
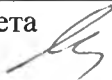


Ульяновский государственный университет Институт медицины экологии и физической культуры Медицинский колледж	Форма	
Ф-Методическая разработка лекционного занятия		

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

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 Сам. Самышина Е.А.
Рассмотрено и одобрено на заседании
Методического совета
Протокол № 7 от 27.02 2018 г.
Председатель метод. совета 

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Пояснительная записка

Методическая разработка лекционного занятия по теме «Сестринский уход при бронхитах» 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 бронхитах.
2. Объективное обследование при бронхитах.
3. Нарушенные потребности и проблемы пациента при бронхитах.
4. Уход за больным при бронхитах.
5. Принципы диагностики и лечения бронхитов.
6. Профилактику бронхитов.

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 бронхитах</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>По отечественным данным острый бронхит – одно из самых распространённых заболеваний дыхательных путей. Хронический обструктивный бронхит среди всех заболеваний бронхолёгочной системы в 80% случаев выступает причиной смерти и в 50% - инвалидности. Среди курящих хронический бронхит возникает в 3-4 раза чаще, чем среди некурящих.</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 (взаимо-проверка). (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. Заслушиваются реферативные сообщения по теме: «Причины возникновения бронхиальной астмы». 2. Изучить конспект лекции.</p>	2	С целью координации самостоятельной работы студентов.

Приложение 1

Материалы базисной лекции

Бронхит - воспаление бронхов – заболевание, которое по частоте занимает первое место среди заболеваний органов дыхания. Бронхитом страдают преимущественно дети и лица пожилого возраста. Мужчины чаще, чем женщины.

Подразделяются на первичные и вторичные:

1. **Первичные** бронхиты те, при которых клиническая картина обусловлена первичным изолированным поражением бронхов или сочетанным поражением с патологией носоглотки, гортани и трахеи.
2. **Вторичные** бронхиты являются осложнением и встречаются при таких болезнях, как грипп, коклюш, корь, туберкулез, при застойных явлениях в малом круге кровообращения, уремии и пр.

По клиническому течению обычно различают острый и хронический бронхит.

Острый бронхит

Острое воспаление слизистой оболочки бронхов.

Причины:

- инфекционные агенты (вирусы, бактерии);
- раздражение слизистой бронхов химическими веществами (пары щелочей, кислот, газов)
- вдыхание холодного или горячего воздуха.

Способствующие факторы:

- охлаждение организма;
- инфекции верхних дыхательных путей и пазух носа;
- нарушение носового дыхания;
- курение;
- ослабление реактивности организма в результате перенесенных заболеваний, операций или нерационального, бедного витаминами и белками питания.

Жалобы:

- общая слабость, недомогание;
- повышение температуры тела чаще до субфебрильных цифр;
- сухой болезненный кашель, на 2-3 день появляется выделение мокроты слизисто-гнойного характера;
- чувство «саднения», боль за грудиной, возникающая при кашле
- может быть одышка при физической нагрузке;

При объективном исследовании:

При аускультации (делает врач): выслушиваются жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

- клинический анализ крови – может быть незначительный лейкоцитоз и увеличение СОЭ
- анализ мокроты: повышение количества лейкоцитов.
- посев мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
- рентгенологическое исследование: иногда усиление легочного рисунка в прикорневой зоне.

Лечение: Лечение острого бронхита осуществляется в амбулаторных условиях.

В домашних условиях необходимо создать комфортные условия в помещении: частое проветривание, увлажнение воздуха, запрещение курения, исключить применение химических веществ (краски, лаки, аэрозоли и др.).

Назначение обильного теплого питья (чай из липового цвета, чай с малиновым вареньем, мёдом, щелочные, минеральные воды, тёплое молоко), полоскания с раствором бикарбоната натрия, настоями травы шалфея, цветов ромашки.

Лекарственные препараты:

- при сухом кашле - противокашлевые и успокаивающие средства: либексин, глаувент;
- для расширения бронхов и улучшения дыхательной проходимости – бронхолитики: зуфиллин (0,15) 3 раза в день, бронхолитин по 1 ст. л. 3 раза в день;
- при выделении мокроты - отхаркивающие средства (мукалтин, бромгексин, термопсис, мать-мачеха, чабрец и т. д.)
- сульфаниламиды по схеме (бисептол, бактрим, сульфадиметоксин и др.);
- антибиотики (при гнойном бронхите): ампицилин, ампиокс, эритромицин и др.;
- витамины (аскорбиновая кислота);

Ингаляции отваров трав: зверобоя, цветов ромашки, листьев эвкалипта.

