

Содержание

Учебно-методический комплекс темы для преподавателей МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, т.ч. «Сестринская помощь детям» для специальности 34.02.01 Сестринское дело

1. Пояснительная записка	3
2. Выписка из рабочей программы	4
3. Методическая разработка теоритического занятия №1	5
3.1 Технологическая карта	6
3.2 Содержание теоритического материала	9
4. Методическая разработка теоритического занятия №2	23
4.1 Технологическая карта	24
4.2 Содержание теоритического материала	27
5. Методическая разработка практического занятия №1	42
5.1 Технологическая карта	43
5.2 Содержание теоритического материала	49
6. Приложения	89
7. Используемая литература	102

Пояснительная записка

Учебно-методический комплекс темы «Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания» по ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, в т.ч. Сестринская помощь детям, предназначена для проведения 2 теоретических занятий продолжительностью по 90 минут, и практического занятия продолжительностью 270 минут по теме: «Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания», на 3 курсе для специальности 34.02.01 Сестринское дело.

Методическая разработка способствует формированию у обучающихся знаний о понятиях ОРВИ, ангина, стенозирующий ларинготрахеит, бронхит, пневмония, бронхиальная астма, правильном уходе за детьми.

Целью разработки данного учебно-методического комплекса является обучение сестринской помощи при работе с детьми с заболеваниями органов дыхания и изучение сестринской помощи при заболеваниях органов дыхания. Методическая разработка составлена в соответствии с ФГОС СПО III поколения для обучающихся по специальности 34.02.01 Сестринское дело.

Учебно-методический комплекс включает в себя технологические карты теоретического и практического занятий, содержание учебного материала, тестовый контроль и задачи для закрепления знаний.

После изучения темы: «Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания», студент должен уметь:

1. Пользоваться терминами по теме;
2. Определять наличие признаков заболеваний органов дыхания у детей;
3. Проводить профилактику обострений;
4. Обучить родителей детей правильному уходу за детьми с заболеваниями органов дыхания;
5. Осуществлять сестринский уход за пациентами детского возраста с данными патологиями

В результате изучения данной темы студент должен знать:

- острый бронхит, причины, предрасполагающие факторы, классификация, профилактика, лечение, уход, осложнение;
- психологические особенности детского возраста.
- острая пневмония этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение, уход, осложнение.
- бронхиальная астма, причины, клиника, лечение, уход, помощь в приступном периоде.
- характеристика степеней дыхательной недостаточности, принципы оказания неотложной помощи при ларинготрахеите.

Выписка из рабочей программы
дисциплины «Сестринская помощь детям»
для специальностей 34.02.01 Сестринское дело.

Раздел 1. Сестринская помощь детям.		178									
Тема 1.19. Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания: ОРВИ, ангина, стенозирующий ларинготрахеит.	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="421 622 1281 667">Содержание</td> <td data-bbox="1281 622 1369 667">2</td> <td data-bbox="1369 622 1485 667"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="421 667 448 1010">1</td> <td data-bbox="448 667 1281 1010">Причины, факторы риска, нарушенные потребности, проблемы, ранние клинические признаки, принципы лечения и профилактики при ОРВИ, ангине. Неотложная доврачебная помощь при лихорадке, остром стенозирующем ларингите.</td> <td data-bbox="1281 667 1369 1010"></td> <td data-bbox="1369 667 1485 1010">2</td> </tr> </table>	Содержание		2		1	Причины, факторы риска, нарушенные потребности, проблемы, ранние клинические признаки, принципы лечения и профилактики при ОРВИ, ангине. Неотложная доврачебная помощь при лихорадке, остром стенозирующем ларингите.		2	2	2
Содержание		2									
1	Причины, факторы риска, нарушенные потребности, проблемы, ранние клинические признаки, принципы лечения и профилактики при ОРВИ, ангине. Неотложная доврачебная помощь при лихорадке, остром стенозирующем ларингите.		2								
Тема 1.20. Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания: бронхит, пневмония, бронхиальная астма.	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="421 1010 1281 1055">Содержание</td> <td data-bbox="1281 1010 1369 1055">2</td> <td data-bbox="1369 1010 1485 1055"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="421 1055 448 1440">1</td> <td data-bbox="448 1055 1281 1440">Причины, факторы риска, нарушенные потребности, проблемы, ранние клинические признаки, принципы лечения и профилактики при обструктивных бронхитах, пневмониях у детей. Неотложная доврачебная помощь при бронхиальной обструкции. Осмотр, оценка состояния (характер кашля, тип одышки). Составление и заполнение карт наблюдения за ребенком при заболеваниях органов дыхания.</td> <td data-bbox="1281 1055 1369 1440"></td> <td data-bbox="1369 1055 1485 1440">2</td> </tr> </table>	Содержание		2		1	Причины, факторы риска, нарушенные потребности, проблемы, ранние клинические признаки, принципы лечения и профилактики при обструктивных бронхитах, пневмониях у детей. Неотложная доврачебная помощь при бронхиальной обструкции. Осмотр, оценка состояния (характер кашля, тип одышки). Составление и заполнение карт наблюдения за ребенком при заболеваниях органов дыхания.		2	2	2
Содержание		2									
1	Причины, факторы риска, нарушенные потребности, проблемы, ранние клинические признаки, принципы лечения и профилактики при обструктивных бронхитах, пневмониях у детей. Неотложная доврачебная помощь при бронхиальной обструкции. Осмотр, оценка состояния (характер кашля, тип одышки). Составление и заполнение карт наблюдения за ребенком при заболеваниях органов дыхания.		2								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="421 1440 1281 1485">Практическое занятие</td> <td data-bbox="1281 1440 1369 1485">6</td> <td data-bbox="1369 1440 1485 1485">2</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="421 1485 1281 2000"> Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания. Выявление проблем ребенка при заболеваниях органов дыхания. Организация сестринского ухода. Работа с медицинской документацией. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования. Неотложная помощь при стенозирующем ларингите, лихорадке, обструктивном синдроме. Алгоритмы выполнения сестринских манипуляций. Решение ситуационных задач и тестовых заданий. </td> <td data-bbox="1281 1485 1369 2000"></td> <td data-bbox="1369 1485 1485 2000"></td> </tr> </table>	Практическое занятие		6	2	Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания. Выявление проблем ребенка при заболеваниях органов дыхания. Организация сестринского ухода. Работа с медицинской документацией. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования. Неотложная помощь при стенозирующем ларингите, лихорадке, обструктивном синдроме. Алгоритмы выполнения сестринских манипуляций. Решение ситуационных задач и тестовых заданий.				6	2
Практическое занятие		6	2								
Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания. Выявление проблем ребенка при заболеваниях органов дыхания. Организация сестринского ухода. Работа с медицинской документацией. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования. Неотложная помощь при стенозирующем ларингите, лихорадке, обструктивном синдроме. Алгоритмы выполнения сестринских манипуляций. Решение ситуационных задач и тестовых заданий.											

**Областное государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Саянский медицинский колледж»**

Утверждаю
зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания: ОРВИ, ангина, стенозирующий ларинготрахеит.

**Методическая разработка теоритического занятия №1 для преподавателей
по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностических и реабилитационных процессах
МДК 02.01. Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях.**

**Раздел.1. Особенности оказания сестринской помощи детям.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело**

Составитель: Шурыгина Т.В., преподаватель
ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»

Рассмотрено на заседании
ЦМК специальности Сестринское дело
Протокол № _____ от _____
Председатель ЦМК ____ Н.Г.Самсонова

Саянск
2021

Учебно-методическая карта (план) занятия №1

УД/ПМ ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, в .ч Сестринская помощь детям.

(наименование)

Гру ппа	Дата

Тема занятия Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания: ОРВИ, ангине, стенозирующем ларинготрахеите.

Время 90 минут

Вид занятия теоритическое

Тип занятия: урок усвоения новых знаний

Цель занятия

Учебная: Студент должен знать причины, факторы риска, клинические проявления, особенности ухода, лечение и профилактики за детьми при заболеваниях органов дыхания: ОРВИ, ангине, стенозирующем ларинготрахеите. Способствовать формированию у обучающихся знаний о факторах, влияющих на здоровье детей, факторах риска здоровью.

Развивающая: Развитие профессионального клинического мышления и профессиональных умений самостоятельной работы, творческих способностей личности, умение обучать пациента медицинским знаниям.

Воспитательная: Воспитание культуры общения, профессиональной выдержки, самообладания, чувства ответственности за пациента.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- анатомио-физиологические особенности грудных детей, органов дыхания, системы дыхания ребенка, слизистых оболочек, кожных покровов;
- основные симптомы при заболеваниях органов дыхания;
- методы объективного обследования, применяемые при обследовании детей;
- основные проблемы детей в период грудного, дошкольного, дошкольного возраста.
- понятие: медицинской обработки кожных покровов и слизистых оболочек у детей.
- факторы риска здоровью, профилактика простудных заболеваний.
- о роли сестринского персонала в сохранении и укреплении здоровья детского организма.
- причины, факторы риска.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 4.2. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.

Обеспечивающие –

ОП.05. Гигиена и экология человека, ОП.02. Анатомия и физиология человека, МДК.01.01. Здоровый человек и его окружение, Фармакология, Психология, Основы микробиологии и иммунологии, ПМ. 01. Проведение профилактических мероприятий (МДК 01.02 Основы профилактики)

Обеспечиваемые – ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, ПМ 01 Проведение профилактических мероприятий (МДК 01.03 Сестринская помощь в системе первичной медико-санитарной помощи) ПМ 04 Выполнение работ по профессии Младшая медицинская сестра по уходу за больными (решение проблем пациента посредством сестринского ухода.),

А. Наглядные пособия рисунки с изображением, нормативные документы

Б. Раздаточный материал таблицы, схемы.

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет 26

Д. Литература основная: О.С. Католикова, Сестринский уход в педиатрии: МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, Ростов - на – дону: Феникс, 2015г.

В.Р. Кучма, О.В. Сивочалова, Здоровый человек и его окружение: учебник ГЭОТАР - Медиа, 2015г.

И.В. Тарасова, И.Н. Назирбекова, О.Н.Стеганцева, Ф.И. Ушакова - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010г.

дополнительная: К.И. Григорьев, Р.Р. Кильдиярова, Особенности оказания сестринской помощи детям: учебное пособие/ Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2016г.

В.Д. Тульчинская, Здоровье детей: учебное пособие/ Ростов – на – Дону: Феникс, 2014 г.

С.А. Мухина, И.И. Тарновская, Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» / Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей/ издательская группа «ГЭОТАР – Медиа» 2016г.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1,2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4,5

Используй вание НП ТСО и др.																		
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	<p>Организационный момент:</p> <ul style="list-style-type: none"> - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия. <p>Тема данного занятия «Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания: ОРВИ, ангине, стенозирующем ларинготрахеите»</p> <p>Основные цели данного занятия способствовать формированию у обучающихся знаний о детском возрасте и факторах, риска здоровью.</p>	<p>Цель: организация обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии.</p> <p>2 минуты.</p> <p>ОК 1, 12</p>
2.	<p>Мотивация учебной деятельности</p> <p>Обратить внимание обучающихся на важность изучения данной темы, ее место в изучении дисциплины, связь с другими предметами и будущей профессией.</p> <p>Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания: ОРВИ, ангине, стенозирующем ларинготрахеите, является неотъемлемой частью сестринского ухода и оказания неотложной помощи детям. Однако оказание помощи невозможно без тщательного сестринского обследования детей, ухода и выявления проблем.</p>	<p>Цель: формирование познавательного интереса к занятию.</p> <p>3 минуты.</p> <p>ОК 1</p>
3.	<p>Изучение нового материала. а) Преподаватель знакомит обучающихся и обучает проведению первичной сестринской оценки. Состояния ребенка в условиях оказания амбулаторной и стационарной помощи. Составление планов сестринского ухода и лечения детей при заболеваниях органов дыхания: ОРВИ, ангине, стенозирующем ларинготрахеите. Психологическая подготовка к проведению вмешательств. Профилактика осложнений. Правила ухода за кожными покровами, слизистыми оболочками грудных детей.</p> <p>б) При изложении материала преподаватель использует записи на доске (новая терминология).</p>	<p>Цель: формирование знаний по новой теме.</p> <p>75 минут</p> <p>В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради.</p> <p>ОК 2, ПК 4.2.</p>
4.	<p>Инструктаж домашнего задания</p> <p>задание на дом: кроссворд по изученной теме.</p> <p>конспекты лекций</p> <p>О.С. Католикова, Сестринский уход в педиатрии: МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, Ростов - на – дону: Феникс, 2015г.</p>	<p>Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания,</p> <p>активизировать самоподготовку.</p> <p>8 минут</p> <p>ОК 2,4,5</p>

5	<p>Подведение итогов занятия.</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов. 	<p>Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии.</p> <p>2 минуты.</p> <p>ОК 12.</p>

Содержание учебного материала

ОРВИ - самое распространённое заболевание, в том числе у детей. Даже в неэпидемические годы регистрируемая заболеваемость ОРВИ во много раз превышает заболеваемость всеми основными инфекционными болезнями. В период пандемий за 9-10 месяцев в эпидемический процесс вовлекается более 30% населения земного шара, причём более половины из них составляют дети. Заболеваемость среди детей различных возрастных групп может отличаться в зависимости от свойств вируса, вызвавшего эпидемию. Однако в большинстве случаев наиболее высокий уровень заболеваемости отмечают у детей от 3 до 14 лет. ОРВИ нередко протекают с осложнениями (присоединением воспалительных процессов в бронхах, лёгких, околоносовых пазухах и т. д.) и вызывают обострения хронических заболеваний. Перенесённые ОРВИ обычно не оставляют после себя длительного стойкого иммунитета. Кроме того, отсутствие перекрёстного иммунитета, а также большое количество серотипов возбудителей ОРВИ способствуют развитию заболевания у одного и того же ребёнка несколько раз в год. Повторные ОРВИ приводят к снижению общей сопротивляемости организма, развитию транзиторных иммунодефицитных состояний, задержке физического и психомоторного развития, вызывают аллергизацию, препятствуют проведению профилактических прививок и т. д. Весьма значимы и экономические потери, обусловленные ОРВИ, - как прямые (лечение и реабилитация больного ребёнка), так и косвенные (связанные с нетрудоспособностью родителей). Все перечисленные выше обстоятельства объясняют приоритетность этой проблемы для здравоохранения любой страны.

Этиология

Возбудителями ОРВИ могут быть вирусы гриппа, парагриппа, аденовирус, РСВ, рео - и риновирусы. Большинство возбудителей - РНК-содержащие вирусы, исключение составляет аденовирус, в вирион которого входит ДНК. Длительно сохраняться в окружающей среде способны рео - и аденовирусы, остальные быстро гибнут при высыхании, под действием УФО, обычных дезинфицирующих средств.

Эпидемиология

Болеют дети любого возраста. Источник инфекции - больной человек. Пути передачи инфекции - воздушно-капельный и контактно-бытовой (реже). Естественная восприимчивость детей к ОРВИ высокая. Больные наиболее контагиозны в течение 1-й недели заболевания. Для ОРВИ характерна сезонность - пик заболеваемости приходится на холодное время года. После перенесённого заболевания формируется типоспецифический иммунитет. ОРВИ распространены повсеместно. Крупные эпидемии гриппа возникают в среднем 1 раз в 3 года, их обычно вызывают новые штаммы вируса, но возможна рециркуляция сходных по антигенному составу штаммов после нескольких лет их отсутствия. При ОРВИ другой этиологии в основном регистрируют спорадические случаи и небольшие вспышки в детских коллективах, эпидемий практически не бывает.

Патогенез

Входными воротами инфекции чаще всего служат верхние дыхательные пути, реже конъюнктивы глаз и пищеварительный тракт. Все возбудители ОРВИ эпителиотропны. Вирусы адсорбируются (фиксируются) на эпителиальных клетках, проникают в их цитоплазму, где подвергаются ферментативной дезинтеграции. Последующая репродукция возбудителя приводит к дистрофическим изменениям клеток и воспалительной реакции слизистой оболочки в месте входных ворот.

