

государственное бюджетное образовательное учреждение
среднего профессионального образования - техникум
«Безенчукское медицинское училище»

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К ЛЕКЦИИ

ПМ.02 Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Тема: *Сестринский процесс при бронхитах*».

основная профессиональная образовательная программа по специальности

060501 Сестринское дело

2014 учебный год.

Одобрено предметной цикловой
комиссией клинических
дисциплин № 2
Протокол № ____
от ____ 201__ г.
Председатель ЦМК № 2
_____ Л.И. Ефремова

Составлен в соответствии
с государственными
требованиями к минимуму
содержания и уровню
подготовки выпускника по
специальности 060501
Сестринское дело
Зам. директора по учебной
работе _____ Е.А. Ерохина
_____ 201__

Авторы: Ерохина Е.А, преподаватель первой квалификационной категории.

Пояснительная записка

XXI век характеризуется многими социальными проблемами, в том числе ростом заболеваемости и смертности населения.

Болезни органов дыхания являются в настоящее время одной из главных причин заболеваемости и инвалидизации населения, поэтому проблема ранней диагностики, эффективного лечения, профилактики патологии бронхов и легких становится одной из ведущих во внутренней медицине.

Стратегическая цель профессионального образования сегодня – формирование конкурентоспособного специалиста.

Специфика медицинского образования обуславливает необходимость формирования у студентов определенных личностных и профессиональных качеств будущих специалистов, одним из которых является сознательное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих и реализация их на своих будущих рабочих местах.

В рабочей программе дисциплины «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» на изучении темы: «Сестринский процесс при бронхитах» предусмотрено 8 аудиторных часов во II семестре III курса.

Лекция проводится по компетентностно-ориентированной технологии и технологии модерации.

Практическое занятие ориентировано на самостоятельную работу студентов, которая составляет 170 минут. Практическое занятие проводится по компетентностно-ориентированной образовательной технологии и информационной образовательной технологии.

Согласно Уставу Государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования – техникума «Безенчукского медицинского училища» продолжительность одного теоретического занятия составляет 90 минут, одного практического занятия специальных дисциплин – 270 минут.

Для успешного формирования умений важна целенаправленная, согласованная работа педагога и студента. В основе положительных достижений лежит устойчивая обратная связь между педагогом, студентом, пациентом, медицинским персоналом отделения и родственниками пациента.

На лекционном занятии формируются:

1. Общие компетенции:

- определение методов решения профессиональных задач;
- коммуникативная компетенции
- работа в группе
- эффективное общение

На практическом занятии формируются:

1. Общие компетенции:

- определение методов решения профессиональных задач;
- коммуникативная компетенции
- работа в группе
- эффективное общение

2. Профессиональные компетенции:

- осуществлять сестринский процесс
- выполнять практические манипуляции
- обучать пациента

Интеграция темы:

Источники

- | | |
|--|---|
| 1. Анатомия и физиология человека | Тема: «Анатомо-физиологические особенности органов дыхания». |
| 2. Фармакология | Тема: « Средства, влияющие на систему органов дыхания». |
| 3. Основы сестринского дела | Темы: «Этические принципы сестринского дела». «Сестринский процесс». «Инфекционный контроль». «Гирудотерапия и оксигенотерапия». «Парентеральный путь введения лекарственных средств» |
| 4. Здоровый образ жизни | Тема: « Вредные привычки». |
| 5. Здоровый человек и его окружение | Тема: «Демографическая ситуация в РФ и регионах. Периоды жизнедеятельности человека. Роль медицинского персонала в сохранении и укреплении здоровья». |
| 6. Физическая культура | Темы: «Основы здорового образа жизни», «Двигательная активность и здоровье». |
| 7. Основы реабилитации. | Темы: «Лечебная физическая культура», «Электrolечение», «Светолечение», «Теплолечение», «Ингаляционная терапия», «Санаторно-курортное лечение». |
| 8. Практика для получения первичных профессиональных навыков | |

Выход:

*Практическая деятельность медицинской сестры.
Практики по профилю специальности
Стажировка (практика квалификационная)
Специальные дисциплины III-IV курсы.*

Тема: Сестринский уход при бронхитах

Лекция: 2 часа - тема: «Сестринский процесс при бронхите».

Технология обучения: компетентностно-ориентированная
модерация.

Практическое занятие: 270 мин. – тема: «Сестринский процесс при бронхитах»

Технология обучения: компетентностно -
ориентированная.

Самостоятельная работа студента – 2 часа.

Цели:

По учебной теме студент должен:

Студент должен знать:

- ✓ Определение, этиологию острого и хронического бронхита
- ✓ Клиническую картину острого и хронического бронхита
- ✓ Дополнительные методы обследования пациентов с острым и хроническим бронхитом
- ✓ Принципы лечения бронхитов
- ✓ Принципы реабилитации пациентов с хроническим бронхитом
- ✓ Принципы диспансеризации пациентов с хроническим бронхитом
- ✓ Возможные проблемы пациента с острым и хроническим бронхитом

Студент должен уметь:

- ✓ Осуществлять этапы сестринского процесса
- ✓ Подготовить пациента к диагностическим процедурам
- ✓ Осуществлять лекарственную терапию по назначению врача
- ✓ Консультировать пациента (семью) по вопросам профилактики заболевания
- ✓ Соблюдать инфекционную безопасность

Методическая разработка для преподавателя к лекции.

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».

Технология обучения: компетентностно- ориентированная, модерация,

Цели:

Дидактические:

Студент должен иметь представление о:

- ✓ Определении, этиологии острого и хронического бронхита
- ✓ Клинической картине острого и хронического бронхита
- ✓ Дополнительных методах обследования пациентов с острым и хроническим бронхитом
- ✓ Принципах лечения острого и хронического бронхита
- ✓ Принципах профилактики пациентов с острым и хроническим бронхитом
- ✓ Принципах реабилитации пациентов с хроническим бронхитом
- ✓ Принципы диспансеризации пациентов с хроническим бронхитом
- ✓ Возможных проблемах пациента с острым и хроническим бронхитом
- ✓ Принципах сестринского ухода за пациентом с острым и хроническим бронхитом
- ✓

Развивающие:

- ✓ Способствовать развитию логического и клинического мышления
- ✓ Углубить профессиональный кругозор
- ✓ Развивать коммуникативные компетенции
- ✓ Формирование самостоятельности при работе с различными источниками информации.
- ✓ Развивать аналитические способности

Воспитательные:

- ✓ Воспитать стремление получать новые профессиональные знания
- ✓ Стремление к здоровому образу жизни
- ✓ Стремление воспитать чувство гордости за избранную профессию
- ✓ Воспитать соблюдение этических и деонтологических норм

Время: 90 минут

Место проведения занятия:

- ✓ Аудитория № 23 на базе ГБОУ СПО - техникум «Безенчукское медицинское училище»

Оснащение:

- ✓ Таблица: «Анатомо-физиологические особенности органов дыхания»
- ✓ Учебное пособие «Планирование сестринского ухода в терапии».
- ✓ Слайдовая презентация «Сестринский процесс при бронхитах».