Отвлекающая терапия: чередование горчичников и банок на грудную клетку, теплые горчичные ножные ванны.

Наблюдение:

- за температурой тела;
- частотой дыхательных движений;
- характером мокроты.

Хронический бронхит

Длительно протекающее диффузное воспаление слизистой оболочки бронхов, захватывающее более глубокие слои стенки бронха с развитием вокруг нее воспаления (перибронхита). Заболевание протекает со сменой периодов обострений и ремиссий.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

- клинический анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ;
- анализ мокроты: наличие лейкоцитов;
- посев мокроты: выявление возбудителя и определение чувствительности к антибиотикам;
- рентгенологическое исследование - усиление лёгочного рисунка и признаки эмфиземы лёгких;
- функция внешнего дыхания определяется при помощи спирографии (определяет жизненную ёмкость лёгких (ЖЁЛ), максимальную лёгочную вентиляцию и остаточный объём);
- оценка состояния бронхиальной проходимости - при помощи пневмотахометрии;
- бронхоскопия – уточняет характер изменения бронхиального дерева.

Осложнения:

- эмфизема лёгких;
- хроническая дыхательная недостаточность;
- хроническая сердечная недостаточность (лёгочное сердце);
- бронхоэктатическая болезнь.

Лечение:

- в период обострения – постельный режим, в тяжёлых случаях – госпитализация;
- диета богатая белками и витаминами, обильное витаминизированное питьё при лихорадке;
- щелочное питьё (боржоми с молоком) для разжижения мокроты;

Лекарственные препараты:

- антибиотики действия с учётом результатов посева мокроты на чувствительность к антибиотикам (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, гентамицин);
- сульфаниламиды (бисептол, сульфадиметоксин);
- отхаркивающие препараты (бромгексин, мукалтин, амбробене, отхаркивающая микстура, препараты ацетилцистеина – АЦЦ, «доктор МОМ» и др.);
- отвары и настои лекарственных растений: трава термопсиса, корень алтея, корень девясила, листья мать-мачехи, цветы трёхцветной фиалки и др.;
- бронхолитики: эуфиллин, бронхолитин;
- ингаляции с бронхолитическими средствами беротек, сальбутамол;
- санационная бронхоскопия – способствует отхождению мокроты;

Физиотерапия: кислородный коктейль, щелочно-масляные ингаляции, ингаляции с лекарственными препаратами, диатермия, УВЧ, электрофорез хлорида кальция и др.

ЛФК, массаж грудной клетки в период затихания процесса.

Санаторно-курортное лечение: вне обострения Сестрорецкий курорт, Южный берег Крыма и санатории местного значения.

Диспансеризация: наблюдение участкового терапевта и пульмонолога (1 раз в 3 месяца).

Профилактика.

1. Отказ от курения.
2. Трудоустройство с исключением воздействия неблагоприятных производственных факторов.
3. Санация очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей.
4. Своевременное и полноценное лечение респираторных заболеваний.
5. Занятие дыхательной гимнастикой.
6. Пребывание в местности с благоприятным теплым сухим климатом.
7. Диспансерное наблюдение.

Нарушенные потребности пациента: дышать, спать, есть, пить, выделять, поддерживать температуру тела.

Основные проблемы пациента одышка, сухой кашель, кашель с мокротой, озноб, чувство жара, потливость.

Особенности сестринского ухода:

- контролировать выполнение предписанного врачом режима;

- дать рекомендации по особенностям питания: включить в диету продукты, богатые белком (т. к. 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;
- обеспечить пациента индивидуальной плевательницей;
- обучить пациента обрабатывать плевательницу;
- обучить пациента пользоваться индивидуальными ингаляторами;
- осуществлять смену нательного и постельного белья;
- осуществлять уход за кожей (гигиенические мероприятия);
- оказать помощь при одышке: оксигенотерапия, возвышенное положение пациента в постели, регулярное проветривание помещения;
- проводить влажную уборку помещения 2 раза в день;
- обучить пациента правилам сбора мокроты на исследования;
- осуществлять психологическую подготовку пациента к инструментальным методам исследования (бронхоскопии, спирографии, пневмотахометрии);
- выполнять врачебные назначения по введению лекарственных препаратов и др.;
- обучить пациента и его родственников выполнению ингаляций в домашних условиях, постановке банок и горчичников;
- соблюдать инфекционную безопасность пациента.

Алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине

№	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль, предложить присесть)	
2	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	
3	Уточнение самочувствия пациента	
4	Информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	
5	Правильный внешний вид	
6	Обработка рук на гигиеническом уровне	
7	Подготовка оборудования (заранее убедиться, что всё необходимое есть в наличии): <ul style="list-style-type: none"> - Термометр медицинский (ртутный) - Кушетка (при измерении температуры в положении лежа) - Стул (при измерении температуры в положении сидя) - Температурный лист (лист динамического наблюдения) - Лист назначений - Емкость для хранения чистых градусников - Емкость с дез.раствором для обработки использованного термометра - Емкость для дезинфекции отходов класса Б - Закрепленный пакет для утилизации отходов класса Б - Салфетки марлевые однократного применения. - Антисептик для обработки рук - шариковая ручка 	

8	Приготовить сухой чистый термометр (стеклянный ртутный): проверить его целостность.	
9	Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.	
10	Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости – вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это. Салфетку сбросить в емкость с отходами класса Б.	
11	Расположить термометр в подмышечной области так чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке).	
12	Оставить термометр не менее чем на 5 минут.	
13	Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его горизонтально на уровне глаз.	
14	Сообщить пациенту результаты измерения.	
15	Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, положить в контейнер с дезинфицирующим раствором.	
16	Обработать руки кожным антисептиком, осушить	
17	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.	
18	О лихорадящих пациентах сообщить дежурному врачу.	

Алгоритм исследования пульса

№	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль, предложить присесть)	
2	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	
3	Уточнение самочувствия пациента	
4	Информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	
5	Правильный внешний вид (аккуратные ногти и отсутствие украшений)	
6	Обработка рук на гигиеническом уровне	
7	Подготовка оборудования (заранее убедиться, что всё необходимое есть в наличии): - часы или секундомер - лист динамического наблюдения - антисептик для обработки рук - лист назначения - шариковая ручка	
8	Правильно позиционировать пациента для определения Ps (положение лежа на спине или сидя)	
9	Взять обе руки пациента и обхватить в области лучезапястных суставов для определения одинаковости пульса	
10	Пальпировать артерию на той руке, где лучше определяется пульс	
11	II, III, IV пальцами прижмите лучевую. Артерию у основания большого пальца пациента	

12	Определить правильность ритма. <i>Если пульсовые волны появляются через одинаковые промежутки времени, то говорят о правильном ритме. При различных интервалах между пульсовыми волнами ритм пульса будет неправильным.</i>	
13	Определить частоту пульса: в течение 1 мин при неправильном ритме и за 30 сек при правильном, затем умножить на 2	
14	Прижать артерию сильнее, чем прежде и определить напряжение пульса	
15	Определить наполнение пульса <i>Определяется объемом крови, находящейся в артерии. При достаточном количестве крови в артерии говорят о хорошем наполнении, или полном пульсе. При уменьшении объема циркулирующей крови (например, при кровопотере) и слабом наполнении пульс называется пустым</i>	
16	Правильное общение с пациентом о завершении исследования	
17	Обработка рук мед. персонала после манипуляции	
18	Сделать отметку в медицинской документации о выполненной манипуляции	

Алгоритм определения частоты дыхательных движений

№	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль, предложить присесть)	
2	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	
3	Уточнение самочувствия пациента	
4	Информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	
5	Правильный внешний вид (аккуратные ногти и отсутствие украшений)	
6	Обработка рук на гигиеническом уровне	
7	Подготовка оборудования (заранее убедиться, что всё необходимое есть в наличии): - часы или секундомер - лист динамического наблюдения - антисептик для обработки рук - лист назначения - шариковая ручка	
8	Правильно позиционировать пациента для определения ЧДД (попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки)	
9	Положить свою и пациента руки на грудь (при грудном типе дыхания) или эпигастральную область (при брюшном типе дыхания) пациента, имитируя исследование пульса.	
10	Правильно проведенное измерение (подсчитать число вдохов за 1 минуту, пользуясь секундомером)	
11	Правильное общение с пациентом о завершении исследования	
12	Обработка рук мед. персонала после манипуляции	
13	Сделать отметку в медицинской документации о выполненной манипуляции	