Через повреждённые эпителиальные барьеры возбудители ОРВИ проникают в кровоток. Выраженность и продолжительность фазы вирусемии зависит от степени дистрофических изменений эпителия, распространённости процесса, состояния местного и гуморального иммунитета, преморбидного фона и возраста ребёнка, а также от особенностей возбудителя. Продукты распада клеток, поступающие наряду с вирусами в кровь, оказывают токсическое и токсико-аллергическое действия. Токсическое действие в основном направлено на ЦНС и сердечно-сосудистую систему. Из-за нарушений микроциркуляции возникают гемодинамические расстройства в различных органах и системах. При наличии предшествующей сенсibilизации возможно развитие аллергических и аутоаллергических реакций.

Поражение эпителия дыхательных путей приводит к нарушению его барьерной функции и способствует присоединению бактериальной флоры с развитием осложнений.

Клиническая картина

Каждое заболевание из группы ОРВИ имеет отличительные черты в соответствии с тропностью тех или иных вирусов к определённым отделам дыхательной системы.

Грипп

Продолжительность инкубационного периода составляет от нескольких часов до 1-2 дней. Особенность начального периода гриппа - преобладание симптомов интоксикации над катаральными. В типичных случаях заболевание начинается остро, без продромального периода, с повышения температуры тела до 39-40 °С, озноба, головокружения, общей слабости, ощущения разбитости. У детей раннего возраста интоксикация проявляется лихорадкой, вялостью, адинамией, ухудшением аппетита. Дети старшего возраста жалуются на головную боль, светобоязнь, боли в глазных яблоках, животе, мышцах, суставах, ощущение разбитости, першение в горле, жжение за грудиной, иногда появляются рвота и менингеальные знаки. Катаральные явления в разгар болезни обычно выражены умеренно и ограничиваются сухим кашлем, чиханьем, скудным слизистым отделяемым из носа, умеренной гиперемией слизистой оболочки зева, «зернистостью» задней стенки глотки. Иногда обнаруживают точечные кровоизлияния на мягком нёбе. Часто наблюдают лёгкую гиперемию лица и инъекцию сосудов склер, реже - носовые кровотечения. Отмечают тахикардию и приглушённость сердечных тонов. При выраженном токсикозе наблюдают транзиторные изменения со стороны мочевыделительной системы (микроальбуминурию, микрогематурию, снижение диуреза).

Состояние больных улучшается с 3-4-го дня болезни: температура тела становится ниже, интоксикация уменьшается, катаральные явления могут сохраняться и даже усиливаться, окончательно они исчезают через 1,5-2 нед. Характерная черта гриппа - длительная астения в период реконвалесценции, проявляющаяся слабостью, быстрой утомляемостью, потливостью и другими признаками, сохраняющимися несколько дней, иногда недель.

Показатели общего анализа крови: со 2-3-го дня болезни - лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз при нормальной СОЭ.

Парагрипп

Продолжительность инкубационного периода составляет 2-7 дней, в среднем 2-4 дня. Заболевание начинается остро с умеренного повышения температуры тела, катаральных явлений и незначительной интоксикации. В последующие 3-4 дня все симптомы нарастают. Температура тела обычно не превышает 38-38,5 °С, редко сохраняясь на таком уровне более 1 недели.

Катаральное воспаление верхних дыхательных путей - постоянный признак парагриппа с первых дней болезни. Отмечают сухой грубый «лающий» кашель, осиплость и изменение тембра голоса, саднение и боли за грудиной, боль в горле, насморк. Выделения из носа бывают серозно-слизистыми. При осмотре больного выявляют гиперемию и отёчность миндалин, нёбных дужек, зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки. Часто первым проявлением парагриппа у детей 2-5 лет выступает синдром крупа. Внезапно, чаще ночью, появляются грубый «лающий» кашель, осиплость голоса, шумное дыхание, т. е. развивается стеноз гортани. Иногда эти симптомы появляются на 2-3-й день болезни. У детей раннего возраста при парагриппе возможно поражение не только верхних, но и нижних дыхательных путей; в этом случае развивается картина обструктивного бронхита. При неосложнённом течении парагриппа продолжительность болезни составляет 7-10 дней.

Аденовирусная инфекция

Инкубационный период составляет от 2 до 12 дней. Основные клинические формы аденовирусной инфекции у детей - фарингоконъюнктивальная лихорадка, ринофарингит, ринофаринготонзиллит, конъюнктивит и керато-конъюнктивит, пневмония. Заболевание начинается остро с повышения температуры тела, кашля, насморка. Лихорадка в типичных случаях продолжается 6 дней и более, иногда бывает двухволновой. Интоксикация выражена умеренно. Постоянные симптомы аденовирусной инфекции - выраженные катаральные явления со значительным экссудативным компонентом, ринит с обильным серозно-слизистым отделяемым, гранулёзный фарингит, ринофарингит, ринофаринготонзиллит, тонзиллит с отёком миндалин (часто с фибринозными наложениями), влажный кашель, полилимфаденопатия, реже увеличение печени и селезёнки. В разгар заболевания наблюдают признаки ларингита, трахеита, бронхита. Патогномоничный симптом аденовирусной инфекции - конъюнктивит (катаральный, фолликулярный, плёнчатый). В процесс чаще вовлекается конъюнктива одного глаза, в основном нижнего века. Через 1-2 дня возникает конъюнктивит другого глаза. У детей

раннего возраста (до 2 лет) нередко наблюдают диарею и боли в животе, обусловленные поражением мезентериальных лимфатических узлов.

Аденовирусная инфекция протекает довольно длительно, возможно волнообразное течение, связанное с новой локализацией патологического процесса. Некоторые серотипы аденовирусов, в частности 1-й, 2-й и 5-й, могут длительно сохраняться в миндалинах в латентном состоянии.

Риновирусная инфекция

Продолжительность инкубационного периода составляет 1-6 дней, в среднем 2-3 дня. Риновирусная инфекция протекает без выраженной интоксикации и повышения температуры тела, сопровождается обильным серозно-слизистым отделяемым из носа. Тяжесть состояния определяется обычно количеством носовых платков, использованных за сутки. Выделения при риновирусной инфекции очень обильные, что приводит к мацерации кожи вокруг носовых ходов. Наряду с ринореей часто наблюдают сухой кашель, гиперемию век, слезотечение. Осложнения развиваются редко.

Осложнения

Осложнения при ОРВИ могут возникнуть на любом сроке заболевания и бывают обусловлены как непосредственным воздействием возбудителя, так и присоединением бактериальной микрофлоры. Наиболее частыми осложнениями ОРВИ считают пневмонии, бронхиты и бронхоолиты. Второе по частоте место занимают гаймориты, отиты, фронтиты и синуситы. К грозным осложнениям, особенно у детей раннего возраста, следует отнести острый стеноз гортани (ложный круп). Реже наблюдают неврологические осложнения - менингиты, менингоэнцефалиты, невриты, полирадикулоневриты. При высокой лихорадке и резко выраженной интоксикации при гриппе возможны общемозговые реакции, протекающие по типу менингеального и судорожного синдромов. Тяжёлые формы гриппа могут сопровождаться появлением геморрагического синдрома (кровоточивости на коже и слизистых оболочках, повышенная кровоточивость и т. д.). На высоте интоксикационных явлений возможны функциональные нарушения деятельности сердца, иногда развитие миокардита. ОРВИ у детей любого возраста может протекать с такими осложнениями, как инфекция мочевыводящих путей, холангит, панкреатит, септикопиемия, мезаденит.

Диагностика

В широкой педиатрической практике считается закономерным общегрупповой диагноз «острая респираторная вирусная инфекция» с выделением, однако, случаев гриппа.

Диагноз ОРВИ ставят на основании клинической картины заболевания. Учитывают выраженность и динамику появления основных клинических симптомов (лихорадки, интоксикации, катаральных явлений со стороны слизистых оболочек дыхательных путей, физикальных изменений в лёгких) и эпидемиологические данные.

Показатели общего анализа крови: со 2-3-го дня болезни - лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз при нормальной СОЭ.

Для лабораторного подтверждения диагноза используют экспресс-методы - РИФ и ПЦР, позволяющие определить антигены респираторных вирусов в цилиндрическом эпителии носовых ходов (в «отпечатках» со слизистой оболочки полости носа). Реже применяют вирусологические и серологические методы (исследование парных сывороток в начале болезни и в период реконвалесценции с интервалом 7 – 14 дней с помощью ИФА, реакции связывания комплемента (РСК)).

Несмотря на большую информативность, эти методы диагностики не могут удовлетворять клиницистов, так как результаты исследований получают в поздние сроки болезни. Вследствие этого в клинической практике все чаще прибегают к иммунофлюоресцентному экспресс-методу обнаружения антигена респираторных вирусов в цилиндрическом эпителии носовых ходов. Ответ может быть получен через 3—4 ч после взятия слизи из носа.

Лечение

Лечение больных ОРВИ обычно проводят в домашних условиях. Госпитализация показана лишь при тяжёлом или осложнённом течении заболевания. Объём лечебных мероприятий определяется тяжестью состояния и характером патологии. Во время периода лихорадки необходимо соблюдать постельный режим, обильное тёплое питьё, полноценное питание.

Симптоматическая терапия включает: жаропонижающие препараты (парацетамол, ибупрофен). Кислота ацетилсалициловая детям противопоказана (риск развития синдрома Рея). Используют отхаркивающие средства (мукалтин, амброксол, бромгексин и др.), витамины (например, центрум, витрум), комплексные препараты (антигриппин, лорейн, колдрекс). При выраженном рините интраназально применяют растворы нафазолина (нафтизин), ксилометазолина (ксилен, галазолин). При поражении глаз назначают мази (бонафтон, флореналь).

Антибактериальные препараты показаны только при наличии бактериальных осложнений, лечение которых проводят по общим правилам.

Этиотропная терапия оказывает эффект в ранние сроки заболевания. Используют интерферон альфа (гриппферон, кагоцел) для интраназального введения, амантадин, ремантадин (при гриппе А), озельтамивир (тамифлю), оксолиновую мазь, противогриппозный у-глобулин, виразол и др.

Комплексное лечение больных с тяжёлыми формами ОРВИ, помимо этиотропного, включает обязательное проведение дезинтоксикационной патогенетической терапии. В период реконвалесценции желателен приём адаптогенов и витаминов, повышающих иммунную защиту.

Профилактика

Меры специфической профилактики до настоящего времени остаются ещё недостаточно эффективными. В эпидемическом очаге рекомендуют профилактически использовать лейкоцитарный интерферон альфа (гриппферон, по 1-2 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в день, 3-5 дней), строго соблюдать санитарно-гигиенический режим (проветривание, УФО и влажная уборка помещения слабым раствором хлорамина, кипячение посуды и т. д.). Большое внимание уделяют мероприятиям общего плана:

введение в период эпидемии гриппа ограничительных мер для уменьшения скученности населения (отмена массовых праздничных мероприятий, удлинение школьных каникул, ограничение посещения больных в стационарах и т. д.); предупреждение распространения инфекции в детских учреждениях, семьях (ранняя изоляция больного - одна из важнейших мер, направленных на прекращение распространения ОРВИ в коллективе); повышение устойчивости ребёнка к заболеваниям с помощью закаливающих процедур, неспецифических иммуномодуляторов (назначение эхинацеи пурпурной, арбидола, ИРС-19, рибомунила); профилактические прививки: детям до 10 лет вакцину вводят в/м дважды по 0,25 мл с интервалом 1 мес, а в возрасте старше 10 лет - однократно в дозе 0,5 мл; применяют и другие специфические вакцины: зарубежные (Инфлювак, Бегривак, Флюарикс) и отечественную (Грипол); в ряде стран используют ежегодную сезонную профилактику инактивированной вакциной против гриппа (ваксигрип), которую вводят до начала эпидемии (в начале октября) или во время эпидемии, если пациент ещё не заразился.

Прогноз

В большинстве случаев прогноз благоприятный. Тяжёлые формы (с развитием энцефалопатии, отёка лёгких, крупа III-IV степени) могут представлять угрозу для жизни.

Стенозирующий ларингит

Острый стенозирующий ларинготрахеит (синдром крупа) — воспаление слизистой оболочки гортани и трахеи с явлениями стеноза из-за отёка в подсвязочном пространстве и рефлекторного спазма гортани. Заболевание чаще развивается у детей до 3 лет.

Клинические проявления

Изменение тембра и осиплость голоса соотносятся со степенью отека слизистой гортани. Осиплость нарастает по мере прогрессирования отека вплоть до развития афонии - неспособности к фонации, когда возможна только артикуляция (шепотная речь). Мокрота в просвете гортани препятствует работе голосовых связок и обуславливает охриплость голоса, тогда как спазм мышц гортани влияет на изменение его тембра (от незначительной осиплости до афонии в течение нескольких секунд).

Кашель при ОСЛТ грубый, "лающий", иногда "каркающий", короткий, отрывистый. Специфическая звуковая окраска кашля, его высота является отражением выраженности явления спазма мышц гортани: чем выше кашель, тем больше превалирует спазм мышц. Громкость его обусловлена степенью отека слизистой оболочки: чем больше отек, тем тише кашель.

Стенотическое дыхание является ведущим симптомом, обусловленным затрудненным прохождением вдыхаемого воздуха через суженный просвет гортани. Вдох удлинен и затруднен, выпадает пауза между вдохом и выдохом, дыхание приобретает шумный, "пилящий" характер. Умеренно выраженные явления стеноза гортани сопровождаются инспираторным типом одышки. Переход инспираторной

одышки в смешанную говорит о нарастании степени тяжести стеноза. Рост сопротивления дыханию, обусловленный стенозированием просвета верхних дыхательных путей, приводит к активизации работы дыхательной мускулатуры и втяжению уступчивых мест грудной клетки.

Начало заболевания острое, часто внезапное, преимущественно ночью или в вечернее время. Ребенок просыпается от приступа грубого кашля, шумного дыхания, становится беспокойным. При ОРВИ круп может развиваться в различные сроки от начала заболевания и иногда бывает первым и единственным его проявлением.

В практической работе важно отличать степень стеноза гортани от стадии крупа.

Различают четыре степени стеноза: 1-ая степень – компенсации, 2-ая степень – субкомпенсации, 3-ая степень – декомпенсации, 4-ая степень – асфиксия.

Степень стеноза отражает выраженность дыхательной недостаточности, тогда как стадии крупа характеризуют динамику развития заболевания. Стадийное развитие крупа характерно для дифтерии гортани, но не свойственно ОСЛТ при ОРВИ.

Стеноз 1-й степени (компенсированный).

Клинически характеризуется всеми признаками ОСЛТ. При беспокойстве, физической нагрузке отмечается нарастание глубины и шумности дыхания, появляется инспираторная одышка. Клинические признаки гипоксемии отсутствуют. Компенсаторными усилиями организма газовый состав крови поддерживается на удовлетворительном уровне (pO_2 85-95 мм рт. ст.; pCO_2 35-40 мм рт. ст.). Продолжительность стеноза гортани от нескольких часов до 1-2 суток.

Стеноз 2-й степени (субкомпенсированный).

Усиление всех клинических симптомов ОСЛТ. Характерное стенотическое дыхание хорошо слышно на расстоянии, отмечается в покое. Одышка инспираторного характера постоянная. Компенсация стеноза происходит за счет увеличения работы дыхательной мускулатуры в 5-10 раз. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки в покое, усиливающееся при напряжении. Дети обычно возбуждены, беспокойны, сон нарушен. Кожные покровы бледные, появляется периоральный цианоз, усиливающийся во время приступа кашля, тахикардия. Показатели газового состава артериальной крови: pO_2 умеренно снижается, pCO_2 в пределах верхней границы нормы. Явления стеноза гортани 2-й степени могут сохраняться более продолжительное время - до 3-5 дней. Они могут быть постоянными или носить приступообразный характер.

Стеноз 3-й степени (декомпенсированный).