Литература:

1. В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенов «Сестринское дело в терапии» – М.: АМНИ 2002 г., стр. 527.
2. Э.В. Смолева «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» Ростов-на-Дону, 2005 г., стр.480.
3. В.Н. Фатенков «Внутренние болезни. Часть 1 заболевания органов дыхания. - М.: Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002г.-192с.
4. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. –М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 1587.
5. Руководство по скорой медицинской помощи., под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутин. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007.-816стр.
- 6.Физиотерапия: методические рекомендации, составители Н.Ф. Давыдкин, В.В. Баженов, О.И. Денисова, Е.Г. Тыщенко. - Самара ООО «Офорт», ГОУВПО «СамГМУ»,2008.- 55 стр.
7. Руководство по рациональному использованию лекарственных средств /под ред. А.Г. Чугалина, Ю.Б. Белоусова, Р.У. Хабриева, Л.Е. Зиганшиной. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007-768с.
- 8.Мовшович Б.Л. Амбулаторная медицина: Практ. рук-во для врачей первичного звена здравоохранения. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 1064с.
9. www.polismed.ru/infartus_cardio-post005.html
10. www.help-help.ru/reabil/9/
11. ru.wikipedia.org
12. www.lor.inventech.ru
13. www.goikom.ru
14. <http://mtdgazeta.rusmedserv.com>
15. www.feldsher.ru
16. <http://revolution.albest.ru>
17. sokrnarmira.ru
18. <http://www.tiensmed.ru/news/bronhit-11.html>
19. fito.shikweb.ru
20. doctorpiter.ru
21. medicalj.ru

План лекции
Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».

№	Название этапа	Описание	Цель	Время
1.	Организационный этап	1. Проверка присутствующих, их внешний вид	Мобилизация внимания, подготовка студентов к работе	1 мин.
2.	Вводное слово	1.Сообщение темы, целей, плана лекции. Раскрыть важность и актуальность темы	Активизировать мыслительную деятельность студентов на тему данной лекции	1 мин.
		2. «Урджуза» - поэма о медицине. Абу Али ибн Сина – Авиценна. (Приложение №1)	Создать творческую атмосферу на занятии	1 мин
3.	Контроль остаточного уровня знаний	1. Фронтальный опрос (приложение 2, 2а)	Контроль остаточного уровня знаний, коррекция ответов	2 мин.
		2.Работа малыми группами: решение анаграмм (приложение 3, 4, 5, 3а, 4а, 5а)	Формирование личности способной решать поставленные задания в условиях информационных технологий.	5 мин
4	Изучение нового материала	Изложение преподавателем следующих вопросов: 1. А) Острый бронхит: - определение,	Дать основные понятия, ознакомить с перечисленными вопросами	30 с.
		2.Самостоятельная работа студентов малыми группами. Метод: «Автобусная остановка» (приложение № 6).	Развивать коммуникативную компетентность, готовность к приобретению новых знаний. Контролировать умение находить в информационном материале главные элементы. Грамотно оформлять записи.	15 мин.
	Релаксационный этап	Видеосюжет «Вальс цветов»	Создать благоприятную атмосферу в образовательном пространстве.	1 мин
		Изложение преподавателем следующих вопросов: 1 Б) Острый бронхит: - принципы лечения,	Дать основные понятия, ознакомить с перечисленными вопросами	7 мин
		- возможные проблемы,		3 мин
		- принципы профилактики		2 мин
		- принципы диспансеризации		1 мин
		3. Хронический бронхит - определение,		30 с.

		- этиология		2 мин.
		- клиническая картина,		8 мин
		- дополнительные методы обследования,		6 мин
		- принципы лечения,		7 мин
		- возможные проблемы пациента		3 мин
		- принципы профилактики		2 мин
	Просмотр видеофильма	«Реабилитация хронического бронхита». Петр Попов, врач – реабилитолог, руководитель Центра «Третья медицина Доктора Попова», Москва		3 мин
		- принципы диспансеризации		2 мин
		4.Принципы сестринского ухода за пациентами с острым и хроническим бронхитом		10 мин
5.	Заключение	1.Подведение итогов	Создать мотивацию на следующую лекцию	2 мин
	Рефлексия настроения и эмоционального состояния	2. Каждой группе предлагается составить синквейн по изученной теме, согласно правилам составления. (приложение №7)	Оценить продуктивность педагогического процесса в результате состоявшегося взаимодействия.	5 мин

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».

Бронхит (лат. bronchitis, от бронх + -itis — воспаление) — воспаление бронхов.

Классификация:

«Международная классификация болезней» включает две формы бронхита:

Острый бронхит — острое диффузное воспаление слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, характеризующееся увеличением объема бронхиальной секреции с кашлем и отделением мокроты.

Хронический бронхит — диффузное прогрессирующее поражение бронхиального дерева с перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки с развитием воспалительного процесса, сопровождающегося гиперсекрецией мокроты, нарушением очистительной и защитной функции бронхов.

Острый бронхит

Воспалительное заболевание бронхов, преимущественно инфекционного происхождения, проявляющегося кашлем (сухим или с выделением мокроты) и продолжающееся не более 3 недель. (Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Выпуск 2.- К 49 М.: ГЭОТАР –Медиа, 2008. – 1376с.)

Этиология. (В.Н. Фатенков «Внутренние болезни. Часть 1 заболевания органов дыхания. - М.: Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002г.-192с.)

Основное значение в этиологии острого бронхита имеют инфекционные факторы: вирус гриппа А, В, парагрипп, аденовирусы, пневмококки, микоплазмы.

Вдыхание чрезмерного сухого, горячего воздуха, воздуха, содержащего высокие концентрации сероводорода, хлора, аммиака, других химических веществ снижает местную резистентность и способствует развитию воспалительного процесса в слизистой оболочке бронхов.

При поражении боевыми отравляющими веществами (иприт, фосген) возникает острый токсический бронхит.

При попадании в бронхи различных аллергенов (пыльца растений, домашняя пыль) развивается аллергический бронхит.

При вдыхании воздуха с органической пылью развивается пылевой бронхит.

Предрасполагающие факторы.

Переохлаждение, сырость, сквозняки, курение, алкоголь, очаговая инфекция верхних дыхательных путей (хронический тонзиллит, гайморит, синусит), нарушение носового дыхания.

Клиническая картина. (В.Н. Фатенков «Внутренние болезни. Часть 1 заболевания органов дыхания. - М.: Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002г.-192с. doctorpiter.ru)

Клиническая картина заболевания делится на три фазы:

1. разгара — нарастания клинических признаков (фаза сухого кашля),
2. интоксикационная (фаза отхождения мокроты),
3. разрешения — восстановление функции воздухопроводящих путей.

В зависимости от уровня общей сопротивляемости организма, а также от степени активности микроорганизмов, вызвавших острый бронхит, заболевание может протекать в легкой, средней и тяжелой форме.

Обычно острому бронхиту предшествуют насморк, хриплость голоса, першение в горле, саднение за грудиной. Далее наступают общее недомогание, разбитость, мышечные боли в спине, повышается температура тела.