Алгоритм измерение артериального давления

№	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль, предложить присесть)	
2	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	
3	Уточнение самочувствия пациента	
4	Информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	
5	Правильный внешний вид	
6	Обработка рук на гигиеническом уровне	
7	Подготовка оборудования (заранее убедиться, что всё необходимое есть в наличии): - тонометр медицинский - фонендоскоп - 2 спиртовые салфетки для обработки мембраны фонендоскопа и ушных олив - лист динамического наблюдения - лист назначения - шариковая ручка - емкость для дезинфекции отходов класса Б - закрепленный пакет для утилизации отходов класса Б - закрепленный пакет для утилизации отходов класса А - антисептик для обработки рук	
8	Проверить исправность прибора (положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы)	
9	Придать пациенту удобное положение	
10	Обнажить руку пациента	
11	Расположить ее ладонью вверх, на уровне сердца (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик).	
12	Правильно наложена манжета (без складок одежды, на плече, выше на 2-2,5 см локтевой ямки, под манжетой проходит два пальца)	
13	Наложить 2 пальца левой руки на предплечье в месте прощупывания пульса	
14	Закрывать вентиль груши прибора для измерения АД другой рукой	
15	Произвести постепенно нагнетания воздуха грушей прибора измерения АД до исчезновения пульса	
16	Зафиксировать этот уровень давления на шкале прибора, соответствует систолическому давлению	
17	Спустить воздух из манжеты прибора для измерения АД и приготовить прибор для повторного накачивания воздуха	
18	Поместить мембрану фонендоскопа у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже но не прилагая для этого усилия	
19	Накачать повторно манжету прибора до уровня превышающего полученного результата при пальпации измерения пульса на 30 мм рт ст	
20	Начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2–3 мм рт ст., сохраняя положение стетоскопа	
21	Запомнить по шкале прибора появление первого тона – это систолическое давление (значение	

	которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем по пульсу)	
22	Отметить по шкале на приборе прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление.	
23	Продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15–20 мм рт ст относительно последнего тона (для контроля)	
24	Снять манжету прибора с руки пациента	
25	Правильное общение с пациентом о завершении исследования	
26	Приведение оборудования в порядок	
27	Обработать мембрану фонендоскопа и ушные оливки спиртовыми салфетками	
28	Обработка рук мед. персонала после манипуляции	
29	Сделать отметку в медицинской документации о выполненной манипуляции	

Алгоритм сбора мочи на общий анализ

	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Подготовка к процедуре	
1.1.	Подготовить необходимое оснащение. • Чистая сухая емкость – 200 мл • Направление на исследование	
1.2.	Идентифицировать пациента, представиться, представиться. Создать доверительные конфиденциальные отношения с пациентом	
1.3.	Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.	
1.4.	Оформить направление на общий анализ мочи в клиническую лабораторию по форме	
1.5	Обучить пациента технике гигиенической процедуры (подмывания) утром, накануне исследования: • Приготовить теплую кипяченую воду с мылом в емкости • Подмыть наружные половые органы и промежность, поливая воду в следующей последовательности: область лобка, наружные половые органы, промежность, область заднего прохода в направлении от уретры к заднему проходу • Вытереть кожу насухо в той же последовательности и направлении (если у пациента в этот момент менструация, посоветуйте ей закрыть область влагалища ватно – марлевым тампоном)	
2.	Выполнение процедуры	
2.1.	Обучить пациента технике сбора мочи на общий анализ: • утром после подмывания выделить первую струю мочи в унитаз на счет «1,2»; • задержать мочеиспускание; • открыть банку; • собрать в банку 150-200 мл. мочи • закрыть банку крышкой	
3.	Окончание процедуры	

3.1.	Попросить пациента повторить всю полученную информацию.	
3.2.	Объяснить пациенту, где он должен оставить емкость с мочой и направлением, сообщить об этом медицинской сестре	
3.3.	Сделать запись в медицинской документации.	