Характеризуется признаками декомпенсации дыхания и недостаточности кровообращения, резким усилением работы дыхательной мускулатуры, которое не предупреждает развития гипоксемии, гипоксии, гиперкапнии. Нарушается внешнее и тканевое дыхание, снижается уровень окислительных процессов в тканях, появляется смешанный ацидоз. Общее состояние тяжелое. Выраженное беспокойство, сопровождающееся чувством страха, сменяется заторможенностью, сонливостью. Голос резко осипший, но полной афонии не наблюдается. Кашель, вначале грубый, громкий, по мере нарастания сужения просвета гортани, становится тихим, поверхностным. Одышка постоянная, смешанного характера. Дыхание шумное, частое, с резким втяжением уступчивых мест грудной клетки.

При этом следует обратить внимание на выраженность западения нижнего конца грудины, которое может появиться уже при 2-й степени и резко усиливается при 3-й степени стеноза гортани. По мере нарастания стенозирования дыхание становится аритмичным, с неравномерной глубиной и парадоксальными экскурсиями грудной клетки и диафрагмы. Шумное, глубокое дыхание сменяется тихим, поверхностным. Выражены клинические признаки гипоксемии. Аускультативно над легкими выслушиваются вначале грубые хрипы проводного характера, затем равномерное ослабление дыхания. Тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс парадоксальный (выпадение пульсовой волны на вдохе). Может регистрироваться артериальная гипотензия. В крови выражены гипоксемия и гиперкапния, комбинированный ацидоз.

Стеноз 4-й степени (асфиксия).

Состояние крайне тяжелое, развивается глубокая кома, могут быть судороги, температура тела падает до нормальных или субнормальных цифр. Дыхание частое, поверхностное или аритмичное с периодическими апноэ. Тоны сердца глухие, возникает брадикардия, а затем асистолия. Гипоксемия и гиперкапния достигают крайних значений, развивается глубокий комбинированный ацидоз.

Алгоритм оказания неотложной помощи

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

Вызвать врача.

Основной этап выполнения манипуляции. Доврачебная медицинская помощь.

При стенозе 1-й степени необходимо создать спокойную обстановку. Предложить матери взять грудного ребенка на руки, в более старшем возрасте – придать возвышенное положение голове и верхней части туловища ребенка.

Психологически поддержать мать. Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечив свободные дыхательные экскурсии грудной клетки. Проветрить помещение. Это особенно важно в условиях развивающейся кислородной недостаточности.

Увлажнить вдыхаемый воздух (парами горячего душа, развешиванием влажной простыни, распылением изотонического раствора натрия хлорида).

Повышенная влажность уменьшает сухость слизистой оболочки дыхательных путей. Для разжижения и удаления мокроты предложить теплое питье (молоко с раствором натрия бикарбоната, минеральной воды «Боржоми»). Пить рекомендуется часто, дробными порциями. Провести паровые ингаляции теплого влажного воздуха с 2% раствором натрия бикарбоната (настоем ромашки, шалфея, мать-и-мачехи, календулы, чабреца, термопсиса, ЭВКАЛИПТА, С БАЛЬЗАМОМ «Звезда», над парами горячего картофеля). При отсутствии лихорадки и симптомов сердечно-сосудистой недостаточности показана отвлекающая терапия: горячие ножные ванны (температура воды 38-39°С), при отсутствии аллергической реакции – горчичники на верхнюю часть грудной клетки и к икроножным мышцам, а также грелка к ногам, озокеритовые «сапожки», облучение кварцевой лампой подошвенных поверхностей стоп в субэритемных дозах. Можно рекомендовать выполнить (в присутствии врача) теплую ванну с постепенным повышением температуры воды от 37°С до 40°С до появления гиперемии нижней половины тела. Длительность процедуры – 5-10 мин. Рефлекторная терапия способствует оттоку крови к нижней половине туловища, снижению отека подсвязочного

пространства, уменьшению экссудата. Для улучшения носового дыхания ввести в полость носа сосудосуживающие средства. Приготовить лекарственные средства и другое оснащение для оказания врачебной неотложной помощи.

Выполнение назначений врача.

При стенозе 2-3-й степени увлажняют вдыхаемый воздух и проводят ингаляции адреналина гидрохлорида 0,1% раствор (разводят изотоническим раствором натрия хлорида в соотношении 1:7). Внутримышечно ввести папаверина гидрохлорид 2% раствор 0,2- 0,3 мг/кг, преднизолон 3-5 мг/кг. По показаниям вводят седативные и антигистаминные средства. Провести оксигенотерапию. При отсутствии улучшения состояния и выраженных признаках гипоксии необходима немедленная интубация трахеи (выполняет врач).

Ангина (тонзиллит у детей) – это острое воспаление лимфоидной ткани глоточных (чаще небных) миндалин у ребенка, носящее инфекционно-аллергический характер. Ангина у детей протекает с высокой лихорадкой, выраженными признаками интоксикации, болью при глотании, увеличением подчелюстных и шейных лимфоузлов, гнойным налетом на миндалинах.

Диагностика ангины у детей проводится детским отоларингологом с помощью физикального осмотра, фарингоскопии, исследования мазка из глотки на микрофлору, ИФА крови. Лечение ангины у детей включает патогенетическую терапию (антибиотики, противовирусные средства), симптоматическую терапию (жаропонижающие, десенсибилизирующие препараты) и местную терапию (аэрозоли, полоскания горла антисептиками и травами).

Общие сведения

Ангина у детей (острый тонзиллит) – инфекционно-аллергическое заболевание, при котором воспаляются небные миндалины. Заболеваемость ангиной в детской популяции колеблется от 4,2 до 6,7%, уступая по частоте только ОРВИ. Ввиду высокой распространенности и заразности ангины у детей, заболевание является предметом пристального внимания педиатрии и детской отоларингологии. Ангина у ребенка опасна своими ранними (отит, паратонзиллярный, боково-глоточный и заглоточный абсцессы) и отдаленными осложнениями, среди которых - ревматизм, ревматоидный артрит, гломерулонефрит и др.

Причины

В большинстве случаев ангина у детей вызывается бактериальной или вирусной инфекцией. Как правило, ангина у детей до 3-х лет связана с вирусными возбудителями; у детей старше 5 лет преобладает бактериальная инфекция:

- в 80-85% случаев возбудителем выступает β-гемолитический стрептококк группы А;
- в 10% - золотистый стафилококк;
- реже - пневмококк, гемофильная палочка, вирусы (энтеровирусы, аденовирусы, герпес-вирус, вирус Эпштейна-Барра и др.), микоплазмы, хламидии, грибы, микст-инфекция.

Наибольшая заболеваемость стрептококковой ангиной у детей приходится на возраст 5-10 лет. Внутриклеточные возбудители являются причиной тонзиллитов и фарингитов у дошкольников в 10% случаев. В ряде случаев ангина у детей может вызываться условно-патогенными бактериями, живущими в полости рта, в ситуации их массивного роста и высокой плотности микробных клеток.

Преимущественным путем проникновения инфекции в миндалины является экзогенный (воздушно-капельный, контактно-бытовой, энтеральный).

Травматические ангины нередко развиваются после операций на носоглотке и задних отделах полости носа (например, после аденотомии у детей). Эндогенная аутоинфекция возможна при обострении хронического тонзиллита, кариесе зубов, синусите, гастроэнтерите.

Предрасполагающими факторами развития ангины у детей служат аномалии конституции (лимфатико-гиперпластическая конституция), изменения регионарного и общего иммунитета при переохлаждении, резкой смене климата, авитаминозе и др.

Патогенез

В основе развития ангины у детей лежит реакция аллергически-гиперергического типа. В лакунах миндалин содержится богатая непатогенная флора, задерживаются патогенные микроорганизмы и продукты белкового распада, которые могут выступать факторами сенсибилизации организма. На фоне предварительной сенсибилизации различные эндогенные или экзогенные инфекционные возбудители могут инициировать развитие ангины у детей. Многочисленные экзотоксины, выделяемые возбудителями, вызывают иммунный отклик с образованием ЦИК, поражающих ткани сердечной мышцы, почек и др. внутренних органов.

Местная реакция миндалин на внедрение и размножение возбудителей характеризуется набуханием лимфоидной ткани, гнойным расплавлением фолликулов, скоплением гнойных масс в лакунах, некрозом эпителия, а в некоторых случаях и ткани миндалин.

Классификация

С учетом причин воспаления миндалин выделяют первичную, вторичную и специфическую ангину у детей. При первичной ангине инфекция изначально развивается в миндалинах. Вторичная или симптоматическая ангина у детей часто встречается при других инфекционных заболеваниях: скарлатине, кори, дифтерии, мононуклеозе и пр. К специфическим ангинам у детей относят поражения миндалин, обусловленные специфической флорой – возбудителями гонореи, микоплазмоза, хламидиоза, кандидоза и др. Течение ангины у детей может быть острым, часто рецидивирующим и хроническим.

В зависимости от характера изменения миндалин, среди клинических форм ангины у детей встречаются следующие: катаральная, фолликулярная, лакунарная, фибринозная, флегмонозная и гангренозная.

- При **катаральной ангине** у детей осмотр зева выявляет увеличение и гиперемию миндалин, а также небных дужек. Гнойный налет отсутствует; на фоне рыхлого и десквамированного эпителия определяется тонкий слой серозного белесоватого налета. Микроскопически выявляется густая инфильтрация эпителия миндалин лимфоцитами и нейтрофилами.
- Признаком **фолликулярной ангины** у детей служат просвечивающие через эпителиальный покров миндалин гнойные точечные фолликулы величиной до 3 мм («картина звездного неба»). Морфологические изменения в паренхиме миндалин (полнокровие, гиперемия) более выражены; гнойные фолликулы представляют собой лейкоцитарные инфильтраты с явлениями некроза.
- **Лакунарная ангина** протекает с наличием линейного гнойного налета желтоватого цвета, расположенного в лакунах между долями миндалин. Поверхность миндалин ярко гиперемирована и отечна; островки налета в устьях лакун склонны к объединению и образованию широких сливных гнойных очагов. При микроскопическом исследовании обнаруживаются множественные изъязвления эпителия, лейкоцитарная инфильтрация слизистой, гнойное расплавление фолликулов, тромбозы мелких сосудов.
- При **фибринозной ангине** у детей миндалины покрываются пленчатым белесым полупрозрачным налетом.
- **Флегмонозная ангина** встречается редко; сопровождается гнойным расплавлением участка миндалины и формированием интратонзиллярного абсцесса (обычно одностороннего).
- При **гангренозной ангине** имеет место язвенно-некротическое изменение эпителия и паренхимы миндалин. При осмотре зева на миндалинах выявляется беловато-серый налет, содержащий в себе большое количество бактерий, лейкоцитов, некротизированную ткань, фибрин. После размягчения и отторжения налета обнажаются язвы с неровными краями. Распространенный некротический процесс может осложниться разрушением, а в дальнейшем – рубцеванием мягкого неба и линии глотки.
- **Некротическая ангина** наблюдается при остром лейкозе у детей, дифтерии, скарлатине.

Симптомы ангины у детей

Ангина у ребенка протекает тяжелее, чем у взрослого: с более высокой температурой, выраженной интоксикацией, частыми осложнениями. У детей возможен последовательный переход одной формы ангины в другую (катаральной в фолликулярную, затем в лакунарную) или непрогрессирующее течение.

Для катаральной ангины у детей характерно острое начало с чувства першения, жжения, сухости и боли в горле, усиливающейся при глотании. Температура тела повышается до 38-39 °С, дети вялые, жалуются на недомогание и головную боль. Язык сухой, покрыт белесым налетом; регионарные лимфоузлы могут быть

незначительно увеличены и слегка болезненны. Катаральная ангина у детей обычно продолжается 5-7 дней.

При фолликулярной ангине у детей ярко выражены признаки интоксикации: слабость, апатия, отсутствие аппетита, артралгии, головная боль. Имеет место высокая лихорадка с ознобами, рвотой, помрачением сознания, судорогами. Типична сильная боль в горле, нередко с иррадиацией в ухо, вынуждающая ребенка отказываться от еды и питья. Симптомы фолликулярной ангины у детей нарастают в течение 2-х суток; на 3-4 день наступает улучшение, связанное с очищением поверхности миндалин; однако боль при глотании сохраняется еще 2-3 суток. Клиническое выздоровление ребенка наступает через 7-10 дней.

Лакунарная ангина у детей также протекает с тяжелым интоксикационным синдромом. Вследствие отека и инфильтрации миндалин и мягкого неба ребенок с трудом открывает рот, при этом его речь приобретает невнятное звучание, а голос – гнусавый оттенок. Дети жалуются на выраженную боль в горле и неприятный привкус во рту. Регионарные лимфоузлы увеличены и вызывают болезненные ощущения при поворотах головы. Течение лакунарной ангины у детей составляет 10-14 дней.

Вирусные ангины у детей сочетаются с респираторными симптомами (ринитом, кашлем), стоматитом, конъюнктивитом, диареей.

Осложнения

Наиболее частыми осложнениями стрептококковой ангины у детей, выступают ревматический эндокардит, неспецифический полиартрит, гломерулонефрит, заглоточный абсцесс. Герпетическая ангина у детей может осложняться серозным менингитом.

Диагностика

При появлении у ребенка температуры и болей в горле следует обратиться к участковому педиатру или детскому отоларингологу. Характерные для ангины объективные признаки детский врач обнаруживает уже при осмотре слизистой зева, пальпации подчелюстных и шейных лимфатических узлов:

1. **Осмотр ротоглотки.** Фарингоскопия у детей определяет разлитую гиперемию миндалин и дужек, инфильтрацию, наличие налета, характер которого позволяет судить о клинической форме ангины. Гнойный налет при ангине легко снимается шпателем, растирается по стеклу и не оставляет кровоточащей поверхности (в отличие от трудноудаляемого налета при дифтерии).
2. **Лабораторные исследования.** В общем анализе крови присутствует нейтрофильный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, увеличение СОЭ. Исследования мазка из глотки на микрофлору позволяет выявить возбудителя ангины у детей. При необходимости проводится серологическая диагностика (ИФА): выявление антител к микоплазме, кандиды, хламидиям, вирусу

герпеса и др. ; присутствие β -гемолитического стрептококка подтверждается определением АСЛ-О.

Лечение ангины у детей

Легкие и среднетяжелые формы ангины у детей лечатся амбулаторно; при тяжелом течении ангины может потребоваться госпитализация в инфекционное отделение. В лечении ангины у детей важно соблюдение постельного режима и покоя, изоляция больного ребенка, использование индивидуальных предметов ухода (посуды, полотенце), организация щадящего питания и обильного питья.

При бактериальной ангине у детей назначается системная противомикробная терапия препаратами, к которым чувствителен возбудитель (при выделении β -гемолитического стрептококка – пенициллины, макролиды, цефалоспорины, карбапенемы). Наряду с антибактериальной терапией показан прием антигистаминных препаратов, витаминов группы В и аскорбиновой кислоты, иммуномодуляторов.

Важное место при ангине у детей занимает местное лечение: полоскание горла растворами антисептиков и отварами трав (календулы, ромашки, шалфея), распыление в глотку аэрозолей. При вирусной ангине у детей показано назначение противовирусных препаратов, орошение глотки интерфероном.

К хирургическому лечению – вскрытию паратонзиллярного/заглоточного абсцесса прибегают при абсцедирующих осложнениях. В случае рецидивирующего течения ангины у детей определяются показания к тонзиллэктомии.

Прогноз и профилактика

Перенесенная ребенком стрептококковая ангина требует выполнения ЭКГ, исследования в динамике общего анализа мочи и крови, при необходимости – консультации детского ревматолога, детского нефролога, иммунолога. При своевременном начатом и полном лечении ангина у детей заканчивается реконвалесценцией. В противном случае вероятен переход в хронический тонзиллит, развитие регионарных или общих осложнений. Профилактика ангины у детей требует ограничения контакта с инфекционными больными, повышения общей резистентности, санации гнойных очагов, обеспечения полноценного витаминизированного питания.