Основным симптомом острого бронхита является кашель, который появляется в начале заболевания. В начале кашель сухой, он обусловлен раздражением слизистой оболочки трахеи и бронхов, в которой заложены чувствительные нервные окончания. Кашель громкий, при поражении гортани приобретает лающий характер. Нередко наблюдаются пароксизмы кашля, которые сопровождаются отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты. После пароксизмов кашель развивается болезненность в грудной клетке и верхней трети брюшной стенки. К концу второго дня заболевания кашель становится

влажным, начинает отделяться слизистая или слизисто-гнойная мокрота, иногда с примесью алой крови.

Второй главный симптом острого бронхита – одышка, свидетельствует о присоединении бронхиальной обструкции и распространении воспалительного процесса на бронхи среднего и мелкого калибра.

Объективные данные: состояние удовлетворительное, среднее, тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз слизистых оболочек, гиперемия слизистой зева и глотки.

Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания, подвижность несколько ограничена.

При пальпации болезненность грудной клетки отсутствует, голосовое дрожание в норме.

При перкуссии над легкими определяется легочный тон. При развитии обструктивного бронхита перкуторный тон может иметь коробочный оттенок.

При аускультации – жесткое везикулярное дыхание и первые двое суток рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. С третьего дня заболевания – влажные мелкопузырчатые хрипы

Бронхофония не изменена или несколько ослаблена.

Со стороны других органов и систем существенных нарушений не выявляется. Возможны раздражительность, плохой сон, тахикардия до 100 ударов в минуту.

Дополнительные методы обследования. (Руководство по первичной медико-санитарной помощи. –М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 1587.)

1. Лабораторные:

- Общий анализ крови (лейкоцитоз $9 - 12 \cdot 10^9$ в 1л, повышение СОЭ до 30-35 мм.в ч.)
- Общий анализ мокроты
- Анализ мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам
- Анализ мокроты на атипичные клетки

2. Инструментальные:

- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (изменения в легких отсутствуют).
- компьютерная томография позволяет исследовать анатомические характеристики поражения бронхов, установить протяженность этих поражений в проксимальной или дистальной части бронха
- исследование функции внешнего дыхания (жизненная емкость легких и максимальная вентиляция снижается на 15-20 %).
- пневмотахометрия (при развитии обструкции мелких бронхов может быть нарушение бронхиальной проходимости)
- исследование с физической нагрузкой (шаговая проба).

В начальных стадиях заболевания нарушения диффузионной способности и газового состава крови в покое могут отсутствовать и проявляться только при физической нагрузке (шаговая проба). Для объективизации и документирования степени снижения толерантности к нагрузке рекомендуется проведение пробы с физической нагрузкой. При проведении шаговой пробы перед больным ставится задача пройти как можно большую дистанцию за 6 мин, после чего регистрируется пройденное расстояние.

Принципы лечения.

(Руководство по первичной медико-санитарной помощи. –М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 1587. slovart.yandex.ru) Регистр лекарственных средств России)

Цели лечения:

- Облегчение тяжести и снижение продолжительности кашля
- Восстановление трудоспособности.

При тяжелом течении бронхита с интоксикацией, сопутствующей легочной и сердечно-сосудистой патологией, при угрозе развития острой пневмонии целесообразна госпитализация.

1. Лечение амбулаторное
2. Поддержание адекватной гидратации (обильное питье)

- горячий чай с медом,
- подогретые щелочные минеральные воды — боржоми, волжанка, славяновская, смирновская)

- потогонные и грудные сборы (плоды малины, душицы обыкновенной, липовый цвет)

3. Паровые ингаляции.

4. При развитии острого бронхита на фоне вирусной инфекции первые двое суток:

А) противовирусные препараты

- ремантадин 50мг

- оксолиновая мазь 0,25% вводится в носовые ходы 2 раза в день с помощью ватных тампонов

- лейкоцитарный интерферон по 3-5 капель в носовой ход. Ампуну встряхивают, вскрывают, вводят в нее воду до отметки 2 мл.

5. При поражении носоглотки и гортани применяют:

А) аэрозольные препараты:

- камфотен (Camphomen) аэрозольный баллон с дозиметром по 30г.

- каметон (Cameton) в аэрозольной упаковке 30 мл

- ингалипт (Ingalyptum) в аэрозольной упаковке 30 мл.

} 3 – 4 раза в день

Б) сульфаниламиды:

- сульфамометоксин (Sulfamonomethoxinum) 0,5

- сульфален (Sulfalenum) 0,2

- бисептол (Biseptol) 480

Лечение сульфаниламидами проводят в течение 7 дней.

В) антибиотикотерапия

- антибиотики группы пенициллина:

- феноксиметилпенициллин 250000 ЕД в/м

- ампициллин 500 000 ЕД в/м

- флемоксин 500мг.

- Цефалоспорины

- цефтриаксон (Ceftriaxon) 1г.

- цефазолин (Cefazolin) 0, 5г; 1,0г.

При лечении антибиотиками целесообразно назначение аскорбиновой кислоты 1,0г. в сутки

Г) муколитики:

- корень алтея (Radix Althaeae) по 1 столовой ложке каждые 2 часа

- ацетилцистеин (Acetylcystein) 20% раствор для ингаляций в ампулах по 5 или 10 мл, в таблетках 0,1г.

- бромгексин (Bromhexin) 16мг

- флегамин (Flegamin) 120мл. по 1 мерной ложке 3 раза в день

- геломиртол форте (Gelomyrtol forte) 300мг.

- амброксол (Ambroxol) 30 мг.

- карбоцистеин (Carbocysteine) 0,375г.

Д) адrenomиметики:

- астмопент (Astmopent)

- сальбутамол (Salbutamol)

- вентолин (Ventolin)

} дозированные аэрозоли
для ингаляций 1-2 вдоха 2-3 раза в день

Е) холинолитики:

- итроп (Itrop)

- вентилат (Ventilat)

- атровент (Atrovent)

} дозированные аэрозоли
для ингаляций 1-2 вдоха 2-3 раза в день

Ж) ингибиторы фосфодиэстеразы

- аминофиллин (Aminophyllin) 350мг, (таблетки)

- эуфиллин (Euphyllinum) 2,4% - 10 мл в/в

З) антигистамины

- диазолин (Diazolinum) 0,1
- фенкарол (Phencarolum) 0,025

6. Физиотерапия:

- Электрофорез
- Индуктотермия
- Воздействие ультравысокочастотным электромагнитным полем
- Светолечение
- Ингаляционная терапия
- Теплолечебные процедуры
- Массаж

Настоящие проблемы пациента

- общее недомогание
- разбитость
- охриплость голоса
- першение в горле
- саднение за грудиной
- насморк
- мышечные боли в спине
- повышается температура тела
- снижение работоспособности
- потливость
- нарушение сна
- вначале заболевания кашель сухой, затем влажный, начинает отделяться слизистая или слизисто-гнойная мокрота
- болезненность в грудной клетки и верхней трети брюшной стенки
- одышка

Потенциальные проблемы пациента:

- бронхопневмония
- хронический бронхит
- острая дыхательная недостаточность

Профилактика острого бронхита .(Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Выпуск 2.- К 49 М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 1376с., <http://www.tiensmed.ru/news/bronhit-11.html>)

1. Общегосударственные мероприятия по оздоровлению факторов внешней среды:

- улучшение экологии,
- соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил на рабочих местах,
- борьба с курением,
- борьба с алкоголем,

2. Индивидуальная профилактика:

- соблюдать правила личной гигиены (частое мытье рук, минимизация контактов рук с глазами и носом)
- соблюдение здорового образа жизни,
- рациональное питание,
- занятия физической культурой и спортом,
- различные формы закаливания (после перенесенного острого бронхита рекомендуется осторожное закаливание – водные и солнечные ванны, водные процедуры, ходьба босиком), которое лучше начинать в летний сезон)
- предупреждение переохлаждений, перегреваний, быстрой смены контрастных температур.