СБОР МОКРОТЫ НА ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Подготовка к процедуре	
1.1.	Подготовить необходимое оснащение. <ul style="list-style-type: none"> • стерильная, стеклянная широкогорлая банка • направление на исследование 	
1.2.	Создать доверительные конфиденциальные отношения с пациентом	
1.3.	Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.	
1.4.	Оформить направление на сбор мокроты в клиническую лабораторию по форме	
1.5.	Объяснить, что сбор мокроты целесообразно проводить до начала антибиотикотерапии	
2.	Выполнение процедуры	
2.1.	Обучить пациента технике сбора мокроты: <ul style="list-style-type: none"> • предупредить, что собирают мокроту только при кашле, а не при отхаркивании; • объяснить, что необходимо соблюдать правила личной гигиены до и после сбора мокроты; • объяснить, что необходимо вечером почистить зубы, а утром натошак прополоскать рот и глотку кипяченой водой • непосредственно перед сбором 	
2.2.	Попросить пациента повторить всю полученную информацию	
2.3.	Открыть крышку банки	
2.4.	Откашлять и собрать мокроту в банку в количестве не менее 5 мл.	
2.5.	Закрыть крышку	
3.	Окончание процедуры	
3.1.	Прикрепить направление и доставить в бактериологическую лабораторию как можно быстрее (в стационаре хранить банку с мокротой в специальном холодильнике не более 1-1,5 час.)	
3.2.	Сделать запись в медицинской документации.	

СБОР МОКРОТЫ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Подготовка к процедуре	

1.1.	Подготовить необходимое оснащение. <ul style="list-style-type: none"> • стерильная, стеклянная широкогорлая банка с крышкой из крафт-бумаги • направление на исследование 	
1.2.	Создать доверительные конфиденциальные отношения с пациентом	
1.3.	Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.	
1.4.	Оформить направление на сбор мокроты в бактериологическую лабораторию по форме	
1.5.	Объяснить, что сбор мокроты целесообразно проводить до начала антибиотикотерапии	
2.	Выполнение процедуры	
2.1.	Обучить пациента технике сбора мокроты: <ul style="list-style-type: none"> • предупредить, что собирают мокроту только при кашле, а не при отхаркивании; • объяснить, что необходимо соблюдать правила личной гигиены до и после сбора мокроты; • объяснить, что необходимо вечером почистить зубы, а утром натошак прополоскать рот и глотку кипяченой водой • непосредственно перед сбором 	
2.2.	Попросить пациента повторить всю полученную информации	
2.3.	Открыть крышку банки	
2.4.	Откашлять и собрать мокроту в стерильную банку в количестве не менее 5 мл.	
2.5.	Закрыть крышку	
3.	Окончание процедуры	
3.1.	Прикрепить направление и доставить в бактериологическую лабораторию как можно быстрее (в стационаре хранить банку с мокротой в специальном холодильнике не более 1-1,5 час.)	
3.2.	Сделать запись в медицинской документации.	

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БРОНХОВ (БРОНХОСКОПИЯ)

	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Подготовка к процедуре	
1.1.	Идентифицировать пациента, представиться, представиться. Создать доверительные конфиденциальные отношения с пациентом	
1.2.	Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.	
1.3.	Оформить направление на исследование по форме	
1.4.	Провести премедикацию транквилизаторами по назначению врача в течении нескольких дней до процедуры	

1.5.	Попросить пациента утром не принимать пищи, воды, лекарств, не курить	
1.6.	Опорожнить мочевой пузырь и кишечник естественным путем непосредственно перед исследованием	
1.7.	Провести премедикацию по назначению врача за 15 минут перед процедурой	
1.8.	Явиться в эндоскопический кабинет в назначенное время	
2.	Выполнение процедуры	
2.1.	Усадить пациента на стул	
2.2.	Провести анестезию верхних дыхательных путей через нос (рот): 10% раствором новокаина или 5% раствором тримекаина или 2% раствором лидокаина	
2.3.	Врач вводит бронхоскоп через нос или рот, медицинская сестра ассистирует	
3.	Окончание процедуры	
3.1.	Провести профилактику асфиксии после бронхоскопии	
3.2.	Сделать запись в медицинской документации.	

Методика проведения бронхографии

Пациента укладывают на операционный стол. Если был выбран общий наркоз, анестезиолог дает его через маску. Местным анестетиком (смесью дикаина с новокаином) орошают полость рта и глотку.

После этого через нос или гортань врач вводит в бронхолегочное дерево эластичный катетер. Через него под контролем рентгеновского экрана бронхи заполняют контрастным веществом (водорастворимым или масляным препаратом йода). Для того чтобы контраст равномерно распределился по стенкам бронхов, положение пациента несколько раз меняют. Затем катетер вынимают и производят серию рентгенологических снимков под разными углами (обычно в боковой, передней и в нескольких косых проекциях). При необходимости снимки сочетают с кино съемкой (бронхокинографией). На этом исследование считается законченным.