**Областное государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Саянский медицинский колледж»**

Утверждаю
зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

Бронхит, пневмония, бронхиальная астма у детей.

**Методическая разработка теоритического занятия №2 для преподавателей
по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностических и реабилитационных процессах
МДК 02.01. Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях.**

**Раздел.1. Особенности оказания сестринской помощи детям.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело**

Составитель: Шурыгина Т.В., преподаватель
ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»

Рассмотрено на заседании
ЦМК специальности Сестринское дело
Протокол № _____ от _____
Председатель ЦМК ____ Н.Г.Самсонова

Саянск
2021

Учебно-методическая карта (план) занятия №2

УД/ПМ ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, в .ч Сестринская помощь детям.

Группа	Дата

(наименование)

Тема занятия **Бронхит, пневмония, бронхиальная астма у детей.**

Время 90 минут

Вид занятия теоритическое

Тип занятия: урок усвоения новых знаний

Цель занятия

Учебная: Студент должен знать причины, факторы риска, клинические проявления, особенности ухода, лечение и профилактики за детьми при заболеваниях органов дыхания: бронхит, пневмония, бронхиальная астма у детей. Способствовать формированию у обучающихся знаний о факторах, влияющих на здоровье детей, факторах риска здоровью.

Развивающая: Развитие профессионального клинического мышления и профессиональных умений самостоятельной работы, творческих способностей личности, умение обучать пациента медицинским знаниям.

Воспитательная: Воспитание культуры общения, профессиональной выдержки, самообладания, чувства ответственности за пациента.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности грудных детей, органов дыхания, системы дыхания ребенка, слизистых оболочек, кожных покровов;
- основные симптомы при заболеваниях органов дыхания;
- методы объективного обследования, применяемые при обследовании детей;
- основные проблемы детей в период грудного, дошкольного, дошкольного возраста.
- понятие: медицинской обработки кожных покровов и слизистых оболочек у детей.
- факторы риска здоровью, профилактика простудных заболеваний.
- о роли сестринского персонала в сохранении и укреплении здоровья детского организма.
- причины, факторы риска.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 4.2. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие –

ОП.05. Гигиена и экология человека, ОП.02. Анатомия и физиология человека, МДК.01.01.

Здоровый человек и его окружение, Фармакология, Психология, Основы микробиологии и иммунологии, ПМ. 01. Проведение профилактических мероприятий (МДК 01.02 Основы профилактики)

Обеспечиваемые – ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, ПМ 01 Проведение профилактических мероприятий (МДК 01.03 Сестринская помощь в системе первичной медико-санитарной помощи) ПМ 04 Выполнение работ по профессии Младшая медицинская сестра по уходу за больными (решение проблем пациента посредством сестринского ухода.),**А. Наглядные пособия** рисунки с изображением, нормативные документы**Б. Раздаточный материал** таблицы, схемы.**В. Технические средства обучения****Г. Учебные места** кабинет 26**Д. Литература основная:** О.С. Католикова, Сестринский уход в педиатрии: МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, Ростов - на - дону: Феникс, 2015г.

В.Р. Кучма, О.В. Сивочалова, Здоровый человек и его окружение: учебник ГЭОТАР - Медиа, 2015г.

И.В. Тарасова, И.Н. Назирбекова, О.Н.Стеганцева, Ф.И. Ушакова - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010г.

дополнительная: К.И. Григорьев, Р.Р. Кильдиярова, Особенности оказания сестринской помощи детям: учебное пособие/ Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2016г.

В.Д. Тульчинская, Здоровье детей: учебное пособие/ Ростов – на – Дону: Феникс, 2014 г.

С.А. Мухина, И.И. Тарновская, Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» / Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей/ издательская группа «ГЭОТАР – Медиа» 2016г.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1,2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4,5
Использование НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент: - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета;	Цель: организация обучающихся, создание рабочей

	<p>- отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия. Тема данного занятия «Бронхит, пневмония, бронхиальная астма у детей» Основные цели данного занятия способствовать формированию у обучающихся знаний о детском возрасте и факторах, риска здоровью.</p>	<p>обстановки на занятии. 2 минуты. ОК 1, 12</p>
2.	<p>Мотивация учебной деятельности Обратить внимание обучающихся на важность изучения данной темы, ее место в изучении дисциплины, связь с другими предметами и будущей профессией. Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания: бронхит, пневмония, бронхиальная астма у детей, является неотъемлемой частью сестринского ухода и оказания неотложной помощи детям. Однако оказание помощи невозможно без тщательного сестринского обследования детей, ухода и выявления проблем.</p>	<p>Цель: формирование познавательного интереса к занятию. 3 минуты. ОК 1</p>
3.	<p>Изучение нового материала. а) Преподаватель знакомит обучающихся и обучает проведению первичной сестринской оценки. Состояния ребенка в условиях оказания амбулаторной и стационарной помощи. Составление планов сестринского ухода и лечения детей при заболеваниях органов дыхания при бронхите, пневмонии, бронхиальной астме у детей. Психологическая подготовка к проведению медицинский вмешательств. Профилактика осложнений. Правила ухода за кожными покровами, слизистыми оболочками детей. б) При изложении материала преподаватель использует записи на доске (новая терминология).</p>	<p>Цель: формирование знаний по новой теме. 75 минут В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради. ОК 2, ПК 4.2.</p>
4.	<p>Инструктаж домашнего задания задание на дом: кроссворд по изученной теме. конспекты лекций О.С. Католикова, Сестринский уход в педиатрии: МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, Ростов - на - дону: Феникс, 2015г.</p>	<p>Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку. 8 минут ОК 2,4,5</p>
5	<p>Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов.</p>	<p>Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 2 минуты. ОК 12.</p>

Содержание теоритического материала

Острый бронхит - это воспалительный процесс, локализующийся в слизистой оболочке бронхиального дерева, сопровождающийся выделением слизи. Поражение бронхов часто сочетается с воспалением слизистой оболочки трахеи, что приводит к развитию трахеобронхита. Иногда при бронхите поражаются мелкие бронхи и бронхиолы, что клинически протекает с явлениями бронхоолита или бронхопневмонии.

Развитию бронхита часто предшествуют:

- вирусные инфекции (грипп, парагрипп, респираторно-синцитиальная и риновирусная инфекция и др.);
- бактериальная инфекция (пневмококки, стафилококки, гемофильная палочка и др.);
- хламидиоз, микоплазменная и цитомегаловирусная инфекции (особенно часто в последнее время).

Факторы риска развития бронхита:

- охлаждение (влажные, холодные климатические условия);
- неблагоприятная экологическая обстановка (загрязнение окружающей среды токсичными газами и прочими вредными веществами);
- пищевая, лекарственная, бытовая аллергия;
- хронические очаги инфекции;
- снижение иммунитета;
- пассивное курение.

Механизм развития бронхита.

Для всех форм бронхита характерно наличие признаков воспаления бронхиального дерева (без поражения легочной ткани), отек слизистой оболочки, скопление патологического секрета в просвете бронхов и развитие бронхоспазма, приводящего к нарушению бронхиальной проходимости.

Основные клинические проявления острого бронхита.

Начальные признаки:

- повышение температуры в течение нескольких дней;
- катаральные явления со стороны носоглотки и зева (гиперемия, насморк, першение в горле);
- неприятные ощущения за грудиной.

Основные признаки острого бронхита:

- умеренно выраженные симптомы интоксикации, фебрильная температура;
- в начальном периоде - кашель без выделения мокроты, сухой, надрывистый, болезненный, усиливающийся по ночам;
- с 5-го дня - кашель становится влажным с отделением слизистой мокроты, обычно, мокрота вязкая, беловато-желтоватого цвета, иногда гнойная, а при сильном кашле может быть с прожилками крови;
- дети раннего возраста откашливаемую мокроту проглатывают, поэтому нередко она выводится у них с рвотой;
- в легких прослушиваются сначала сухие хрипы, затем

они приобретают влажный характер (среднепузырчатые). Возникновение мелкопузырчатых хрипов, особенно у маленьких детей, при наличии одышки является первым предвестником перехода воспалительного процесса на альвеолы и развития пневмонии.

Острый бронхит может возникать как осложнение какой-либо инфекции (гриппа, кори, коклюша), в этих случаях симптомы его тесно связаны с проявлением основного заболевания.

Особенности течения острого бронхита у новорожденных и детей раннего возраста. У новорожденных и детей раннего возраста бронхит сопровождается отеком слизистых оболочек, гиперпродукцией вязкого секрета, сокращением гладкой мускулатуры бронхов, что часто приводит к бронхиальной обструкции. Возникающая бронхиальная обструкция, как правило, вызывает быстрое развитие дыхательной недостаточности.

Основные принципы лечения острого бронхита.

1. Постельный режим на период лихорадки, в дальнейшем щадящий с удлиненным сном.
2. Бронходилататоры: эуфиллин, солутан, бронхолитин, бронхikum, бронхосан и др.
3. Противокашлевые средства: либексин, тусупрекс, тусин, фалиминт, колдрекс.
4. Муколитики: мукалтин, мукодин, мукосол, мукофальк, отвары грудного сбора.
5. Ингаляции с муколитиками, бронхолитиками и протеолитическими ферментами.
6. Антибактериальная терапия проводится при затяжном и рецидивирующем течении бронхитов и детям раннего возраста.
7. Витаминотерапия.
8. Антигистаминные препараты при аллергических проявлениях.
9. Отвлекающая терапия: горчичники, горчичные обертывания, согревающие компрессы.
10. Физиотерапия: УВЧ, электрофорез с иодидом калия на грудную клетку.

Профилактика острого бронхита.

1. Предупреждение острых респираторных инфекций.
2. Своевременное и последовательное лечение заболеваний верхних дыхательных путей.
3. Регулярная санация хронических очагов инфекции.
4. Проведение курсов общеукрепляющей терапии, закаливающих процедур.

Прогноз.

При острых бронхитах, в основном, благоприятный (в детском возрасте переход бронхита в хронические формы встречается редко). При рецидивирующих бронхитах появляется высокий риск развития бронхиальной астмы или хронической пневмонии.

Острый бронхиолит развивается вследствие воспалительной обструкции мелких дыхательных путей. Заболевают, в основном, дети первых 2 лет жизни, причем самый высокий уровень заболеваемости приходится на первое полугодие жизни. Регистрируется заболевание чаще в зимне-весенний период.

Острый бронхиолит - это вирусное заболевание, возбудителями его являются:

- респираторный синцитиальный вирус (более чем в 50% случаев);
- вирус парагриппа;

- аденовирусы (вызывают облитерирующий бронхиолит с синдромом односторонней повышенной воздушности легкого - эмфиземы);
- микоплазмы и др.

Источник вирусной инфекции: Один из членов семьи с незначительными проявлениями респираторной инфекции.

Механизм развития бронхиолита.

Воспаление нижних отделов дыхательных путей протекает с выраженным отеком слизистой, скоплением слизи в бронхиолах, вследствие этого уменьшается их просвет и создается сопротивление току воздуха. Возникшая обструкция бронхоиол быстро приводит к развитию дыхательной недостаточности.

В большинстве случаев в анамнезе заболевшего ребенка есть указание на контакт со старшими детьми или взрослыми, за неделю до этого, перенесшими респираторную инфекцию.

Основные клинические признаки острого бронхиолита:

- симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 38-39°C, вялость, слабость, ребенок становится раздражительным, плаксивым, аппетит понижен, кормление из груди или бутылочки затруднено (учащенное дыхание мешает ребенку сосать и глотать);
- катаральные явления со стороны носоглотки: серозное отделяемое из носа;
- со стороны органов дыхания: пароксизмальный свистящий кашель, учащенное дыхание 60-80 в 1 минуту, в легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы, а при возникновении полной обструкции бронхоиол, дыхание прослушивается с трудом;
- быстро нарастает дыхательная недостаточность: цианоз, раздувание крыльев носа, включение в акт дыхания дополнительной мускулатуры (втяжение межреберных промежутков и подреберных областей);
- печень и селезенка выступают из-под края реберной дуги (из-за смещения диафрагмы вниз переполненными воздухом легкими);
- изменения в периферической крови: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.

Основные принципы лечения.

Первоочередная цель: коррекция дыхательной недостаточности.

1. Госпитализации подлежат новорожденные и дети с тяжелым течением болезни, с угрозой развития осложнений.
2. Парентеральное введение жидкости: показано введение 10% раствора глюкозы, витамина С, 4% раствора натрия бикарбоната - 4-5 мл/кг массы (при респираторном ацидозе равновесие электролитов и рН крови должно быть выравнено).
3. Оксигенотерапия с целью устранения гипоксии.
4. Этиотропная терапия - противовирусные препараты: рибавирин или вирозол, афлубин, гриппферон.
5. Отхаркивающие средства: бронхikum сироп от кашля, флюмуцил, бронкатар, бромгексин, бронхосан.
6. Ингаляции с муколитиками, бронхолитиками и протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин).
7. Витаминотерапия.
8. Отвлекающая терапия: горчичники, горчичные обертывания, согревающие компрессы, втирание в кожу грудной клетки мази пульмексбеби.

9. Физиотерапия: УВЧ, электрофорез с иодидом калия на грудную клетку, озокеритовые «сапожки».

10. Постуральный дренаж, вибрационный массаж.

11. Антибиотики не имеют терапевтической ценности, поскольку бронхолит относится к вирусным заболеваниям, за исключением случаев присоединения вторичной бактериальной пневмонии.

Профилактика острого бронхолита.

1. Предупреждение контакта с больными вирусной инфекцией.

2. Рациональное питание детей раннего возраста, борьба за грудное вскармливание.

3. Своевременная профилактика заболевания при контакте ребенка раннего возраста с больными вирусной инфекцией (противовирусными препаратами, иммуномодуляторами).

Острая пневмония

Пневмония — острое инфекционно-воспалительное заболевание легких с поражением альвеол и наличием экссудации. Пневмония относится к наиболее частым и тяжелым заболеваниям детского возраста.

Этиология. Причиной воспалительного процесса в легких могут быть пять видов агентов:

1) **патогенные микроорганизмы:** пневмококки, гемофильная палочка, стафилококки, грамотрицательные бактерии кишечной группы (кишечная, синегнойная палочки, протей, клебсиеллы, легионеллы);

2) **вирусы** (гриппа, респираторно-синцитиальные, аденовирусы, энтеровирусы и цитомегаловирусы);

3) **внутриклеточные паразиты** (микоплазма, хламидии, макарселла); 4) **паразиты** (пневмоциста Карини); 5) **патогенные грибы** (кандиды).

Нередко при пневмонии обнаруживается смешанная флора.

В зависимости от условий инфицирования выделяют:

1) **домашнюю пневмонию**, наиболее частыми возбудителями которой являются пневмококки, гемофильная палочка и микоплазма. Для них характерна более высокая чувствительность к антибиотикам;

2) **внутрибольничную пневмонию** - ее наиболее часто вызывают устойчивые к антибиотикам стафилококки и грамотрицательные бактерии;

3) **внутриутробную** - инфицирование плода во время беременности флорой больной матери и внутрибольничными микробами;

4) **пневмонию у больных с иммунодефицитным состоянием**, возбудителями которой часто являются грибы, цитомегаловирусы, микобактерии.

5) пневмонии, развившиеся **после 2-3 суток на ИВЛ** – возбудители пневмококк, H.influenza, M.pneumoniae . **Посл 4-х суток на ИВЛ** происходит их смена на Serratia. S.aureus. K.pneumoniae. Acinetobacter/

В возникновении заболевания решающую роль играет состояние макроорганизма: АФО бронхолегочной системы, морфологическая и функциональная незрелость

ребенка раннего возраста, врожденные дефекты органов дыхания и ферментных систем, аномалии конституции, иммунодефицитные состояния, недоношенность, осложненные роды, очаги хронической инфекции в носоглотке, частые ОРВИ, экология, социально-бытовые аспекты.

Большое значение имеет фактор охлаждения.