Большое значение имеет борьба с отрицательными эмоциями, которые действуя на психологическом уровне, истощают иммунную систему человека, способствуя возникновению заболеваний.

3. Ежегодная противогриппозная профилактика снижает частоту возникновения острого бронхита.

4. Лекарственная профилактика противовирусными средствами в период эпидемии гриппа.

Хронический бронхит.

Хронический бронхит - это диффузное воспалительное поражение бронхиального дерева, обусловленное длительным раздражением воздухоносных путей и характеризующееся перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки, воспалением и склерозированием более глубоких слоев бронхиальной стенки. В основе клинических проявлений хронического бронхита лежат гиперсекреция слизи и нарушение очистительной функции бронхов, приводящие к кашлю с мокротой и одышке при поражении мелких и мельчайших бронхов. (В.Н. Фатенков «Внутренние болезни. Часть 1 заболевания органов дыхания. - М.: Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002г.-192с.)

Этиология. (В.Н. Фатенков «Внутренние болезни. Часть 1 заболевания органов дыхания. - М.: Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002г.-192с.)

Возникновение хронического бронхита в большинстве случаев связано с длительным раздражением воздухоносных путей различными токсическими веществами, которые называют поллютантами. На первом месте стоит табачный дым. Хронический бронхит может быть вызван промышленными поллютантами: окислами серы, продуктами не полного сгорания каменного угля, нефти, газа, выхлопными газами автомобилей.

Большую роль в развитии и в обострении хронического бронхита играет инфекция: вирусная инфекция (риновирусы, вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальные вирусы), пневмококки, гемофильная палочка, микоплазменная инфекция.

Предрасполагающие факторы: патология носоглотки, нарушения дыхания через нос, повторные острые бронхиты и бронхопневмонии, простудные факторы.

Классификация.

А) по характеру воспалительного процесса подразделяется на:

- простой
- слизисто-гнойный,

Б)по функциональным особенностям на:

- обструктивный
- необструктивный,
- с закупоркой дыхательных путей и эмфиземой,

В) по фазе заболевания

- обострение
- ремиссия.

Клиническая картина. (В.Н. Фатенков «Внутренние болезни. Часть 1 заболевания органов дыхания. - М.: Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002г.-192с. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. –М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 1587)

Ведущим симптомом *хронического необструктивного бронхита* является кашель с мокротой. Возможен сухой кашель, но чаще кашель сопровождается отделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Кашель периодический и возникает по утрам, при смене внешней температуры, при контакте с поллютантами. Кашель громкий, мокрота отделяется легко в связи со снижением ее вязкости. На начальных стадиях заболевания мокрота отходит отдельными плевками, в последующем количество мокроты увеличивается до 50-70 мл. Относительно редко наблюдается кровохарканье. У некоторых больных возможны пароксизмы кашля, приводящие к дыхательному синкопу с цианозом и ишемией мозга. Чаще такое состояние развивается у пожилых больных.

Появление одышки у больных хроническим бронхитом свидетельствует о присоединении бронхиальной обструкции и возможном развитии трахеобронхиальной дискинезии (экспираторный коллапс).

В фазу обострения хронический необструктивный бронхит может иметь катаральное или гнойное воспаление в бронхиальном дереве с соответствующей клинической картиной. При

катаральном бронхите у больных повышается температура до субфебрильных цифр, усиливается отделение слизисто-гнойной мокроты. При гнойном бронхите более выражены признаки интоксикации, отделяется гнойная мокрота, температура повышается до умеренных цифр.

Объективно:

При осмотре состояние больных удовлетворительное, кожные покровы бледные, влажные. Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхании.

При пальпации грудная клетка безболезненная, голосовое дрожание не изменено.

При перкуссии определяется легочный тон, переходящий в коробочный в случае присоединения при длительном течении хронического бронхита эмфиземы легких.

При аускультации выслушивается жесткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие жужжащие хрипы, у некоторых больных - влажные мелкопузырчатые хрипы.

Вентиляционная способность легких при необструктивном хроническом бронхите как в стадию ремиссии, так и в стадию обострения остается нормальной. Лишь у некоторых больных при обострении бронхита возможен бронхоспазм, приводящий к умеренным обструктивным нарушениям, т.е. у абсолютного большинства больных имеется функциональная стабильность дыхательной функции легких.

Обструктивный хронический бронхит характеризуется одышкой, кашлем и мокротой. Одышка является ведущим симптомом, который выявляется не только в период обострения, но и в период ремиссии. Кашель постоянный с трудно отделяемой мокротой.

Объективно:

При перкуссии над легкими коробочный тон.

При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы, изредка единичные мелкопузырчатые хрипы.

В период ремиссии вентиляционная функция легких остается сниженной.

В период обострения происходит ухудшение состояния больных. Воспаление в бронхах может быть катаральным и гнойным. Усиливается кашель, увеличивается отделение мокроты. Нарастающие явления обструкции вызывают усиление одышки, у некоторых больных развивается тяжелая дыхательная недостаточность. Хронический обструктивный бронхит часто сопровождается бронхоспазмом, который обусловлен главным образом гиперреактивностью бронхиального дерева, связанной с аллергическими реакциями на сенсибилизацию продуктами воспалительного процесса и инфекционными агентами. Гиперреактивность бронхов может также развиваться под влиянием неспецифических факторов воспаления и поллютантов. Следует учитывать наследственную предрасположенность к аллергии больных, в анамнезе которых имеются указания на вазомоторный ринит, крапивницу.

Дополнительные методы обследования:

(Руководство по первичной медико-санитарной помощи. –М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 1587. . www.lor.inventech.ru)

1.Лабораторные методы исследования:

- общий анализ крови: в период ремиссии показатели нормальные, в период обострения возможны умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 20-25 мм/час, сдвиг формулы влево, возможна эозинофилия.

- биохимический анализ крови информативными являются протеинограмма, фибриноген, сиаловые кислоты, серомукоид, С-реактивный белок. При отсутствии повышения α -глобулинов при электрофорезе белков сыворотки крови может быть обнаружен дефицит α_1 -антитрипсина.