Контрастное вещество выводят путем выкашливания и постурального дренажа. Еще некоторое время пациент ощущает боли и першение в горле, обусловленные раздражением слизистых оболочек. Для облегчения состояния рекомендуют рассасывать специальные пастилки или полоскать горло смягчающими растворами. В течение 2–4 часов после диагностики запрещено принимать воду и пищу. К привычной активности пациент возвращается спустя сутки.

Одна процедура позволяет осмотреть только одно легкое. Если больному требуется двусторонняя бронхография, сеанс повторяют через 2–5 дней.

ВЗЯТИЕ МАТЕРИАЛА ИЗ ЗЕВА И НОСА

№	Действие	Отметка о выполнении Да/Нет/
1	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	
2	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	
3	Уточнение самочувствия пациента	
4	Информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	
5	Уточнить время последнего приема пищи - брать натощак или через 2-3 часа после еды.	

6	Правильный внешний вид	
7	Гигиеническая обработка рук мед. персонала перед началом	
8	Подготовка рабочего места есть заранее: - штатив - 2 стерильные пробирки с тампонами - шпатель стерильный одноразовый - перчатки нестерильные - направление - лист назначения - шариковая ручка - антисептик для обработки рук персонала - емкость с дез. раствором для дезинфекции отходов класса Б - закрепленный пакет для утилизации отходов класса А - закрепленный пакет для утилизации отходов класса Б - контейнер для транспортировки	
9	Обеспечение индивидуальной защиты (надевание нестерильных перчаток)	
	Взятия материала сухим тампоном из зева	
10	Попросить пациента открыть рот, левой рукой зафиксировать с помощью шпателя корень языка	
11	Правой рукой ввести тампон в полость рта, продвигая его за корень языка	
12	Круговым движением взять мазок с глоточного кольца, однократно, не касаясь языка и щек, малого язычка. При наличии налета материал берут с границы пораженных и здоровых тканей.	
13	Осторожно над шпателем извлечь тампон из полости рта и поместить в стерильную пробирку, не касаясь краев.	
	Взятия материала сухим тампоном из носа	
14	Не касаясь крыльев носа, тампон круговыми движениями вводят в один, а потом в другой носовой ходы и поместить в стерильную пробирку, не касаясь краев.	
15	Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции, обработать руки гигиеническим способом, осушить	
16	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию и оформить направление	
17	Организовать доставку пробы бактериологическую лабораторию в течение двух часов.	

Спирография.

Спирография — метод графической регистрации изменений легочных объемов при выполнении естественных дыхательных движений и волевых форсированных дыхательных маневров.

Обследование проводится в утренние часы, натощак, после 15-20 минутного отдыха. Как минимум за час до исследования рекомендуется воздержаться от курения и употребления крепкого кофе.

Бронхолитические препараты отменяют в соответствии с их фармакокинетикой: бета-2 агонисты короткого действия и комбинированные препараты, включающие бета-2 агонисты короткого действия, за 6 часов до исследования, длительно действующие бета-2 агонисты - за 12 часов, пролонгированные теофиллины - за 24 часа.

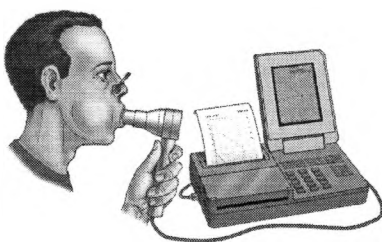
Исследование проводится в положении больного сидя. Высота ротовой трубки или высота сидения регулируются таким образом, чтобы обследуемому не приходилось наклонять голову или

чрезмерно вытягивать шею. Следует избегать наклонов туловища вперед при выполнении выдоха. Одежда не должна стеснять экскурсии грудной клетки.

Поскольку измерения основаны на анализе ротового потока воздуха, необходимо использование носового зажима и контроль за тем, чтобы губы обследуемого плотно охватывали специальный загубник и не было утечки воздуха мимо загубника на протяжении всего исследования. Если у больного имеются зубные протезы, то перед исследованием их нельзя снимать, поскольку они представляют собой опору для губ и щек и тем самым препятствуют утечке воздуха.

Перед каждым исследованием пациента подробно инструктируют, а в ряде случаев наглядно демонстрируют процедуру выполнения данного теста.