Основной путь проникновения инфекции в легкие бронхогенный (аэрогенный). Возможны лимфогенный и гематогенный пути инфицирования.

Клиническая картина.

Критериями диагностики пневмонии являются:

- 1) фебрильная, довольно стойкая лихорадка;
- 2) интоксикация (токсикоз);
- 3) признаки дыхательной недостаточности (одышка, цианоз кожных покровов, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры);
- 4) стойкие локальные изменения в легких (перкуSSIONные и аускультативные);
- 5) очаговые, сегментарные инфильтративные тени при рентгенографии;
- 6) изменения периферической крови, свидетельствующие об остром воспалительном процессе (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ); 7) положительный эффект от адекватной терапии.

Классификация

Пневмония в зависимости от объема поражения делится на:

- очаговая
- очагово-сливная
- сегментарная,
- полисегментарная,
- долевая,
- крупозная,
- интерстициальная.

По характеру течения различают **острую** (до 6 недель), **затяжную** (от 6 недель до 8 месяцев) и **хроническую** (свыше 8 месяцев) пневмонию.

По тяжести заболевания - осложненную и неосложненную.

Тяжесть течения пневмонии определяется выраженностью интоксикации, степенью дыхательной недостаточности и сердечно-сосудистых изменений.

Различают легкие, среднетяжелые и тяжелые **формы** заболевания.

1.Очаговая пневмония встречается у детей наиболее часто



Воспалительный процесс захватывает участки легочной ткани в непосредственной близости от респираторных бронхиол. Мелкие множественные очаги инфильтрации

могут сливаться. Такая очагово-сливная пневмония протекает тяжело.

Заболевание развивается, как правило, на 5-7й день острой респираторной инфекции. Начальные симптомы пневмонии связаны с интоксикацией.

Повышается температура тела, появляются беспокойство, возбуждение, нарушается сон. Ребенок раннего возраста отказывается от груди, периодически стонет.

Могут появиться срыгивания, рвота, жидкий стул. Замедляется прибавка массы тела. Ребенка беспокоит кашель. Постепенно или остро развивается дыхательная недостаточность.

Вначале появляется **цианоз вокруг рта**, усиливающийся при крике, плаче, кормлении. В тяжелых случаях цианоз отмечается в состоянии покоя и становится распространенным. **Кожа** приобретает серо-землистый цвет. **Дыхание стонущее**, хрипящее, охажущее. Развивается одышка с изменением частоты и глубины дыхания, приступами апноэ. В акте дыхания участвует **вспомогательная мускулатура**: наблюдается втяжение яремной ямки, межреберий, над- и подключичных пространств. **Эквивалентом одышки** у грудных детей является кивание головой в такт дыханию, раздувание щек и вытягивание губ - **симптом "трубача"**, напряжение и раздувание крыльев носа. Грудная клетка увеличена в объеме. Отмечаются пенистые выделения изо рта и носа. Соотношение частоты дыхания и пульса снижается (1:2,5 и 1:2).

Объективное обследование позволяет выявить **укорочение перкуторного звука над очагом поражения**, изменение дыхательных шумов (**ослабленное или бронхиальное дыхание**), крепитацию, мелкопузырчатые влажные хрипы, характер которых меняется в динамике заболевания.

Клинические симптомы неосложненной очаговой пневмонии под влиянием лечения исчезают **через 10-12 дней**. Морфологический процесс в легких заканчивается через 4-6 недель.



2. Сегментарная пневмония встречается у детей всех возрастов и характеризуется поражением одного или нескольких сегментов с закупоркой сегментарного бронха. Она может протекать по-разному.

В одних случаях ее клиническая картина аналогична крупозной пневмонии, в других - напоминает очаговую пневмонию. Ее симптомы зависят от локализации и обширности поражения. Сегментарные пневмонии **склонны к торпидному и затяжному течению**, что связано с нарушением вентиляции сегмента и **развитием микроателектазов**. В дальнейшем может сформироваться ограниченный пневмосклероз. Возможно **абсцедирование**.

В ряде случаев наблюдается бессимптомное течение пневмонии. Диагноз ставится на основании **рентгенологического исследования**, при котором определяются гомогенные сегментарные тени с четкими границами.

3. Крупозная пневмония вызывается пневмококком, развивается как **аллергическая реакция гиперергического типа в ответ на внедрение аллергена (пневмококка) на фоне предшествующей сенсibilизации**. Воспалительный

процесс захватывает **долю легкого или ее часть и плевру**. Чаще встречается у детей дошкольного и школьного возраста.



Заболевание начинается неожиданно с повышения температуры до 39-40 °С, озноба, головной боли, резкого нарушения самочувствия. Могут отмечаться **бред, апатия, сонливость**. Появляется "**охающая**" одышка с участием вспомогательной мускулатуры. При глубоком дыхании отмечаются боли в грудной клетке на стороне поражения, связанные с вовлечением в процесс плевры.

Дети **лежат на больном боку**, подтянув ноги к животу.

При локализации воспаления в **правой нижней доле легкого** часто развивается **абдоминальный синдром**. У больного появляются рвота, боли вокруг пупка и в правой подвздошной области, положительные симптомы раздражения брюшины.

При локализации процесса в **верхней доле справа нередко симптомы менингизма**: головная боль, рвота, ригидность мышц затылка, клонические судороги.

С первых дней заболевания появляется сухой, навязчивый, болезненный кашель. Затем он становится влажным с вязкой, плохо откашливаемой, "**ржавой**" мокротой. На 5-7-й день наблюдается разрешение процесса - критически падает температура тела, появляется профузный пот, при кашле отделяется обильная мокрота.

Физикальные изменения в легких зависят от стадии воспаления. Классическая крупозная пневмония характеризуется циклическим течением и отсутствием склонности к деструктивному процессу.

При рентгенологическом исследовании обнаруживаются очаги инфильтрации, соответствующие одной или нескольким долям, с вовлечением в процесс корня легкого и плевры.

У детей раннего возраста крупозная пневмония протекает атипично. Чаще поражаются отдельные сегменты, а не доля целиком, нечетко выражены основные симптомы заболевания. Под влиянием антибактериальной терапии укорачиваются стадии воспалительного процесса. Выздоровление наступает через 1—2 недели.

Нерациональная терапия может привести к затяжному течению.



4.Интерстициальная пневмония вызывается вирусами, пневмоцистами, микоплазмами, реже патогенными грибами. Воспалительный процесс развивается в соединительной и межальвеолярной тканях легкого и сопровождается микроателектазами. Большинство интерстициальных пневмоний относятся к токсическим формам.

Острое (манифестное) течение заболевания наблюдается у детей раннего возраста на фоне аллергического диатеза.

Клиническая картина характеризуется быстрым развитием **тяжелой дыхательной недостаточности, поражением сердечно-сосудистой системы** (глухие тоны, резкая тахикардия, признаки застоя в малом и большом кругах кровообращения, периодические коллаптоидные состояния), нарушением функции ЦНС и желудочно-кишечного тракта (срыгивания, рвота, метеоризм).

Характерен частый, мучительный приступообразный кашель. Мокрота скудная, пенная, иногда кровянистая. Грудная клетка вздута, перкуторно определяется тимпанический звук. Дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие и нестойкие единичные сухие хрипы.

Подострое (малосимптомное) течение чаще встречается у детей школьного возраста. После перенесенной респираторной инфекции у больных сохраняются умеренно выраженные признаки интоксикации, одышка при физической нагрузке. В легких выслушиваются единичные сухие хрипы.

Рентгенологически на фоне выраженной эмфиземы обнаруживаются **ячеистый рисунок, веретенообразные полосы и четко очерченные тени** (участки ателектаза).

Течение пневмонии длительное. Нередко развиваются пневмосклероз и бронхоэктазы.

Особенности течения пневмонии в зависимости от этиологии, возраста и преморбидного фона.

5. Деструктивная пневмония - острое гнойное поражение легких и плевры. Заболевание **вызывается "госпитальными" штаммами золотистого стафилококка или грамотрицательными бактериями.**

Способствуют возникновению пневмонии неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, факторы высокого риска инфицирования ребенка. Заболевание характеризуется ранним абсцедированием, образованием в ткани легкого воздушных полостей, быстрым прорывом воспалительного очага в плевру и возникновением пиопневмоторакса.

Течение заболевания бурное, с быстрым прогрессированием. Клиническая картина соответствует тяжелому септическому процессу.

6. Пневмонии новорожденных характеризуются тяжелым течением, своеобразной клинической картиной и имеют серьезный прогноз. Они могут быть как внутриутробными, так и приобретенными.

Внутриутробная пневмония возникает в результате инфицирования плода в конце беременности или аспирации загрязненных околоплодных вод во время родов. Среди приобретенных пневмоний немаловажное значение имеют аспирационные пневмонии, которые чаще встречаются у недоношенных детей.

По морфологическим признакам пневмонии новорожденных могут быть как очаговыми, так и интерстициальными, часто сопровождаются ателектазами. Нередко протекают с деструкцией легочной ткани.

В клинической картине заболевания преобладают общие симптомы интоксикации и признаки угнетения ЦНС - адинамия, снижение мышечного тонуса и рефлексов. Выражена дыхательная недостаточность. Характерны рано появляющиеся приступы цианоза, апноэ, выделение пенистой слизи изо рта и носа. Температурная

реакция слабо выражена. Кашель редкий, влажный, иногда отсутствует. Данные объективного исследования скудные. Заболевание нередко принимает затяжное течение.

7. Аспирационные пневмонии (после утопления, например) развиваются быстро. Заболевание имеет малосимптомное, вялое течение. Характерно более частое развитие критических состояний и осложнений.

8. В развитии пневмонии у детей с аллергическим диатезом важную роль играет аллергический фактор и предрасположенность к катаральному воспалению слизистых оболочек. Характерны приступы сильного кашля, частое присоединение астматического синдрома, нередко затяжное и рецидивирующее течение.

9. Пневмония у детей, страдающих рахитом, развивается чаще, чем у здоровых. Этому способствуют мышечная гипотония, деформация грудной клетки, снижение тонуса дыхательных путей, склонность к образованию ателектазов. Пневмонии имеют затяжное течение.

10. Пневмония у детей, страдающих гипотрофией, развивается в результате значительного снижения иммунологической реактивности. Симптомы пневмонии проявляются слабо. Заболевание склонно к затяжному течению.

Диагностика

1. Оценка симптомов, свойственных этому заболеванию:

- Фебрильная лихорадка более 3-х суток,
- Тахипноэ с втяжением межреберных промежутков без признаков обструкции.
- Признаки интоксикации
- Выявление локальной симптоматики в легких
- Изменение характера дыхания
- Наличие локальных мелкопузырчатых хрипов или крепитации • Ассиметрия физикальных данных

2. ОАК –лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, нейтрофиллез, анемия

3. Рентгенологическое исследование, при необходимости томограмма

4. Бак.исследование мокроты

Уход

1. Организация охранительного режима, индивидуальный уход
2. Постельный режим с частой сменой положения
3. Ограничение физической активности на время острого периода
4. Диета в соответствии с возрастом. Часто. Малыми порциями, предлагать любимые блюда, кисломолочные продукты. Ограничить углеводы (вызывают брожение, метеоризм, усиливают одышку)
5. Рациональный питьевой режим
6. Лечебная гимнастика, дыхательная гимнастика **Лечение.**

1. Госпитализации подлежат больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами пневмонии и дети 1-го года жизни.

2. Этиологическое: Одно из главных мест в лечении занимает противомикробная терапия. Выбор препарата определяется природой возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам. Бактериологическая

экспресс-диагностика возбудителя часто оказывается невозможной, поэтому лечение начинается с выбора антибактериального препарата с учетом возраста больного, характера инфицирования, клинической картины, предположения о возможных потенциальных возбудителях. В дальнейшем учитываются динамика воспалительного процесса и устойчивость микроорганизмов к антимикробным препаратам.

С первых дней заболевания можно использовать **пенициллин** или его полусинтетические производные (*ампициллин, оксациллин, карбенициллин*). В случае непереносимости пенициллина показаны **цефалексин, эритромицин**.

В последние годы увеличилось число возбудителей, устойчивых к пенициллинам. Эти препараты неэффективны в отношении бета-лактамов и внутриклеточных возбудителей. Поэтому используют пенициллиназоустойчивые комбинированные пенициллины III и IV поколений (*амоксиклав, уназин*); и **цефалоспорины II, III, IV** поколений (*зиннат, зинацеф, цефтриаксон, цефепим*).

В случае неэффективного лечения бета-лактамами антибиотиками в течение 2-3 суток назначают **макролиды** (*азитромицин, кларитромицин, спирамицин* и др.). Современные макролиды активны не только в отношении пневмококков, гемофильной палочки, стрептококков, но и в отношении возбудителей атипичных пневмоний - хламидий, микоплазм и легионелл.

Основной путь введения антибиотиков - парентеральный, преимущественно внутримышечный, в виде аэрозолей непосредственно в очаг поражения (в полость плевры или абсцесса). Кроме парентерального введения применяют антибиотики внутрь или ректально. Длительность **антибиотикотерапии - не менее 10-14 дней** с обязательным рентгенологическим контролем.

3. В тяжелых случаях - инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами 20мл/кг
4. При длительном применении антибиотиков показаны **противогрибковые препараты**.
5. **Противовоспалительная** терапия
6. Муколитики, амброксол, амбробене, бромгексин
7. В лечении используют **антигистаминные средства**, эубиотики, *витамины группы B, A, C, E*.
8. Для устранения дыхательной недостаточности проводится **аэро- и оксигенотерапия**.
9. Показаны **бронхорасширяющие, муколитические и отхаркивающие средства, вибрационный массаж, позиционный дренаж**.
10. С первых дней заболевания проводится **дезинтоксикационная** терапия.
11. По показаниям используют **гемосорбцию и плазмаферез**, способствующие удалению токсинов из крови больного.
12. Деструктивные пневмонии требуют направленной **иммуностимулирующей терапии**.
13. Проводится **симптоматическая и посиндромная терапия**: жаропонижающие ибупрофен, парацетамол, нурофен.
14. **Ингаляции** с физраствором и муколитиками

При развитии гнойных осложнений показано хирургическое лечение. Большое значение имеют рефлекторная терапия, дыхательная гимнастика, массаж и физиотерапевтические методы лечения.

Профилактика.

Направлена на повышение сопротивляемости и охрану организма от инфекционных заболеваний.

Первичная профилактика включает закаливание ребенка с первых месяцев жизни, рациональное вскармливание, достаточное пребывание на свежем воздухе, хороший уход. Следует своевременно санировать очаги хронической инфекции, предупреждать и активно лечить заболевания, способствующие развитию бронхолегочной патологии.

Вторичная профилактика, то есть предупреждение повторных заболеваний и перехода острой пневмонии в затяжную или хроническую форму, включает своевременное и адекватное лечение заболеваний органов дыхания до полного выздоровления; предупреждение реинфекции, особенно в первые два месяца после острой пневмонии; лечение сопутствующих заболеваний.

Профилактика ОРВИ, ограничение контактов в сезон вспышек, вакцинация, изоляция заболевших.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Что такое острая пневмония?
- 2) Этиологические факторы пневмонии?
- 3) Клинические симптомы очаговой пневмонии.
- 4) Характер мокроты при крупозной пневмонии.
- 5) Как протекает пневмония у новорожденных детей?
- 6) Особенности лечения пневмонии.
- 7) Профилактика пневмонии.

Бронхиальная астма – это хроническое заболевание, характеризующееся периодически возникающими приступами экспираторной одышки (удушья), связанными с нарушением бронхиальной проходимости.

Виды бронхиальной астмы у детей:

Обыкновенная

С преобладанием аллергического компонента

Смешанная

Неуточненная

Астматический статус

Причины бронхиальной астмы у детей: Приступы бронхиальной астмы могут возникнуть вследствие разных причин.