- общий анализ мокроты помогает диагностировать характер и степень активности воспаления в бронхах. Характер мокроты может быть слизистый, при обострении гнойный и слизисто-гнойный. В мокроте выявляются нейтрофильные лейкоциты, клетки бронхиального эпителия, единичные макрофаги.

- Анализ мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам

- Анализ мокроты на атипичные клетки

2. Инструментальные методы исследования:

- бронхоскопическое исследование: гиперемия слизистой, утолщение слизистой, скопление слизистого секрета (признаки катарального эндобронхита). Наиболее характерным бронхоскопическим синдромом является экспираторный коллапс (дискинезия) трахеи и крупных бронхов, сущность которого заключается в сужении просвета бронхов иногда до полного смыкания их стенок при форсированном дыхании и кашле.

- рентгенологическое исследование при неосложненном хроническом бронхите изменения в легких отсутствуют, при обструктивном бронхите возможно выявление утолщения стенок бронхов, деформации легочного рисунка, эмфиземы легких, расширение прикорневых артерий, расширение диаметра периферических сосудов. Но эти признаки чаще обнаруживаются при формировании легочного сердца.

- пневмотахометрия и спирография - определяют функциональное состояние системы дыхания. На ранних стадиях хронического бронхита обычно нормальное. По мере нарастания обструктивных явлений в бронхиальном дереве уменьшается объем форсированного выдоха за 1 минуту (ОФВ), и снижается максимальная вентиляция легких. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) длительно остается без изменений. Общая емкость, функциональная остаточная емкость и остаточный объем легких могут быть повышены.

- пикфлоуметрия дает возможность изучить обратимость бронхиальной обструкции, оценить тяжесть течения заболевания, гиперреактивность бронхов и эффективность проводимой терапии. Снижение ОФВ] менее 80% от должного, соотношение ОФВ/ЖЕЛ менее 70% от должного и незначительные колебания пиковой скорости выдоха (ПИК) при мониторинговании с помощью пикфлоуметра достоверно указывают на наличие хронического обструктивного бронхита.

Течение

Течение бронхита длительное, прогноз относительно благоприятный в случае устранения факторов, способствующих развитию и обострению хронического бронхита.

Принципы лечения:

(В.Н. Фатенков «Внутренние болезни. Часть 2. Заболевания сердечно-сосудистой системы»- М.: Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002г., с.253, Мовшович Б.Л. Амбулаторная медицина: Практ. рук-во для врачей первичного звена здравоохранения. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010; webapteka.ru

Лечебные мероприятия направлены на устранения воспалительного процесса и респираторной инфекции, гипосенсибилизацию, коррекцию вторичных иммунодефицитных состояний, и снижение неспецифической резистентности организма, улучшение бронхиальной проходимости, коррекцию гипоксии.

1. Лечение строго индивидуальное, комплексное с учетом особенностей течения заболевания и наличия осложнений.

2. Стационарное или амбулаторное.

3. Режим общий

В период ремиссии больные обычно в лечении не нуждаются. В фазу обострения заболевания необходимо назначение антибиотиков, сульфаниламидов и других антибактериальных препаратов.

4 Антибиотикотерапия

А) антибиотики группы пенициллина

- амоксициллин (Amoxicillin) 1,0г,

- ампициллин (Ampicillin) 1,0г в

- оксациллин – натриевая соль (Oxacillinum-natrium) 1,0 г

Б) цефалоспорины

- цефаклор (Cefaclor) 750 мг,

- цефуросима (Cefuroxime) 500 мг,

- цефтриаксон (Ceftriaxone) 1,0

В) макролиды

- рокситромицин (Roxithromycin) 300 мг,

- сумамед (Sumamed) 250 мг.

- макропен (Macropen) 400 мг.

Антибиотики назначаются с аскорбиновой кислотой до 1 г утром.

5. Сульфаниламидные препаратами:

- этазол (Aethazolum) 0,5г.
- сульфapiридазин (Sulfapyridazinum) 0,5г.
- сульфaмонoметoксин (Sulfamonomethoxinum) 0,5г.
- сульфaдиметoксин (Sulfadimethoxine) 0,5г.
- сульфaтoн (Sulfatonum) 0,035г.

6. Нитрофураны

- фуpaдонин (Furadoninum) 0,1г.,
- фуpaзoлидон (Furazolidonum 0,05г.,
- фуpaгин (Furaginum) 0,05г.

7. Производные хиноксалина

- хиноксидин (Chinoxidinum) 0,25г.
- диоксидин (Dioxydinum) 1% в ингаляциях.

Для разжижения вязкого секрета и очищения бронхов применяют настой термопсиса, корня алтея, подорожника большого, мукалтин, 3% раствор натрия или калия йодида 6-8-10 раз в день в сочетании с обильным горячим питьем и приемом щелочных минеральных вод.

8. Муколитические препараты:

- корень алтея (Radix Althaeae) по 1 столовой ложке каждые 2 часа
- ацетилцистеин (Acetylcystein) 20% раствор для ингаляций в ампулах по 5 или 10 мл, в таблетках 0,1г.
- бромгексин (Bromhexin) 16мг
- флегамин (Flegamin) 120мл. по 1 мерной ложке 3 раза в день
- геломиртол форте (Gelomyrtol forte) 300мг.
- амброксол (Ambroxol) 30 мг.
- карбоцистеин (Carbocysteine) 0,375г.

Лечение больных хроническим обструктивным бронхитом должно быть более интенсивным. Это обусловлено, во-первых, развитием бронхоспазма, во-вторых, наличием гнойного воспаления у большинства таких больных.

В комплекс назначений следует включить:

10. Стимуляторы В - адренорецепторов

- солутан (Solutan) 50мл., во флаконах, для ингаляций.
- изадрин (Isadrinum) 1% - 100 мл. для ингаляций,
- сальметерол (Salmeterol) – дозированный аэрозоль для ингаляций

11. Адреномиметики

- вентолин (Ventolin) – дозированный аэрозоль,
- астмопент (Astmopent) – дозированный аэрозоль,

11. Блокаторы М -холинорецепторов

- ипратропиум бромид (Ipratropium bromid) - дозированный аэрозоль для ингаляций,
- беродуал (Derodual) - дозированный аэрозоль для ингаляций

12. Миолитики:

- аминофиллин (Aminophyllin) 10 мл. в/в,
- эуфиллин (Euphyllin) 10% - 10мл. в/в,

13. Нестероидные противовоспалительные препараты:

- ацетилсалициловая кислота,
- ибупрофен (Ibuprofen) 200 мг,
- индометацин (Indometacin) 0,025г.

14. Антигистаминные препараты:

- задитен (Zaditen) 2 мг,
- тавегил (Tavegil) 0,001г.,
- фенкарол (Phencarol) 0,01г.

При выраженных явлениях бронхоспазма целесообразно назначение интала.

Если такая терапия не дает эффекта и бронхоспазм не снимается, необходимо назначение

15. Глюкокортикоиды.

- бекотида (бекломета) аэрозоль (2 дозы 3-4 р. в день) с последующим переходом при отсутствии эффекта на преднизолон.