Начинают обследование обычно с тестов, не требующих максимальных усилий. При наличии в приборе соответствующей приставки для измерения бронхиального сопротивления методом кратковременного прерывания потока начинают именно с этого исследования, поскольку оно выполняется при обычном спокойном и ровном дыхании. Затем проводится измерение минутного объема дыхания (МОД).



Флюорография органов грудной клетки

Виды флюорографии

1. Профилактическая – выполняется 1 раз в год для раннего выявления заболеваний органов грудной клетки.
2. Диагностическая – для уточнения локализации и характера поражений органов грудной клетки при наличии симптомов заболеваний.

Цель: диагностика заболеваний органов грудной клетки.

Противопоказания: невозможность нахождения пациента в вертикальном положении.

Подготовка к процедуре:

1. Медицинский персонал должен объяснить пациенту (членам семьи) ход и необходимость предстоящего исследования.
2. В день исследования стоит ограничиться легким завтраком. А если вы страдаете запорами, то накануне утром имеет смысл принять легкое слабительное (регулакс, бисакодил, сеннаде).
3. Перед исследованием пациент должен заполнить два статистических талона с паспортными данными и пройти в кабинет флюорографии.
4. В раздевалке пациент должен освободить от одежды верхнюю часть тела (до пояса), снять украшения, находящиеся на уровне исследования.
5. Пациент должен проинформировать медицинский персонал флюорографического кабинета о перенесенных заболеваниях, операциях на органах грудной клетки, о наличии инородных тел в области исследования.

Выполнение процедуры:

1. В кабинете флюорографии пациенту выполняется от 1 до 3 снимков в различных проекциях (в зависимости от цели исследования).
2. Результат флюорографии, обычно, выдается на следующий день. При наличии острых заболеваний органов грудной клетки (пневмония, пневмоторакс и др.) результат флюорографии выдается сразу на руки пациенту с последующей консультацией врача-специалиста. В случае выявления онкологической патологии, туберкулеза необходимо провести дообследование по месту медицинского обслуживания.

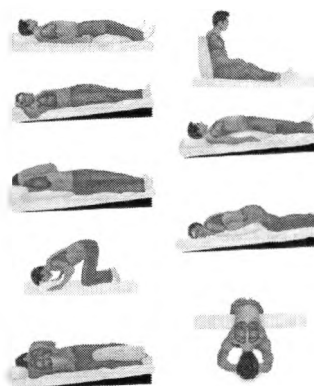
Рентгенография органов грудной клетки

Рентгенография органов грудной клетки представляет собой один или несколько снимков грудной клетки в прямой и/или боковых проекциях, позволяющий оценить наличие и степень патологических изменений в легочной ткани, косвенно оценить изменения сердца и сосудов, выявить сопутствующие изменения костного каркаса грудной клетки.

Рентгенография может проводиться в положении пациента стоя, сидя или лежа, в зависимости от назначенного исследования. В область облучения не должны попасть металлические украшения или застёжки, которые будут видны на рентгеновском снимке и исказят результаты.

Проведение позиционного дренажа.

Постуральный дренаж — это медицинская процедура быстрого очищения воспаленных бронхов от избыточного количества мокроты, скопившейся в результате развившейся болезни легких. Данные лечебные манипуляции проводятся исключительно в условиях стационара пульмонологического отделения.



Обучение пациента правилам использования плевательницы.

Пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу заболевания органов дыхания при наличии кашля, сопровождающегося выделением мокроты, обеспечивают индивидуальными плевательницами.

Мокрота, особенно больных туберкулезом, может быть источником заражения. Поэтому необходимо соблюдать правила личной гигиены и сплевывать мокроту только в плевательницу. Плевательница - это широкогорлый градуированный сосуд из темного стекла, с плотно закручивающейся металлической крышкой.

Оснащение рабочего места: 1) плевательница; 2) емкость с дез. раствором.

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

1. Заполнить плевательницу на 1/4 объема дез. средством.
2. Объяснить пациенту, что мокроту, выделяющуюся во время кашля, сплевывать в плевательницу, которую необходимо носить постоянно в кармане.
3. Предупредить о необходимости заполнения плевательницы мокротой до метки 3/4 объема плевательницы.

Основной этап выполнения манипуляции.

4. После заполнения 3/4 объема, забрать плевательницу у пациента.
5. Выдать пациенту чистую плевательницу с дезинфицирующим средством.
6. Выдержать мокроту в дез. растворе (согласно инструкции по применению дезинфектанта).
7. По истечении времени вылить мокроту в канализацию.