Аллергены, которые провоцируют астму:

пылевой клещ

частицы меха, перьев, кожи животных и птиц

пыльца цветов и деревьев

тараканы

плесень уличная и домашняя

Раздражающие вещества, влияющие на возникновение приступа:

загрязненный воздух

сигаретный дым

сильные запахи краски или пищевых продуктов

холодный воздух

сильные эмоции и стресс

Также причинами бронхиальной астмы у детей могут быть сульфиты в еде и в напитках, лекарственные средства (например, бета-блокаторы), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, инфекции, химические вещества.

Патогенез

У детей с бронхиальной астмой дыхательные пути чрезмерно реагируют на разные раздражители. В ответ на действие раздражителя они сужаются и вырабатывают большое количество слизи, что нарушает нормальный ток воздуха при дыхании.

Клинические проявления

1. Кашель. Обычно кашель при бронхиальной астме у ребенка частый, постоянный, мучительный. Приступы могут быть более активными в ночное время, также они активизируются после физических нагрузок или вдыхания холодного воздуха.

2. Экспираторная одышка

3. Удушье

4. Свистящие хрипы

Дети с тяжелой или острой бронхиальной астмой во время приступа не может дышать носом, хватает воздух ртом, помогая себе плечами, шеей, туловищем. Из-за суженности дыхательных путей проще вдохнуть воздух, чем выдохнуть. По этой причине из легких не уходит весь воздух, они раздуваются. Когда человек длительный период болеет астмой, у него появляется «голубиная грудь».

Диагностика

Лабораторные исследования:

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

общий анализ мокроты

общий анализ мочи

бактериологическое исследование мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам

Дополнительные лабораторные исследования:

определение уровня IgA, IgM, IgG в сыворотке крови

определение белковых фракций

анализ мочи на содержание 17-оксикетостероидов

анализ крови: кортизол, АКТГ

Обязательное аллергологическое обследование включает определение уровня общего и специфических IgE, а также кожные тесты с аллергенами. В некоторых случаях необходимо дополнительное аллергологическое обследование: определение уровня специфических IgG, провокационные тесты с аллергенами.

Обязательно проводят рентгенографию ОГК и ППН. Один раз проводят ЭКГ, если есть патологии – повторяют. До и после лечения проводится исследование ФВД.
Дополнительные инструментальные исследования при бронхиальной астме у детей:

бронхомоторные тесты

диагностическая бронхоскопия

Лечение

1. Уменьшить или полностью прекратить контакт ребенка с аллергеном, являющимся причиной заболевания.

2. Провести фармакотерапию (для больных атопической бронхиальной астмой).

3. Провести специфическую иммунотерапию.

Специфическую иммунотерапию проводят, если невозможно прекратить контакт ребенка с аллергеном, четко подтвердить аллерген, если больному 5 лет и более.

Специфическую иммунотерапию нельзя проводить, если:

болезнь на стадии обострения;

есть выраженные осложнения;

у ребенка есть опухоли;

легочное сердце с явлениями хронической недостаточности функции внешнего дыхания и кровообращения;

у ребенка аутоиммунные заболевания;

при хронических обострившихся инфекциях;

при психических обострившихся заболеваниях;

если у ребенка тяжелые болезни нервной и эндокринной системы, внутренних органов;

при заболеваниях крови;

если у малыша обнаружены острые инфекционные заболевания.

Общие рекомендации по лечению бронхиальной астмы у детей:

1. Создать комфортные спокойные условия ребенку.

2. Исключить или минимизировать контакт с аллергенами.

3. Исключить эмоциональное и физическое напряжение

4. Не давать ребенку медикаменты, на которые у него непереносимость.

5. Исключить из жизни ребенка факторы, что провоцируют удушье, к пример, косметические средства или дым.

5. Обеспечить гипоаллергенный рацион.

Острые приступы бронхиальной астмы у детей купируют при помощи таких медикаментов (в дозированных ингаляторах или энтерально):

глюкокортикостероиды системного действия;

мимпатомиметики, Р₂-агонисты короткого действия;

холинолитики;

метилксантины короткого действия;

Приступов бронхоспазма можно избежать при помощи профилактических мер:

принимают препараты кромоглициевой кислоты, глюкокортикостероиды,

антигистаминные препараты со стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток и пр.

При тяжелом течение длительными курсами принимают глюкокортикостероиды по назначению врача. Препараты для противовоспалительной терапии:

преднизолон, гидрокортизон, метилпреднизолон, дексаметазон, триамцинолон, бетаметазон.

Делают ингаляции такими препаратами:

будесонид

беклометазон дипропионат

флутиказон пропионат

флунизолид гемигидрат

Показан прием бронхолитических препаратов:

аминофиллин

препараты теофиллина пролонгированного действия

сальбутамол

сальметерол

фенотерола гидробромид

формотерола фумарат

ипратропиум бромид

беродуал

Среднетяжелое течение

Делают ингаляции такими препаратами:

беклометазона дипропионат (распределяют суточную дозу на 4 приема, прыскают через равные интервалы времени; применяют бекломет, бекотид, альдецин);

будесонид (распределяют суточную дозу на 2 приема, прыскают через равные интервалы времени; применяют бенакорт, будесонид пульмикорт);

флунизолида гемигидрат (суточную дозу делят на 2 приема);

флутиказона пропионат (аналогично – суточная доза делится на два приема);

Проводят длительные курсы препаратов кромоглициевой кислоты: кромогликата натрия, недокромила натрия.

Лечение проводят антигистаминными препаратами со стабилизирующим действием на тучные клетки, к примеру, кетотифеном. Применяются также антагонисты лейкотриеновых рецепторов: монтелукаст, зафирлукаст.

Ребенку при среднетяжелом течении бронхиальной астмы прописывают бронхолитические препараты:

1. аминофиллин

2. препараты теофиллина пролонгированного действия (среди них: неотепек, теопек, вен-такс, ретафил, эуфилонг)

3. сальбутамол

4. фенотерола гидробромид

5. сальметерол

6. формотерола фумарат

7. ипратропиум бромид (суточная доза 20-40-80 мкг делится на два-три раза)

8. беродуал

Легкое персистирующее течение

Умеренными дозами делают ингаляции глюкокортикостероидов, к примеру, будесонида, беклометазона дипропионата и пр.

Проводят лечение препаратами кромоглициевой кислоты:

кромогликат натрия

недокромил натрия

По назначению врача принимают:

препараты, оказывающие стабилизирующее действие на тучные клетки, к примеру, кетотифен

антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст, зафирлукаст)

бронхолитические лекарства для купирования острых симптомов заболевания

Также детям показано немедикаментозное лечение: ЛФК, физиотерапия, массаж (после купирования обострений бронхиальной астмы).

При легком течении лечение в стационаре длится от 7 до 14 суток, при

среднетяжелом течении лечение длится от 14 до 20 дней, а при тяжелом – 20-28 суток.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

Определение

Классификация

Этиология

Патогенез

Клинические проявления

Диагностика

Лечение

**Областное государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Саянский медицинский колледж»**

Утверждаю
зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания:

**Методическая разработка практического занятия № 1 для преподавателей
по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностических и реабилитационных процессах
МДК 02.01. Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях.**

Раздел.1. Особенности оказания сестринской помощи детям.

для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Шурыгина Т.В., преподаватель
ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»

Рецензент:

Рассмотрено на заседании

ЦМК специальности Сестринское дело

Протокол № _____ от _____

Председатель ЦМК _____ Н.Г.Самсонова

Саянск

2021г.

Учебно-методическая карта (план) занятия № 1
МДК 02.01 «Сестринский уход при различных
заболеваниях и состояниях» Раздел 1. «Особенности
оказания сестринской помощи детям»

Группа	Дата

Тема занятия: Сестринская помощь при заболеваниях
органов дыхания.

Время 270 минут

Вид занятия практическое

Тип занятия: комбинированный урок

Цель занятия

Учебная: Знакомство с основными методами лечения и ухода, диагностики, правилами профилактики и особенностями клинических проявлений при заболеваниях органов дыхания.

Сформировать у обучающихся выявлять проблемы, связанные с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья, возможности удовлетворять потребности, определять способы решения проблем, составлять рекомендации для родителей по уходу за детьми с заболеваниями органов дыхания, закрепление знаний об анатомо-физиологических и психологических особенностях детского возраста.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: осознании роли профилактических мероприятий и диетотерапии в введении этих больных, способствовать воспитанию усидчивости, ответственного отношения к учебе.

Обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез;
- провести объективное обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), оценить его состояние, определить симптомы осложнений.
- выявить нарушенные потребности, поставить сестринские диагнозы, определить цели сестринского вмешательства.
- составить план сестринского вмешательства с мотивацией.
- осуществить уход и наблюдение за больными с пневмонией, бронхитом, бронхиальной астмой.
- выявить одышку, провести подсчёт частоты дыхания, пульса, определить соотношение частоты дыхания и пульса.
- выявлять проблемы, связанные с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья детей, возможности удовлетворять свои потребности;
- определять способы решения проблем;
- составлять рекомендации по адекватной физической нагрузке, диете, рациональному режиму дня, обеспечению безопасности окружающей среды для детей.
- наблюдать за характером кашля, создать дренажное положение.
- ввести лекарственные препараты через рот, внутримышечно и внутривенно, подать

увлажненный кислород, провести методы отвлекающей терапии, термометрию, пользоваться карманным ингалятором, рассчитать и развести антибиотик

- провести беседу с матерью об особенностях ухода и вскармливания больного ребёнка

- заполнить лист наблюдения за больным

- провести анализ рентгенограмм грудной клетки, клинического анализа периферической крови больных.

Обучающийся должен знать:

- АФО дыхательной системы.

- острый бронхит, причины, предрасполагающие факторы, классификация.

- острый простой бронхит, клиника, диагностика, лечение, уход.

- острый обструктивный бронхит, клиника, диагностика, лечение, уход.

- острый бронхиолит, клиника, диагностика, лечение, уход.

- профилактика бронхитов.

- острая пневмония этиология, патогенез, классификация.

- острая очаговая пневмония (бронхопневмония), клиника, диагностика, лечение, уход.

- острая сегментарная пневмония, клиника, диагностика, лечение, уход.

- осложнения острой пневмонии, профилактика, диспансерное наблюдение.

- особенности течения пневмонии у новорожденных и недоношенных детей.

- оронхиальная астма, причины, клиника, лечение, уход, помощь в приступном периоде.

- характеристика степеней дыхательной недостаточности, принципы оказания неотложной помощи.

- анатомио-физиологические особенности внешних проявлений в детском возрасте;

- анатомио-физиологические особенности изменения внутренних органов в детском возрасте;

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3 Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 6 Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 1.1 Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.3 Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ОП.02. Анатомия и физиология человека, Этапы жизнедеятельности человека, ОСД, Фармакология, Основы психологии, Микробиология, ОП.05. Гигиена и экология человека

Обеспечиваемые – ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий, ПМ.02.

Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессе, ПМ. 04.

Выполнение работ по профессии Младшая медицинская сестра по уходу за больными (решение проблем пациента посредством сестринского ухода.), дерматовенерология, реаниматология, физиотерапия.

А. Наглядные пособия плакаты.

Б. Раздаточный материал

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет № 26

Д. Литература основная. О.С. Католикова «Сестринский уход в педиатрии» Ростов н/Д: Феникс, 2015г

дополнительная: Донцов В.И., Кожин А.А. Здоровый человек и его

окружение - Ростов н/Д: Феникс, 2010г. Запрудин А.М. Этапы

жизнедеятельности человека и медицинские услуги в разные возрастные периоды – М.: Издательство «Мастерство», 2012г. Ежова Н.В. « Детские

болезни» Москва 2009г. Ежова Н.В. «Педиатрия» Минск 2009г.

ХОД ЗАНЯТИЯ Структура занятия

Время	5	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9
	0	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0
	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
№ элемент а	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5-6
Использование																		

НП, ТСО и др.																			
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	<p>Организационный момент:</p> <ul style="list-style-type: none"> - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - наличие документации обучающихся, - сообщение темы, плана, целей занятия. 	<p>Цель: создание рабочей обстановки на занятии. 10 минут.</p>
2.	<p>Мотивация учебной деятельности</p> <p>Обратить внимание обучающихся на важность изучения данной темы, ее место в изучении дисциплины, связь с другими предметами и будущей профессией.</p>	<p>Цель: повысить интерес к изучению данной темы, подготовить обучающихся к активному и сознательному усвоению знаний. 20 минут</p>
3.	<p>Актуализация опорных знаний.</p> <p>Проводится в виде фронтального опроса по вопросам.</p> <p>-Бронхит, бронхиальная астма, пневмония, ОРВИ, грипп,ангина,стенозирующий ларинготрахеит.</p>	<p>Цель: активация теоретических знаний, выявление уровня исходных знаний. 40 минут</p>
4.	<p>Демонстрационная часть</p> <p>Преподаватель демонстрирует необходимый перечень средств и предметы ухода за детьми, а также этапы манипуляции ухода за детьми.</p>	<p>Цель: конкретизировать знания, настроить на целенаправленную деятельность, развитие зрительной памяти, активизация</p>

		мыслительных процессов: анализа, синтеза, сравнения. 20 минут
5.	Инструктаж самостоятельной работы Преподаватель сообщает план практической работы, дает пояснения к порядку выполнения самостоятельной работы, заполнению рабочей документации.	Цель: вызвать познавательный интерес к предстоящей работе; настроить на выполнение самостоятельной работы. 10 минуты
6.	Самостоятельная работа В процессе работы обучающиеся, руководствуясь методическими рекомендациями, должны выполнить следующие задания: - продемонстрировать технику взятия мазка из глотки, полости носа, носоглотки. - выполнение туалета полости рта и обработки полости рта. - сбор мочи. - постановка горчичников. - введение в нос сосудосуживающих капель. - смазывание и орошение слизистой глотки.	Цель: обобщить, систематизировать теоретические знания, отработка навыков самостоятельной работы с книгой. 140 минут
7.	Итоговый контроль 7.1. Решение ситуационных задач. Решение задач обучающиеся осуществляют, объединившись парами. Решение задач озвучивается и может дополняться другими обучающимися. 7.2. Тест-контроль в виде тестовых заданий в двух вариантах по 10 вопросов в каждом.	25 минут
8.	Инструктаж домашнего задания Приготовить тему «Неотложные состояния у детей» В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова «Сестринское дело в педиатрии» стр. 277-291	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку 2 минуты
9	Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач;	Цель: помочь обучающимся в

	<ul style="list-style-type: none">- выставление оценок за работу на уроке;- проверка дневников практики.	осмыслении результатов работы на занятии. 3 минуты.
--	---	--

Содержание учебного материала.

План

II. Дополнительная информация

II.1 Сестринское обследование

1. Анамнез больного

когда и при каких обстоятельствах заболел ребёнок
как протекало заболевание с первого дня и до момента курации
общие проявления заболевания (температура, озноб, сон, аппетит, вялость, беспокойство, настроение, тошнота, рвота, срыгивания, жидкий стул, судороги, потеря массы тела, головная боль, головокружения, отказ от груди).

2. Жалобы (подчеркните соответствующие показатели)

голос (звучный, осиплость, охриплость, афония)
заложенность носа (есть, нет), ощущение сухости, жжения в носу, снижение обоняния, гнусавый голос
насморк (когда появился, характер отделяемого, чихание)
боли, першение, чувство зуда, инородного тела в горле
жжение, резь, ощущение инородного тела в глазах, наличие отделяемого из глаз
кашель (грубый, «лающий», сухой или влажный)
характер кашля (слабый, умеренный, сильный, упорный, приступообразный)
время появления кашля (утром, днём, ночью, во время засыпания)
мокрота (характер, цвет, количество, как откашливается)
боли в спине, груди, чувство жжения за грудиной (характер боли, локализация, связь с дыханием, кашлем)
дыхание (свободное, затруднено, стонущее)
одышка (затруднён вдох или выдох), когда появляется
наличие приступов удушья, апноэ.