Противовоспалительными и бронходилатирующими свойствами обладает препарат эреспал (фенспирид гидрохлорид). Выпускается в таблетках по 80 мг. Назначают по 1 таблетке 2-3 раза в сутки до еды.

При отсутствии эффекта от медикаментозной терапии назначают эндобронхиальную санацию. Бронхоскопия или фибробронхоскопия является одновременно и диагностической и лечебной процедурой особенно для больных с хроническим гнойным бронхитом.

16. Физиотерапия хронического бронхита.

Физиотерапию хронического бронхита следует начинать с применения электрических полей УВЧ слаботепловой дозировки, индуктотермию.

В фазе ремиссии хронического бронхита проводят курсы противорецидивного лечения 2-3 раза в год. Пациентам у которых отсутствуют выраженные признаки воспаления, но продолжают кашлять и выделять мокроту более 40 мл. в сутки, назначают эндотрахеальное вливание антибиотиков и протеолитических ферментов вместе с бронхолитическими средствами и последующую аэрозольную терапию.

Основу противорецидивного лечения пациентов, выделяющих менее 40-50 мл. мокроты в сутки, составляют аэрозольная терапия, витамины, лечебная физкультура, физиопроцедуры (электрофорез, массаж грудной клетки, вибромассаж)

Настоящие проблемы пациента:

- кашель с мокротой
- одышка
- повышение температуры тела
- головная боль
- общая слабость
- боль в грудной клетки
- снижение работоспособности
- потливость

Потенциальные проблемы пациента:

- эмфизема легких,
- легочная гипертензия,
- легочное сердце
- острая пневмония,
- легочно-сердечная недостаточность,

Профилактика хронического бронхита. (fito.shikweb.ru)

1) Приём иммуноукрепляющих препаратов в сезон возможного обострения (осень-зима). (бронхомунал, рибомунил, ИРС-19). Схемы и дозировки определяются врачом. К вариантам неспецифической иммунокоррекции можно отнести также регулярный приём поливитаминных комплексов.

2) Вакцинация пациентов.

Учитывая высокую распространенность пневмококковой инфекции и её огромный вклад в возникновение хронического бронхита рекомендуют пациентам из группы риска прививаться вакциной ПНЕВО-23, обеспечивающей иммунную защиту именно от данного вида возбудителя. Эффекта от вакцинации хватает на 5 лет.

Также принимая во внимание тот факт, что именно вирусные инфекции чаще всего являются пусковым фактором развития бронхита, рекомендуется ежегодная вакцинация людей, относящихся к группе от вируса гриппа.

Группы риска:

- люди старше 50 лет,
- пациенты, страдающие хроническими заболеваниями внутренних органов (сердца, легких, почек и т.д.).
- женщины, планирующие беременность,

- лица, профессиональная деятельность которых связана с общением с людьми (медицинские работники, учителя, продавцы)

-лица, длительно получающим противосвёртывающие препараты (ацетилсалициловую кислоту, варфарин).

3. Исключения контактов с токсическими веществами, раздражающими воздухоносные пути.

4. Отказ от курения.

5. Санация очагов инфекции в носоглотке и провести оперативное лечение искривлений носовой перегородки, нарушающих дыхание через нос.

6. Применение физических упражнений

7. Закаливание организма

8. Проведение постурального дренажа 2 раза в день по 25-30 минут

9. Проведение дыхательной гимнастики.

10. Противорецидивное медикаментозное лечение наиболее целесообразно проводить в сырое и холодное время года (ноябрь-декабрь, конец февраля - начало апреля) сульфаниламидами пролонгированного действия (бактрим, септрим) и антибиотиками широкого спектра действия (тетрациклин, оксациллин). Но при отсутствии выраженного кашля и отделения гнойной мокроты антибактериальная терапия не проводится. В таких случаях можно ограничиться назначением витаминов, аэрозольтерапии с фитонцидами, отхаркивающими препаратами и бронхолитиками, физиотерапии (вибромассаж грудной клетки, электрофорез аскорбиновой кислоты, кальция).

При обильном выделении мокроты проводят эндобронхиальные инсталляции муколитиков и протеолитических ферментов, при наличии бронхоспазма - бронхолитических средств. Больные с хроническим бронхитом относятся к диспансерной группе № 2.

Реабилитация. (www.help-help.ru/reabil/9/)

Восстановительное лечение больных хроническим бронхитом проводится в первую очередь на климатических курортах Крыма. Но возможно лечение и в местных санаториях в Среднем Поволжье, на Урале, в Прибалтике, на Алтае. Наиболее эффективна ранняя реабилитация, позволяющая длительно сохранять профессиональную работоспособность больных, особенно с функционально нестабильным бронхитом. При нарастающей дыхательной и легочно-сердечной недостаточности реабилитационные мероприятия малоэффективны. Тем не менее, медикаментозная терапия в сочетании с физиотерапией, лечебной физкультурой стабилизирует состояние больных с осложненными формами хронического бронхита.

Диспансеризация. (<http://www.tiensmed.ru/news/bronhit-11.html>)

При хроническом необструктивном бронхите пациенты наблюдаются у терапевта 2 раза в год, лор, стоматолог 1 раз в год, пульмонолог по показаниям. Общий анализ крови, общий анализ мокроты, мокрота на ВК, спирография – 2 раза в год, флюорография – 1 раз в год. Бронхоскопия, бронхография по показаниям. Соблюдение основных лечебно-оздоровительных мероприятий: противорецидивная терапия 2 раза в год, аэрозольная, витаминотерапия, общеукрепляющая, симптоматическая терапия, физио- и фитотерапия, ЛФК, массаж, закаливание, занятия спортом, санация очагов инфекции, санаторно-курортное лечение, отказ от курения, алкоголя. Профориентация и трудоустройство.

При хроническом обструктивном бронхите пациенты наблюдаются у терапевта 3-6 раз в год, лор, стоматолог 1 раз в год, пульмонолог по показаниям. Общий анализ крови, общий анализ мокроты, мокрота на ВК, – 3 раза в год, спирография – 2 раза в год, флюорография – 1 раз в год. ЭКГ. Бронхоскопия, бронхография по показаниям. Соблюдение основных лечебно-оздоровительных мероприятий: противорецидивная терапия 2 раза в год, аэрозольная, витаминотерапия, общеукрепляющая, сульфаниламиды, аэрофитотерапия, противовоспалительное лечение, симптоматическая терапия, физио- и фитотерапия, ЛФК, массаж, закаливание, занятия спортом, санация очагов инфекции, санаторно-курортное лечение, отказ от курения, алкоголя. Профориентация и трудоустройство.

Сестринский уход за пациентами с острым и хроническим бронхитом.

(Руководство по первичной медико-санитарной помощи. –М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 1587.

