назначений • увлажнитель, • дистиллированная вода, • источник кислорода с расходомером, • стерильный глицерин, • лейкопластырь. 	
1.3.	Придать пациенту удобное положение.	
1.4.	Очистить при необходимости дыхательные пути.	
1.5.	Вымыть и осушить руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки	
2.	Выполнение процедуры	
2.1.	Вскрыть упаковку, извлечь катетер и смочить его стерильным глицерином.	
2.2.	Ввести катетер в нижний носовой ход на глубину, равную расстоянию от мочки уха до крыльев носа	
2.3.	Зафиксировать катетер лейкопластырем, чтобы он не выпал и не причинял неудобств.	
2.4.	Прикрепить катетер к источнику увлажненного кислорода с заданной концентрацией и скоростью подачи.	
2.5.	Обеспечить достаточную свободу движений катетера и кислородных трубок и прикрепить их к одежде безопасной булавкой.	
2.6.	Проверять состояние катетера через каждые 8 ч.	
2.7.	Наблюдать за тем, чтобы увлажняющий сосуд был постоянно полон.	
2.8.	Осматривать слизистую носа пациента для выявления ее возможного раздражения	
2.9.	Каждые 8 ч проверять скорость потока кислорода, концентрацию.	
2.10.	Отметить способ, концентрацию, скорость подачи кислорода, реакцию пациента и результаты итоговой оценки удовлетворения потребности в нормальном дыхании пациента.	
3.	Окончание процедуры	
3.1.	Весь использованный инструментарий подвергнуть дезинфекции.	
3.2.	Снять перчатки, погрузить в дезраствор, вымыть руки, осушить	
3.3.	Сделать запись о результатах процедуры в листе назначения	

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (ИНГАЛЯЦИЯ С ПОМОЩЬЮ СПЕЙСЕРА)

	Действие	Отметка о
--	----------	-----------

		выполнении Да/Нет/
1.	Подготовка к процедуре	
1.1.	<ul style="list-style-type: none"> • Ингалятор (инхалер) или спейсер • Лист назначения 	
1.2.	Создать доверительные конфиденциальные отношения с пациентом	
1.3.	Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.	
1.4.	Предложить/помочь пациенту занять положение: стоя или сидя со слегка запрокинутой головой.	
1.5.	Вымыть руки гигиеническим способом, осушить	
1.6.	Энергично встряхнуть ингалятор	
1.7.	Плотно насадить спейсер на мундштук ингалятора.	
1.8.	Держа ингалятор в вертикальном положении, снять с него защитный колпачок.	
2.	Выполнение процедуры	
2.1.	Перед ингаляцией следует сделать глубокий выдох	
2.2.	Плотно обхватить мундштук спейсера губами.	
2.3.	Нажать на дно ингалятора и затем сделать несколько спокойных вдохов. (В ряде спейсеров рекомендуется сделать несколько вдохов на одну дозу препарата).	
2.4.	После вдоха следует задержать дыхание на 5-10 секунд	
2.5.	Потом сделать спокойный выдох.	
2.6.	После ингаляции гормональных препаратов следует прополоскать рот (а при применении маски – еще и умыться лицо).	
3.	Окончание процедуры	
3.1.	Отсоединить спейсер от ингалятора.	
3.2.	Надеть на мундштук ингалятора защитный колпачок.	
3.3.	Промыть спейсер в мыльном растворе, а затем кипяченой водой.	
3.4.	Обработать руки гигиеническим способом, осушить.	
3.5.	Сделать запись в медицинской документации.	

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (ИНГАЛЯЦИЯ С ПОМОЩЬЮ СПЕЙСЕРА)

	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1.	Подготовка к процедуре	
1.1.	<ul style="list-style-type: none"> • Ингалятор (инхалер) или спейсер • Лист назначения 	
1.2.	Создать доверительные конфиденциальные отношения с пациентом	
1.3.	Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.	
1.4.	Предложить/помочь пациенту занять положение: стоя или сидя со слегка запрокинутой головой.	