3. Аллергологический анамнез

какие пищевые продукты плохо переносит, в чём это проявляется
как часто болеет ОРВИ, клинические симптомы
какие медикаменты плохо переносит, в чём это проявляется
какими ингаляторами пользовался
Основное заболевание –
когда началось, с какого возраста
клинические проявления,
связь начала болезни и обострений с временем года, временем суток, с физическими или эмоциональными нагрузками, с резкими запахами, с

охлаждением, с инфекционными заболеваниями (какими), с пребыванием в определённых бытовых условиях (кабинет химии, биологии, на уроке физкультуры), приёмом медикаментов (каких), прививкой (какой), введением гамма – глобулина, приёмом пищевых продуктов (каких) аллергопробы, выявленная сенсibilизация, специфическая иммунотерапия аллергенами
какие процедуры и медикаменты купируют обострение основного заболевания
где чаще возникают обострения – дома, в детском учреждении, на улице, в деревне, в городе, в поле, в лесу
жилищно-бытовые условия-
дом каменный, деревянный, новый, старый
квартира (комната) – сухая, сырая, тёплая, холодная
есть ли в квартире (комнате) ковры, старая мягкая мебель, цветы, певчие птицы, аквариум, кошка, собака, другие домашние животные (какие)
постель ребёнка – подушка перовая, ватная
одеяло – шерстяное, ватное, перина
матрац – волосяной, ватный
метраж квартиры (комнаты), количество проживающих членов семьи
семейный анамнез (бронхиальная астма, поллиноз, экзема, крапивница, отёк Квинке, вазомоторный насморк, пищевая аллергия, лекарственная аллергия, ревматизм, туберкулёз, сахарный диабет) – по линии отца и матери.

4. Данные объективного исследования

Осмотр

состояние больного, самочувствие
положение (активное, пассивное, вынужденное - мечется, возбуждён, с приподнятым головным концом, с упором на руки, судороги)
сознание (ясное, затемнённое, отсутствует)
кожа (окраска - обычная, гиперемирована, бледная, общий цианоз или цианоз носогубного треугольника, цианоз периоральный, мраморность, серо – землистый цвет; влажность – обычная, повышена; температура - обычная, горячая на ощупь, холодные конечности; чистота – наличие участков раздражения выделениями из носа;)
видимые слизистые зева, конъюнктивы глаз (окраска – обычная, гиперемирована; чистота, влажность – обычная, сухость)
лимфатические узлы – определяемые группы, величина, количество, консистенция, подвижность, чувствительность
голос, крик, кашель, мокрота, пенистые выделения изо рта и носа
дыхание носом или ртом, шумный вдох, удлинённый «свистящий выдох», стонущее, «охающее», «кряхтящее», кивание головой в такт дыханию, раздувание щёк, губ, напряжение крыльев носа
тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный)
ритм дыхания, число дыханий в 1 минуту, соотношение пульса и дыхания
наличие и вид одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная)

грудная клетка (вздутие, бочкообразная форма, симметричность участия в акте дыхания, участие вспомогательной мускулатуры (яремная область, межреберья, над – и подключичные пространства)

пальпация - голосовое дрожание

3) сравнительная перкуссия лёгких (звук ясный лёгочный, притупление, коробочный оттенок)

4) аускультация лёгких, определение характера дыхания (пуэрильное, везикулярное, ослабленное везикулярное, жёсткое, бронхиальное) хрипы - сухие (жужжащие, свистящие), влажные (крупно -, средне-, мелкопузырчатые, крепитирующие, разнокалиберные), локализация, количество, звучность, проводимость, шум трения плевры

5. Данные диагностических и лабораторных методов исследования (общий анализ крови, рентгенография грудной клетки, микробиологическое исследование мокроты – по возможности).

II. 2. Выявление нарушенных потребностей и проблем пациента.

Нарушены потребности	Проблемы пациента				
	Острый простой бронхит	Обструктивный бронхит	Бронхиолит	Бронхиальная астма – приступный период	Острая пневмония
					очаговая сегментарная
1. Дышать	кашель			нехватка воздуха сдавление в груди одышка	одышка апноэ кашель боли в груди
		шумное дыхание одышка	апноэ		
2. Адекватно питаться			рвота	необходимость соблюдения гипоаллергенной диеты	снижение аппетита отказ от груди отставание в весе боли в животе
3. Выделять	выделение мокроты	неэффективное очищение дыхательных путей рвота		выделение мокроты	рвота срыгивание жидкий стул мокрота
4. Двигаться	недомогание разбитость		возбуждение		возбуждение вялость адинамия судороги
				вынужденное положение	

5. Спать	нарушение сна		
6. Личная гигиена	потливость затруднения при самоуходе		
7. Поддерживать нормальную t^0	повышение температуры тела		
8. Поддержание безопасности собственной и окружающих	дефицит знаний ребёнка и родителей о заболевании, осложнениях, способах лечения и профилактики; дефицит общения со сверстниками		
9. Адаптации	беспокойство, тревога по поводу заболевания, страх по поводу исхода болезни		
10. Общаться	капризность плохой контакт		
11. Труд, учёба	быстрая утомляемость		
12. Приоритетная проблема	кашель	удушье, одышка	одышка
13. Потенциальные проблемы	риск развития осложнений	риск развития астматического статуса	риск развития осложнений

III. Схемы базисного ухода.

III. 1. План сестринского ухода при обструктивном бронхите, бронхиолите, пневмонии.

Цели:

Краткосрочная – не допустить развития выраженной клинической картины заболевания, развития осложнений, уменьшить выраженность одышки в течение недели

Долгосрочная – устранить симптомы болезни к моменту выписки.

План сестринского вмешательства	Мотивация
Независимые вмешательства	
- Информировать больного и его родственников о заболевании и	- Обеспечение права пациента на информацию

возможных осложнениях	- Осознанное участие ребёнка и его родственников в мероприятиях ухода
- При организации амбулаторного лечения изолировать больного в отдельную комнату (за ширму) до исчезновения катаральных явлений	- Опасность заражения от больного ребёнка - Ограничение контактов
- При госпитализации ребёнка обеспечить «циклическое» заполнение палат	- Опасность развития «перекрёстной» инфекции
- Организовать масочный режим	- Предотвращается воздушно - капельный путь передачи
- Организовать в острый период постельный режим	- Предупреждение развития осложнений
- Обеспечить доступ свежего воздуха	- Устранение гипоксии
- Создать ребёнку возвышенное положение в постели	- Для облегчения дыхания (за счёт уменьшения притока крови к лёгким, опущения диафрагмы)
- Обеспечить в помещении, где находится ребёнок температуру 18 - 20 ⁰	- Для облегчения отхождения мокроты, облегчения дыхания
- Организовать проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание	- Для улучшения чистоты воздуха, уменьшения концентрации возбудителей
- Организовать ребёнку двигательный режим, дренажное положение, удаление слизи и секрета верхних дыхательных путей	- Для улучшения отхождения мокроты, предупреждения застойных явлений в лёгких
- Проводить туалет кожи, слизистых оболочек носоглотки, глаз	- Для обеспечения выполнения кожей дыхательной функции и облегчения состояния больного
- Обеспечить регулярность физиологических отправлений	- Ослабление и устранение симптомов интоксикации - Облегчения дыхания (при запорах отмечается подъём диафрагмы, что затрудняет экскурсию лёгких)
- При организации труда и отдыха уменьшить нагрузки	- Снижение дополнительных затрат кислорода и снижение риска развития дыхательной недостаточности

<p>- Организовать питание малыми порциями (включать сок квашеной капусты, цитрусовые – лимоны, киви, мандарины, апельсины, грейпфруты, салат из свежей капусты)</p>	<p>- Для облегчения экскурсии лёгких - Устранение симптомов интоксикации</p>
<p>- Организовать обильное питьё (горячий чай, клюквенный, брусничный морсы, щелочные минеральные воды с молоком и др.)</p>	<p>- Для устранения интоксикации</p>
<p>Зависимые вмешательства</p>	
<p>- Выполнить назначения врача: 1) антибактериальные средства через рот, в/м, в/в (пенициллины, амоксициллины, макролиды, цефалоспорины 1, 2, 3 поколений) 2) противовирусные средства 3) парацетамол 10 – 15 мг/кг через рот; анальгин 50% раствор – 0,1 мл/год жизни в/м) 4) эуфиллин 2,4% раствор – 1 мл/год в/в, 2- 4 мг/кг через рот, 1% раствор – по 1 ч л 3 раза в день) 5) кальция пантотенат – по ½ - 1 драже 2 – 3 раза в день, кокарбоксилаза 50 – 100 мг в сутки в/м, 5% раствор аскорбиновой кислоты 200 – 400 мг в сутки в/м) 6) трава термопсиса, корень алтея, мукалтин, пертусин, грудной эликсир и др. 7) бромгексин, амброксол (лазолван) 8) гемодез 5 – 10 мл/кг в/в 9) коргликон 0,06% раствор, детям до 2 лет – 0,02 мл/кг, старше 2 лет 0,016 – 0,017 мл/кг) 10) витамины 11) преднизолон по показаниям 12) горчичники на грудную клетку, тёплые ножные ванны 13) оксигенотерапия 14) физиотерапия 15) вибромассаж, дыхательная гимнастика</p>	<p>- Для лечения заболевания - При вирусной этиологии заболевания - Жаропонижающие препараты - Бронхолитическое действие - Средства, улучшающие тканевое дыхание - Отхаркивающие препараты - Муколитические препараты - Дезинтоксикационные - Сердечное средство (при выраженной тахикардии) - Противовоспалительное действие - Снятие отёка со слизистой - Устранение гипоксии - противовоспалительное, рассасывающее действие - Улучшение питания тканей - Стимуляция защитных сил организма</p>

16) иммунотерапия

III. 2. План сестринского ухода при бронхиальной астме.

Цели:

Краткосрочная – устранить приступ удушья при бронхиальной астме в течение 6 часов; уменьшить выраженность одышки в течение 3 – 5 дней.

Долгосрочная - не допустить развития осложнений, повторных приступов; ребёнок (родственники) продемонстрируют знания о заболевании, способах лечения и профилактики

План сестринских вмешательств	Дозы лекарственных препаратов	Мотивация
В приступном периоде		
Независимые вмешательства		
- Информировать больного и его родственников о заболевании и возможных осложнениях		- Обеспечение права пациента на информацию - Осознанное участие ребёнка и его родственников в мероприятиях ухода
- Устранить причинно - значимый аллерген		- Необходимое условие для ликвидации приступа удушья
- Обеспечить доступ свежего воздуха		- Устранение гипоксии
- Создать ребёнку возвышенное положение в постели или положение с упором на руки		- Для облегчения дыхания (за счёт уменьшения притока крови к лёгким, опущения диафрагмы)
Зависимые вмешательства		
- Выполнить назначения врача: при приступе лёгкой и средней степени тяжести: - ингаляции (1 – 2 вдоха) β_2 – агонистов короткого действия – сальбутамол, беротек, атровент беродуал - через 15 – 20 минут провести пикфлоуметрию	до 5 лет – 1 небула старше 5 лет – 2 небулы (1 небула – 2,5 мл) до 6 лет – 5 капель 6 – 12 лет – 5 – 8 капель старше 12 лет – 10 капель до 1 года – 1 капля/кг, но не	- Снятие спазма гладкой мускулатуры бронхов. - Комбинированный бронхоспазмолитик - Контроль эффективности - Достижение эффекта - Устранение гипоксии - Контроль эффективности - Ингаляционный глюкокортикостероид - Бронхолитическое действие - Для усиления

<p>- если есть эффект – продолжить ингаляции каждые 4 – 6 часов в течение 1 – 2 суток и давать обильное питьё, в том числе минеральная вода;</p> <p>- если нет эффекта, через 20 минут повторить ингаляции бронхоспазмолитика двумя, максимум тремя вдохами</p> <p>- между вдохами – увлажнённый кислород через маску по 15 – 20 минут</p> <p>- провести пикфлоуметрию</p> <p>- если нет эффекта - пульмикорт (одновременно со 2 и 3 ингаляциями бронхолитика)</p> <p>- при отсутствии пульмикорта или его неэффективности- эуфиллин</p> <p>- пациентам высокого риска –преднизолон при приступе тяжёлой степени:</p> <p>- ингаляционные бронхоспазмолитики (лучше беродуал)</p> <p>- или беродуал + пульмикорт + физраствор</p> <p>- если нет эффекта – без промедления – преднизолон эуфиллин</p>	<p>более 10 капель</p> <p>старше года – 10 – 20 капель</p> <p>до 6 лет – 5 – 10 капель</p> <p>6 – 14 лет – 10 – 15 капель</p> <p>старше 14 лет – 20 капель</p> <p>Примечание: до общего объёма 3 мл добавлять 0,9% раствор NaCl</p> <p>250 – 500 мкг однократно</p> <p>2,4% раствор – 0,15 мл/кг (4 мг/кг), разведённый в изотоническом растворе натрия хлорида, в/в медленно</p> <p>3% раствор - 2 мг/кг в/м или в/в однократно</p> <p>максимально 3 вдоха подряд каждые 20 минут в чередовании с увлажнённым кислородом</p> <p>2 мг/кг (чаще 20 – 60 мг), в/м или в/в, при необходимости повторить через 6 часов</p> <p>2,4% раствор – 4 – 5 мг/кг в/в капельно на физрастворе</p>	<p>спазмолитического, бронхолитического эффекта; выраженное противовоспалительное и антиаллергическое действие</p> <p>- Бронхоспазмолитическое действие</p> <p>- Для усиления спазмолитического, бронхолитического эффекта; выраженное противовоспалительное и антиаллергическое действие</p> <p>- Бронхоспазмолитическое действие</p>
---	--	--

<p>В фазу ремиссии болезни: Зависимые вмешательства медикаментозная терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - беротек «по требованию» - дитек или кромолин перед физической нагрузкой или предстоящим воздействием аллергена - ингакорт - спиропент - кортикостероиды через рот - теолонг, ретард, теопек - фитотерапия * семена аниса – настой по ¼ стакана 3 – 4 раза в день за 30 минут до еды; * трава душицы – настой по ½ стакана 2 – 3 раза в день; * лист мать – и мачехи – настой по ¼ стакана 4 раза в день * лист подорожника – настой по 1/3 стакана 3 – 4 раза в день за 15 минут до еды; * корень солодки голой – настой – по 1 столовой ложке 4 – 5 раз в день; * трава чабреца – настой по ¼ стакана 4 – 5 раз в день; * репа огородная – 2 столовые ложки измельчённого корнеплода на 1 стакан воды, кипятить на водяной бане 15 минут, принимать по 1/ стакана 4 раза в день * сборы лекарственных растений: льняное семя, трава тимьяна обыкновенного – по 1 части, плоды аниса обыкновенного – 1,5, настой принимать по 1/3 – ¼ стакана 3 раза в день 		<ul style="list-style-type: none"> - Профилактика приступов заболевания - Отхаркивающее, антисептическое действие - Спазмолитический, противовоспалительный, противоотёчный, жаропонижающий, отхаркивающий, антибактериальный, противокашлевой, успокаивающий эффекты. - Предупреждение развития приступов
--	--	--

трава чабреца, лист мать -
мачехи, трава фиалки
трёхцветной, корень
девяссила высокого –
поровну, настой принимать
по ½ стакана 3 раза в день
перед едой
трава чистотела большого,
горца птичьего, фиалки
трёхцветной, сосновые
почки – по 1 части, трава
крапивы двудомной,
багульника болотного,
исландский мох – по 2
части, настой принимать по
¼ стакана 4 раза в день пред
едой
чага, корень солодки голой –
по 1 части, лист
подорожника большого,
мяты перечной, шалфея
лекарственного, цветки
пижмы обыкновенной,
корень аралии
маньчжурской, трава
тысячелистника
обыкновенного – по 2 части,
трава багульника болотного,
зверобоя продырявленного –
по 4, настой принимать по ¼
стакана 4 раза в день за 30
минут до еды.
* паровые ингаляции и
полоскания с отваром
ромашки, шалфея,
календулы, тысячелистника,
зверобоя, эвкалипта

Независимые вмешательства
оздоровление домашней
обстановки
- ежедневная влажная
уборка
- регулярное проветривание
помещения