1. Обеспечить соблюдение пациентом предписанного врачом двигательного режима.
2. Контроль за режимом питания.
3. При повышении температуры обеспечить уход за лихорадящим больным.
4. Обеспечить больного индивидуальной плевательницей.
5. Обучить больного дренажному положению (обеспечить пациенту позиционный дренаж по 20 минут в день).
6. Объяснить пациенту правила приема лекарственных средств.
7. Осуществить контроль за пульсом, ЧСС, АД.
8. Контроль за характером и количеством отделяемой мокроты.
9. Своевременная смена нательного и постельного белья.
10. Подготовка пациента к дополнительным методам обследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, определение функции внешнего дыхания, флюорография, рентгенологическое исследование грудной клетки, бронхоскопия).
11. Обучить пациента дыхательной гимнастике, контролировать её выполнение.
12. Проведение массажа грудной клетки.
13. Проведение простейших физиопроцедур по назначению врача (горчичники, перцовый пластырь, паровые ингаляции).
14. Обучить пациента дисциплине кашля.
15. Обеспечить прием обильного щелочного питья.
16. Выполнять назначения врача.
17. Провести беседы с пациентом:
 - по предупреждению осложнений,
 - о значении переохлаждений организма,
 - о вреде вредных привычек,
 - о значении дыхательных и общеукрепляющих упражнений в укреплении здоровья пациента.

Патогенез хронического бронхита.

В патогенезе хронического бронхита ведущее значение имеет нарушение очистительной и защитной функции слизистой бронхов. У больных хроническим бронхитом развивается гиперфункция секреторных элементов, что сопровождается значительным увеличением количества слизи (гиперкриния), меняется и характер слизи: изменяется ее состав и вязкость (дискриния).

Нарушение очистительной функции обусловлено двумя факторами: гиперсекрецией слизи и изменениями деятельности респираторного эпителия. Замедляется транспорт слизи. В результате затрудняется очищение бронхов от вдыхаемых инородных частиц. Гиперпродукция слизи в сочетании с нарушениями мукоцилиарного транспорта приводит к мукоцилиарной недостаточности, что в свою очередь благоприятствует фиксации микроорганизмов на слизистой оболочке и развитию инфекции.

Большую роль в развитии хронического бронхита играет снижение функциональной активности альвеолярных макрофагов под влиянием курения, токсических веществ, вирусной инфекции. Альвеолярные макрофаги теряют способность фагоцитировать поступающие с вдыхаемым воздухом поллютанты и микроорганизмы, что способствует дополнительному повреждению эпителия бронхов.

Защитная функция бронхов значительно снижается при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, при которых нарушается согревание, увлажнение и очищение вдыхаемого воздуха. Вместе с тем инфекция при тонзиллитах, гайморитах, ринитах может вызывать воспаление нисходящим путем в трахею и бронхи.

Ведущим механизмом патогенеза длительно существующего хронического бронхита становится состояние обструкции дыхательных путей.

Выделяют два типа обструктивных нарушений: бронхитический и эмфизематозный.

Бронхитический тип обусловлен утолщением слизистой и подслизистой оболочек за счет отека, воспалительной инфильтрации и гиперплазии, закупорки бронхов мокротой, спазмом мелких бронхов и бронхиол, склерозированием стенок бронхов.

Эмфизематозный тип проявляется спадением мелких бронхов на выдохе в результате утраты эластической поддержки измененной легочной ткани.

Распространенная обструкция воздушных путей приводит к уменьшению объемной скорости движения воздуха по бронхам и к увеличению функциональной и остаточной емкости легких. При обструкции бронхов развивается неравномерность вентиляции отдельных участков легких, что приводит к движению воздуха по коллатералям между гипер- и гиповентилируемыми зонами. В результате нарушается газообмен, развивается альвеолярная гипоксия, в ответ на которую возникает спазм артериол, повышается артериальное сопротивление и снижается кровоток в гиповентилируемых участках (рефлекс Эйлера-Лилиестранда). Присоединяющаяся эмфизема способствует дополнительному сужению просвета бронхов и ухудшает вентиляцию легких и газообмен.

Хроническая гипоксия приводит к метаболическому ацидозу, стимулирует эритропоэз, повышает вязкость крови, вызывает диффузный спазм мелких артерий и артериол и увеличивает легочно-артериальное сопротивление. Следствием всех указанных нарушений является гипертония малого круга кровообращения, приводящая к образованию легочного сердца.

Патогенез острого бронхита.

Воспаление при остром бронхите начинается с носоглотки с последующим распространением на гортань, трахею, бронхиолы. Вирус внедряется в клетки эпителия дыхательных путей, вызывая их гибель и слущивание, одновременно повреждает ганглии симпатической нервной системы, угнетает фагоцитоз и снижает иммунологическую резистентность. В результате активизируется бактериальная флора, что способствует развитию воспалительного процесса в слизистой оболочке бронхов.

«Урджуза» - поэма о медицине.

(Абу Али ибн Сина – Авиценна.)

Во имя милосердного творца,
Создателя начала и конца,
Предвечного, единого, живого.
Всебытия, пространства мирового,
Что озаряет дивным светом разум,
Сокрытое дает увидеть глазом.
Вершился быстротечной жизни бег,
Обрел и мысль и чувства человек.
Ему из тайн в туманном мирозданье
Сквозь ощущения открывалось знание.
Огонь священный в сердце не потух,
Пылает разум, обновляя дух.
Как человек в своем строенье чуден:
Без счета черт живым присуще людям.
У каждого – свое дыханье, чувство,
И в том творца премудрое искусство.
Тот в жизни наивысшего достиг,
Кто был душой воистину велик.
От зверя человек своим обличем,
Уменьем рук и языком отличен.
Те из людей восславлены в народе,
Что благородны по своей природе.
Всегда ступая праведным путем,
Себя находят утешенье в том.
Поэты словом управляют смело,
Врачи – те правят, исцеляя тело.
Волнует души первых красноречье,
И преданность вторых болезни лечит.
Так пусть же удостоится вниманья
Поэма о науке врачеванья.
Теперь в стихах я изложу для вас,
Что изучил и применял не раз.

Фронтальный опрос.

Перечень вопросов.

1. Перечислите органы, которые составляют дыхательные пути.
2. Что относится к органам дыхания?
3. Что такое дыхание?
4. Перечислите функции дыхательных путей.
5. Назовите функцию органов дыхания.

Фронтального опроса.

Эталоны ответов.

1. К дыхательным путям относятся органы:
 - носовая полость,
 - ротовая полость,
 - носоглотка,
 - гортань,
 - трахея,
 - бронхи.
2. К органам дыхания относятся - легкие.
3. Дыхание – обмен газов между клетками и окружающей средой.
4. Дыхательные пути выполняют следующие функции:
 - достижение воздухом оптимальной температуры,
 - увлажнение,
 - очищение,
 - защитная функция,
 - звукообразование,
 - восприятие запаха.
5. Органы дыхания выполняют функцию газообмена.

Перечень вопросов и ответов для фронтального опроса.

1. Перечислите органы, которые составляют дыхательные пути.

К дыхательным путям относятся следующие органы:

- носовая полость,
- ротовая полость,
- носоглотка,
- гортань,
- трахея,
- бронхи.

2. Что относится к органам дыхания?

К органам дыхания относятся - легкие

3. Что такое дыхание?