1.5.	Вымыть руки гигиеническим способом, осушить	
1.6.	Энергично встряхнуть ингалятор	
1.7.	Плотно насадить спейсер на мундштук ингалятора.	
1.8.	Держа ингалятор в вертикальном положении, снять с него защитный колпачок.	
2.	Выполнение процедуры	
2.1.	Перед ингаляцией следует сделать глубокий выдох	
2.2.	Плотно обхватить мундштук спейсера губами.	
2.3.	Нажать на дно ингалятора и затем сделать несколько спокойных вдохов. (В ряде спейсеров рекомендуется сделать несколько вдохов на одну дозу препарата).	
2.4.	После вдоха следует задержать дыхание на 5-10 секунд	
2.5.	Потом сделать спокойный выдох.	
2.6.	После ингаляции гормональных препаратов следует прополоскать рот (а при применении маски – еще и умыться лицо).	
3.	Окончание процедуры	
3.1.	Отсоединить спейсер от ингалятора.	
3.2.	Надеть на мундштук ингалятора защитный колпачок.	
3.3.	Промыть спейсер в мыльном растворе, а затем кипяченой водой.	
3.4.	Обработать руки гигиеническим способом, осушить.	
3.5.	Сделать запись в медицинской документации.	

Приложение 2

Блок контроля и самоконтроля

1. Фронтальный опрос:

1. Дайте определение бронхиальной астмы?
2. Перечислите основные неинфекционные и инфекционные аллергены?
3. Что такое атопическая и инфекционно-атопическая бронхиальная астма?
4. Какие факторы, кроме аллергенов, могут играть роль в возникновении бронхиальной астмы?
5. Опишите клиническую картину приступа удушья?
6. В чем заключаются уход и наблюдение за больным о время приступа?
7. Что такое астматический статус?
8. Каковы принципы терапии в межприступный период?
9. В чем заключается профилактика бронхиальной астмы?

2. Тестовый опрос

1. При приступе бронхиальной астмы у беременной нарушена потребность
 1. дышать
 2. есть
 3. пить
 4. выделять
2. Заболевание с характерными приступами удушья - это
 1. бронхиальная астма
 2. крупозная пневмония
 3. очаговая пневмония
 4. туберкулёз
3. Приоритетная проблема беременной при бронхиальной астме

1. боль в грудной клетке
 2. лихорадка
 3. легочное кровотечение
 4. приступ удушья
4. Вынужденное положение беременной при бронхиальной астме
1. горизонтальное
 2. горизонтальное с приподнятыми ногами
 3. лежа на боку
 4. сидя, опираясь на край кровати
5. Данные аускультации при приступе бронхиальной астмы
1. влажные хрипы
 2. сухие хрипы
 3. крепитация
 4. шум и трения плевры
6. При экспираторной одышке затруднен
1. вдох
 2. выдох
 3. вдох и выдох
7. Экспираторная одышка отмечается при
1. бронхиальной астме
 2. крупозной пневмонии
 3. очаговой пневмонии
 4. туберкулёзе
8. При бронхиальной астме выделяется мокрота
1. гнойная
 2. стекловидная
 3. «ржавая»
 4. розовая пеннистая
9. Небольшое количество вязкой стекловидной мокроты выделяется при
1. бронхиальной астме
 2. крупозной пневмонии
 3. очаговой пневмонии
 4. туберкулёзе
10. Пикфлоуметрия – это определение
1. дыхательного объёма
 2. жизненной емкости легких
 3. остаточного объёма
 4. пиковой скорости выдоха
11. При приступе бронхиальной астмы беременной рекомендуется
1. бромгексин
 2. сальбутамол
 3. дибазол
 4. тетрациклин
12. При приступе бронхиальной астмы противопоказан
1. атенолол
 2. сальбутамол
 3. тербуталин
 4. фенотерол

Эталон ответов

1	1
2	1
3	4
4	4
5	2
6	2
7	1
8	2
9	1
10	4
11	2
12	1

Приложение 3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА

Признак	Приступ бронхиальной астмы	Астматический статус
Определение	Это приступ экспираторного удушья обычный по тяжести для данного больного	Это необычный по тяжести для данного больного астматический приступ, резистентный к обычной терапии бронходилататорами.
Жалобы	На удушье с затруднённым выдохом в течение нескольких минут	На удушье с затруднённым выдохом в течение длительного времени
Объективные данные	Положение «Ортопноэ», коробочный перкуторный звук, сухие свистящие хрипы, слышные и на расстоянии и при выслушивании фонендоскопом, АД чаще повышено	Положение «Ортопноэ», коробочный перкуторный звук, сухие свистящие хрипы, слышные и на расстоянии и значительно меньшее их количество при выслушивании фонендоскопом, участки «немого» лёгкого, гипоксэмическая кома, АД чаще снижено
Эффект от адреномиметиков	Есть	Нет
Неотложная помощь	1. Беротек 2. Эуфиллин 3. Преднизолон	1. В/кап. введение физ. р-ра. 2. В/кап. введение эуфиллина 3. Большие дозы преднизолона 4. Ингаляция увлажнённого кислорода. 5. ИВЛ.