Заключительный этап выполнения манипуляции.

8. Промыть плевательницу горячей водой.
9. Обеззаразить путем погружения в дез. раствор (согласно инструкции по его применению).

Примечание: плевательницу с мокротой больных туберкулезом автоклавируют.

Блок контроля и самоконтроля**1. Фронтальный опрос:**

1. Какие причины и факторы способствуют развитию острого бронхита?
2. Перечислите основные проблемы пациентов с острым бронхитом?
3. Какие основные особенности сестринского ухода за пациентами с острым бронхитом?
4. В чем состоит профилактика острого бронхита?
5. Какие основные причины возникновения хронического бронхита?
6. Дайте определение хронического обструктивного бронхита?
7. Перечислите основные проблемы пациентов с хроническим бронхитом?
8. Какие основные особенности сестринского ухода за пациентами с хроническим бронхитом?
9. В чем состоит профилактика хронического бронхита?

2. Тестовый опрос

1. Основная причина развития острого бронхита
 1. авитаминоз
 2. курение
 3. ОРВИ
 4. переутомление
2. Приоритетная проблема пациента с острым бронхитом
 1. слабость
 2. недомогание
 3. снижение аппетита
 4. кашель с мокротой
3. Основная причина развития хронического бронхита
 1. злоупотребление алкоголем
 2. курение
 3. ОРВИ
 4. переохлаждение
4. Приоритетная проблема пациента при обструктивном бронхите
 1. головная боль
 2. недомогание
 3. слабость
 4. одышка
5. При остром бронхите отмечается кашель с мокротой
 1. слизистой
 2. стекловидной
 3. "ржавой"
 4. розовой пенистой
6. Потенциальная проблема при хроническом бронхите
 1. кашель
 2. лихорадка
 3. слабость
 4. дыхательная недостаточность
7. При возникновении острого бронхита рекомендуются
 1. анальгетики
 2. НПВП
 3. глюкокортикостероиды
 4. отхаркивающие, антибиотики

8. При кашле с гнойной мокротой не рекомендуется
1. бромгексин
 2. кодеин
 3. мукалтин
 4. микстура с алтеем
9. При влажном кашле рекомендуется
1. а) кодеин
 2. б) пенициллин
 3. в) микстура с термопсисом
 4. г) тетрациклин
10. Отхаркивающая микстура назначается по 1 столовой ложке в течение дня (раз)
1. 1-2
 2. 3-4
 3. 6-8
 4. 10-12
11. Для подавления сухого мучительного кашля при остром бронхите рекомендуют
1. АЦЦ
 2. мукалтин
 3. либексин
 4. ципробай
12. Для подавления сухого мучительного кашля при остром бронхите беременной противопоказан
1. кодеин
 2. липовый чай
 3. микстура с термопсисом
 4. слизистый отвар алтейного корня
13. При обострении хронического бронхита можно использовать
1. дигоксин
 2. пенициллин
 3. кордиамин
 4. лазикс

Эталон ответов

1	3
2	4
3	2
4	4
5	1
6	4
7	4
8	2
9	2
10	3
11	3
12	1
13	2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА

Клинический признак	Острый бронхит	Хронический бронхит
Этиология	ОРВИ	Курение, производственные факторы
Предрасполагающие факторы	Переохлаждение, нарушение носового дыхания, снижение иммунитета	Переохлаждение, нарушение носового дыхания, снижение иммунитета
Кашель (сухой или влажный)	Сначала сухой, затем влажный	Влажный
Характер мокроты	Слизистая	Слизисто-гнойная
Одышка (есть или нет)	Нет	Есть (экспираторная)
Кожные покровы (цвет)	Обычного цвета	Цианоз (при обструктивном бронхите)
Форма грудной клетки	Нормальная	Бочкообразная
t тела	Субфебрильная	Субфебрильная при обострениях
ЧДД	Норма (ЧДД 16 – 20)	Тахипноэ (ЧДД больше 20)
Диагностика	ОАК, общ. анализ мокроты, флюорография лёгких – по показаниям.	ОАК, общ. анализ мокроты, анализ мокроты на бак. посев, рентгенография лёгких, бронхоскопия, спирография.
Принципы лечения	Стол № 15. Режим постельный. Антибиотики, противовирусные, отхаркивающие	Стол № 15. Режим постельный – при обострении. Антибиотики, отхаркивающие, бронхолитики, глюкокортикостероиды