Дыхание – обмен газов между клетками и окружающей средой

4. Перечислите функции дыхательных путей.

Дыхательные пути выполняют функции:

- согревающую, (достижение воздухом оптимальной температуры)
- увлажняющую
- очищающую,
- защитную
- звукообразование,
- восприятие запаха

5. Назовите функцию органов дыхания.

Органы дыхания выполняют функцию газообмена

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».***Анаграмма № 1.*****Задание:**

1. Составьте из представленных букв слово.
2. Дайте определение составленному слову.

Например:

Мимптос	Симптом	Клинический признак, сопровождающий болезнь; статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от нормальных значений.
---------	---------	--

Лобьезн		
Пипальяца		
Фпикялоуметир		

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».**Анаграмма № 2.**Задание:

1. Составьте из представленных букв слово.
2. Дайте определение составленному слову.

Например:

Мимптос	Симптом	Клинический признак, сопровождающий болезнь; статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от нормальных значений.
---------	---------	--

Мананез		
Пескурсия		
Роспияграфи		

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».**Анаграмма № 3.**Задание:

1. Составьте из представленных букв слово.
2. Дайте определение составленному слову.

Например:

Мимптос	Симптом	клинический признак, сопровождающий болезнь; статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от нормальных значений.
---------	---------	--

Кульаустация		
Пиясигенотеокра		
Прокафиланти		

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».**Эталон ответа к анаграмме № 1.**Задание:

1. Составьте из представленных букв слово.
2. Дайте определение составленному слову.

Например:

Мимптос	Симптом	Клинический признак, сопровождающий болезнь; статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от нормальных значений.
---------	---------	--

Лобьезн	Болезнь	Патологическое состояние организма, связанное с повреждением органов и тканей патогенными факторами
Пипалььяца	Пальпация	Клинический метод исследования при помощи осязания с целью изучения физических свойств и чувствительности тканей и органов.
Фпикялоуметир	Пикфлоуметрия	Измерение пиковой скорости выдоха с помощью портативного прибора – пикфлоуметра.

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».**Эталон ответа к анаграмме № 2.**Задание:

1. Составьте из представленных букв слово.
2. Дайте определение составленному слову.

Например:

Мимптос	Симптом	Клинический признак, сопровождающий болезнь; статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от нормальных значений.
---------	---------	--

Мананез	Анамнез	Совокупность данных о больном и его болезни
Пескурсия	Перкуссия	Метод исследования внутренних органов, основанный на выстукивании по поверхности тела обследуемого, с оценкой характера возникающих при этом звуков.
Роспияграфи	Спирография	методика измерения объемов легких, позволяет выявить состояние и нарушения их функции,

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».**Эталон ответа к анаграмме № 3.**Задание:

1. Составьте из представленных букв слово.
2. Дайте определение составленному слову.

Например:

Мимптос	Симптом	клинический признак, сопровождающий болезнь; статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от нормальных значений.
---------	---------	--

Кульаустация	Аускультация	метод исследования внутренних органов, основанный на выслушивании звуковых явлений, связанных с их деятельностью
Пиясигенотеокра	Оксигенотерапия	применение кислорода с лечебной целью
Прокафилакти	Профилактика	комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья путем устранения причин и источников заболевания

Тема: «Сестринский процесс при бронхитах».

Метод «Автобусная остановка».

Цель:

- развивать коммуникативную компетентность,
- готовность к приобретению новых знаний.

Оснащение:

- ватман,
- маркеры.

Методика проведения:

Рабочие группы распределяются по остановкам. Каждая остановка имеет свое название, которое соответствует заданному вопросу.

Задача для группы – записать на ватмане основные моменты заданного вопроса.

Остановки:

1. Этиология острого бронхита.
2. Клиническая картина острого бронхита.
3. Дополнительные методы обследования острого бронхита.

В течение 3 минут в группах обсуждаются поставленные вопросы и записываются ключевые моменты. Затем группы переходят по часовой стрелки к следующей остановке. Знакомятся с имеющимися записями, при необходимости дополняют их в течение 2 минут.

Исправлять существующие записи, сделанные предыдущей группой нельзя. Затем следующий переход к другой остановке, группа работает 2 минуты.

Когда группа возвращается к своей первой остановке, она в течении 2 минут знакомится с записями и определяет участника группы, который представляет материал.

Каждая группа представляет результаты работы, преподаватель корректирует и подводит итоги.

Правила составления синквейна.

Синквейн основывается не на слоговой зависимости, а на содержательной заданности каждой строки.

Первая строка – тема синквейна, включает в себе одно слово (существительное), которое обозначает объект или предмет, о котором идёт речь.

Вторая строка – содержит 2 слова (прилагательное или причастие), они дают описание признаков и свойств выбранного в синквейне предмета или объекта.

Третья строка – образована 3 глаголами или деепричастиями, описывающие характерные действия предмета.

Четвертая строка – образована 4 словами, выражающая личное отношение автора синквейна к описываемому предмету.

Пятая строка – одно слово- резюме, характеризующая суть предмета.

Четкое соблюдение правил написания синквейна не обязательно. Для улучшения текста в четвертой строке можно использовать 3-5 слов, в пятой 2 слова.

Используемые Internet - ресурсы
ru.wikipedia.org
uchportal.ru

Словарь медицинских терминов.

Анамнез - совокупность данных о больном и его болезни

Аускультация – метод исследования внутренних органов, основанный на выслушивании звуковых явлений, связанных с их деятельностью.

Бронхоскопия – осмотр слизистой оболочки трахеи и бронхов крупного и среднего калибра.

Болезнь – патологическое состояние организма, связанное с повреждением органов и тканей патогенными факторами.

Бронхит – воспаление бронхов

Диспансеризация – активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Ингаляция – метод введения лекарственных веществ путем их вдыхания

Кашель – рефлекторный акт, являющийся защитной реакцией при скоплении слизи в бронхах, трахее и гортани.

Кровохарканье - выделение крови с мокротой во время кашля

Лечение – комплекс мероприятий, направленных на устранение патологии и восстановления здоровья.

Оксигенотерапия – применение кислорода с лечебной целью.

Одышка – изменение частоты, ритма и глубины дыхания

Пальпация - клинический метод исследования при помощи осязания с целью изучения физических свойств и чувствительности тканей и органов

Перкуссия – метод исследования внутренних органов, основанный на простукивании по поверхности тела обследуемого, с оценкой характера возникающих при этом звуков.

Профилактика вторичная – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер направленных на предупреждение обострений осложнений хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижении трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смерти.

Первичная профилактика – комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения, отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп индивидуумов.

Пикфлоуметрия - измерение пиковой скорости выдоха с помощью портативного прибора – пикфлоуметра.

Пневмотахометрия – метод измерения «пиковых» скоростей воздушного потока при форсированном вдохе и выдохе.

Пневмотахография – метод, позволяющий строить кривые поток-объем.

Спирография - методика измерения объемов легких, позволяет выявить состояние и нарушения их функции

Этиология – наука о причинах возникновения болезни.