- устранение возможных аллергенов (домашняя пыль, животные, табачный дым, шерстяные вещи, перовые подушки) соблюдение диеты избегать приёма антибактериальных средств без назначения врача профилактика ОРВИ		
--	--	--

III. 3. Дыхательная недостаточность.

III. 3. 1. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности при острой бронхопневмонии.

Цели:

не допустить ухудшения состояния

устранить симптомы дыхательной недостаточности

План сестринского вмешательства	Мотивация	Дозы лекарственных препаратов
Независимые вмешательства		
- Обеспечить доступ свежего воздуха, придать возвышенное положение	- Облегчение дыхания	
- Очистить дыхательные пути от мокроты, слизи с помощью электроотсоса или грушевидного баллона	- Обеспечение проходимости дыхательных путей	
- Дать увлажнённый кислород	- Облегчение дыхания, устранение гипоксии	
Зависимые вмешательства		
- Ввести препараты по назначению врача в/в или в/м: 2,4% раствор эуфиллина в/в на физрастворе кокарбоксилазу 5% раствор аскорбиновой кислоты 0,06% раствор коргликона 3% раствор преднизолон	- Устранение одышки - Улучшение тканевого дыхания - Сердечный гликозид - Противовоспалительный эффект	1 мл/год, но не более 10 мл 50 – 100 мг в сутки 200 – 400 мг в сутки до 2 лет – 0,02 мл/кг; после 2 лет – 0.016 – 0,017 мл/кг – разовая доза 1 мг/кг в сутки

III. 3. 2. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности при обструктивном бронхите.

Цели:

не допустить ухудшения состояния

устранить симптомы дыхательной недостаточности

План сестринского вмешательства	Мотивация	Дозы лекарственных препаратов
Независимые вмешательства		
- Обеспечить доступ свежего воздуха, придать возвышенное положение	- Облегчение дыхания	
Зависимые вмешательства		
- Ввести по назначению врача: - через небулайзер – (каждые 6 – 8 часов) Беротек (раствор) Беродуал (раствор) Атровент (раствор) Лазолван (раствор) - при необходимости – эуфиллин или кленбутерол - при неэффективности – беродуал (каждые 20 минут в течение часа) пульмикорт (через 15 минут после беродуала) - увлажнённый кислород	- Бронхолитики - Ингаляционный глюкокортикостероид - Устранение гипоксии	- до 6 лет 5 капель 6 – 12 лет – 5 – 8 капель старше 12 лет – 10 капель (на 2 – 3 мл физраствора) - до 6 лет – 5 – 10 капель 6 – 14 лет – 10 – 15 капель старше 14 лет – 20 капель (на 2- 3 мл физраствора) - до 1 года 10 капель старше 1 года 20 капель - до 2 лет – 15 капель 2 – 6 лет – 25 капель старше 6 лет – 50 капель (на 1 – 2 мл физраствора) 14 – 16 мг/кг в сутки за 4 приёма через рот 0,1% раствор – до 8 мес – по 2,5 мл 8 – 24 мес – по 5 мл 2 – 4 года – 7.5 мл 4 – 6 лет – 10 мл 2 раза в ден 500 мг (с 6 месяцев)

IV. Алгоритмы практических манипуляций.

IV. 1. Исследование дыхательных движений и их оценка.

Цель: Определить основные характеристики дыхания:

глубину (чем младше ребёнок, тем более поверхностное у него дыхание)

отношение частоты дыхания к частоте пульса (оно составляет в норме у новорождённых 1:2,5; у детей до 3 – х лет 1:3; с 3 – 7 лет 1:3,5; у старших

детей и у взрослых 1:4)

ритм дыхания, соотношение фаз вдоха и выдоха (аритмия дыхания в норме отмечается в первые 2 – 3 недели жизни новорождённого)

тип дыхания



частоту дыхательных движений

Оснащение:

часы,

ручка,

температурный лист.

Обязательное условие: Считать строго за 1 минуту в состоянии покоя.

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Подготовка к процедуре	
- Познакомить ребенка (маму) с ходом исследования, установить доброжелательные отношения.	- Психологическая подготовка, осознанное участие в исследовании.
- Обеспечить спокойную обстановку.	- Ритм дыхания у детей неустойчивый (возрастные особенности - беспокойство, крик способствуют учащению дыхания).
- Вымыть и осушить руки.	- Обеспечение инфекционной безопасности.
- Удобно уложить ребенка, чтобы видеть его грудь и живот	- Обеспечение достоверности результата.

(желательно, чтобы грудной ребенок спал).	
Выполнение процедуры	
- Осуществить визуальное наблюдение за движениями грудной клетки и передней брюшной стенки.	- Тип дыхания зависит от возраста ребенка: до 1 года - брюшной тип. 1-2 года - смешанный, с 6 лет - у мальчиков брюшной, у девочек - грудной.
- Определить тип дыхания, глубину и подсчитать дыхательные движения ровно за 1 минуту.	- Обеспечение достоверности результата, так как у детей дыхание аритмичное.
- Если визуальный подсчёт дыхательных движений невозможен, то следует положить руку на живот или грудную клетку ребёнка и подсчитать частоту дыханий строго за 1 минуту. Примечание: у маленьких детей для подсчёта дыхательных движений можно использовать мягкий стетоскоп; у ребёнка старшего возраста наблюдение за	- Обеспечение достоверности результатов, так как у детей дыхание аритмичное

дыханием проводят незаметно для него, так как он может произвольно менять частоту, глубину и ритм дыхания	
Завершение процедуры	
- Записать результаты исследования в температурный лист	- Документирование результатов исследования -Обеспечение преемственности
- Вымыть и осушить руки	- Обеспечение инфекционной безопасности

Показатели частоты дыхания у детей в зависимости от возраста

Возраст	Частота дыхания в 1 минуту
Новорождённый	45 – 60
1 год	35
3 года	28
7 лет	23
13 лет	18
16 лет	16
взрослые	16 - 18



no problem!

IV.2. Техника выпаивания лекарственных препаратов через рот.

Преимущества:

- простота
- доступность
- не требуется стерилизации материала

Недостатки:

- разрушение желудочным и кишечным соками
- медленное поступление в кровь
- трудный учёт всосавшейся дозы
- риск развития диспепсических нарушений
- отказ ребёнка от приёма лекарственных средств

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Подготовка к процедуре	
- Вымыть и осушить руки	- Обеспечение инфекционной безопасности
- Проверить соответствие запись из листа назначения с аптечной этикеткой на упаковке	- Контроль безопасности приёма
- Проверить годность и срок хранения препарата.	
- Поместить лекарственный препарат в чистую мензурку	- Соблюдение гигиенических требований
Выполнение процедуры	
- Проинформировать ребёнка/родственников о назначенном препарате	- Обеспечение права на информацию, осознанное участие в лечении

<p>- Таблетку измельчить, разбавить с небольшим количеством воды (физраствора или глюкозы, если ребёнок плохо пьёт)</p>	<p>- Условия приёма препарата</p>
<p>- Аккуратно, под контролем, с учётом времени приёма и связь с приёмом пищи, грудным детям по частям выпоить препарат ребёнку (примечание: при использовании нескольких лекарственных форм необходимо выпоить их поочерёдно; предупредить ребёнка/родителей о возможных побочных явлениях (изменение окраски стула, мочи)</p>	
<p>Завершение процедуры</p>	
<p>- Погрузить мензурки в дезраствор на время экспозиции (по инструкции к препарату)</p>	<p>- Обеззараживание, соблюдение инфекционной безопасности</p>
<p>- Промыть под проточной водой, осушить, поместить на хранение в закрытую ёмкость или крафт – бумагу</p>	
<p>- Вымыть и осушить</p>	<p>- Соблюдение</p>

руки

инфекционной
безопасности

IV.3. Техника разведения антибиотиков.

Цель:

обеспечить ребёнку введение назначенной врачом дозы.

Оснащение:

резиновые перчатки

флакон с антибиотиком

растворитель для антибиотика (0,25 – 0,5% раствор новокаина,
изотонический раствор натрия хлорида, дистиллированная вода)

разовый шприц с иглами

70% этиловый спирт



стерильные - лоток, пелёнка, ватные шарики, пинцет

лоток для отработанного материала

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Подготовка к процедуре	
- Подготовить необходимое оснащение	- Обеспечение чёткости выполнения процедуры
- Прочитать надпись на флаконе и растворителе (наименование, доза, срок годности)	- Исключение ошибочного ведения препарата, препарата с просроченным сроком годности
- Определить необходимое количество растворителя для соответствующего растворения антибиотика	- При растворении 1:1 (полное разведение) на 100 000 ЕД антибиотика берётся 1 мл растворителя, при разведении 2:1 (половинное разведение) – 0,5 мл
- Определить количество готового раствора, которое необходимо ввести ребёнку	- При полном разведении в 1 мл готового раствора содержится 100 000 ЕД антибиотика, при половинном – в 1 мл содержится 200 000 ЕД антибиотика
Выполнение процедуры	
- Надеть маску, вымыть и осушить руки, обработать концевые фаланги пальцев 70% спиртом, надеть перчатки	- Обеспечение инфекционной безопасности
- Обработать 70% спиртом упаковку шприца, вскрыть её, надеть на него иглу с колпачком, зафиксировать иглу на шприце, снять с иглы колпачок и сбросить его в лоток	- Обеспечение инфекционной безопасности - Предупреждение падения иглы во время работы
- Собранный шприц поместить в	- Обеспечение инфекционной

стерильный лоток или во вскрытую упаковку	безопасности
- Ватным шариком, смоченным 70% спиртом, обработать алюминиевую крышечку флакона с антибиотиком, снять её пинцетом, и вновь обработать спиртом резиновую крышечку; остатки металлической крышечки и ватный шарик сбросить в лоток	
- Протереть шейку ампулы с растворителем ватным шариком со спиртом, надрезать наждачным диском, накрыть стерильной салфеткой и надломить; ватный шарик и салфетку сбросить в лоток	- Обеспечение профилактики инфицирования во время инъекции - Профилактика травмирования рук
- Набрать в шприц рассчитанное количество растворителя (пустую ампулу сбросить в лоток)	- Обеспечение необходимого соотношения растворения
- Проколоть иглой резиновую пробку флакона, ввести растворитель во флакон с сухим антибиотиком	
- Снять флакон с подыгольного конуса и встряхнуть его	- Достижение полного растворения антибиотика
- Надеть иглу с флаконом на шприц, поднять флакон вверх дном и набрать в шприц необходимое количество раствора, снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса	- При полном разведении в 1 мл готового раствора содержится 100 000 ЕД антибиотика, при половинном – в 1 мл содержится 200 000 ЕД антибиотика
- Надеть и закрепить на шприце другую иглу для инъекций, снять с неё колпачок, сбросить его в лоток	- Обеспечение профилактики инфицирования во время инъекции - У детей до 7 лет длина иглы 4 – 5 см, старше 7 лет – 6 – 8 см
- Подняв шприц вверх иглой, выпустить через иглу 1 – 2 капли раствора	- Вытеснение воздуха из шприца и иглы
- Поместить шприц внутрь стерильного лотка, накрытого стерильной салфеткой	- Обеспечение инфекционной безопасности

IV.4. Техника внутримышечной инъекции.

		<p>ЭТА ПЫ</p>	<p>ОБОСНОВАНИЕ</p>
---	---	-------------------	--------------------

Подготовка к процедуре

- Проинформировать ребёнка/родственников о манипуляции, получить согласие

- Обеспечение права на информацию, осознанное участие в манипуляции

- Подготовить необходимое оснащение

- Обеспечение чёткости выполнения процедуры

Выполнение процедуры

- Уложить ребёнка в удобную позу

- Обеспечение профилактики осложнений

- Обработать кожу области инъекции и место вкола разными ватными шариками, смоченными спиртом, сбросить их в лоток

- Обеззараживание инъекционного поля

- Взять третий ватный шарик, смочить его спиртом и оставить в правой руке

- У новорождённых и детей раннего возраста пальцами левой руки собрать все мягкие ткани в складку, поднести шприц с иглой почти к самой коже и под углом 90° энергичным движением проколоть кожу и мышцы. Иглу ввести на $2/3$ длины. У старших детей пальцами левой руки растянуть кожу

- Условие выполнения манипуляции

в месте инъекции и ввести лекарственный препарат по той же методике	
- Вести лекарственное средство первым пальцем левой руки	- Не менять руки во избежание повреждения тканей
- Приложить оставленный в руке тампон к месту инъекции	- Профилактика осложнений, обеспечение инфекционной безопасности
- Извлечь иглу быстрым движением. Ватный тампон и шприц сбросить в лоток	
Завершение процедуры	
- Шприц сбросить в контейнер - накопитель с дезраствором	- Обеспечение инфекционной безопасности
- Сбросить перчатки в ёмкость с дезраствором, вымыть и осушить руки	

IV. 5. Техника внутривенной инъекции.

Цель:

Струйное введение лекарственного раствора в кровеносное русло.

Показания:

Устранение явлений интоксикации, введение лекарственного средства непосредственно и быстро в кровеносное русло для получения эффекта действия.

Оснащение:

ампулы, флаконы с необходимыми лекарственными препаратами
стерильные шприцы 10, 20 мл, система для внутривенного капельного ведения

стерильный материал – ватные шарики, марлевые салфетки, пелёнки в биксах

лоток для стерильного материала

лоток для использованного материала

пинцет в дезрастворе

этиловый спирт 70%

лейкопластырь

стерильные перчатки

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Подготовка к процедуре	
- Подготовить необходимое оснащение	- Обеспечение чёткости выполнения процедуры
- Проинформировать ребёнка/родителей, получить	- Обеспечение права на информацию, осознанное участие в процедуре

согласие	
- Вымыть и осушить руки, надеть перчатки	- Обеспечение инфекционной безопасности
- Придать ребёнку удобное положение - при использовании вен руки руку поместить на столик, маленького ребёнка запеленать, уложить на стол головой к себе. Положение помогает фиксировать медсестра – помощница.	- Обеспечение правильности проведения манипуляции
- Обработать кожу выбранной вены двумя шариками по ходу тока венозной крови	- Обеззараживание инъекционного поля
- Обработать руки спиртом	- Соблюдение стерильности
- Пережать вену выше места пункции жгутом или ватным тампоном (теменную вену)	- Для наполнения вены кровью
- Ввести иглу по току крови под острым углом к поверхности кожи, быстро проколоть кожу на небольшую глубину	- Предупреждение прокола обеих стенок вены
- Коротким движением продвинуть иглу вперёд и проколоть стенку вены, направив иглу по её ходу	- Нахождение в русле вены
- При появлении крови из канюли иглы осторожно надеть шприц	- Создание системы для введения
- Потянуть за поршень шприца до появления крови в шприце	- Уверенность нахождения иглы в просвете вены, профилактика эмболии
- Ввести медленно лекарственный препарат	- Для оказания необходимой помощи
- Шариком со спиртом прижать место входа иглы, удалить её из вены, подержать ватный шарик на месте инъекции	- Для остановки кровотечения
- Наложить на место инъекции стерильную салфетку	- Соблюдение инфекционной безопасности, профилактика осложнений
Завершение процедуры	
- Сбросить шприц с иглой в контейнер – накопитель с	- Обеспечение инфекционной безопасности

дезраствором	
- Перчатки поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки	



IV. 6. Техника подачи увлажнённого кислорода.
 Показания:
 асфиксия новорождённых
 стеноз гортани
 пневмония
 болезни сердца
 шоковые состояния с развитием гипоксемии и гипоксии
 Оснащение:

Аппарат Боброва

Кислородная подушка

Воронка

Дистиллированная вода, 2% раствор натрия гидрокарбоната или спирт 96%

Раствор фурацилина 1:5000

Стерильные – лоток, носовой катетер №№ 9 – 12, шпатель, бинт, лейкопластырь.

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Подготовка к процедуре	
- Подготовить к работе аппарат Боброва: налить в чистую стеклянную ёмкость нужный раствор на 2/3 объёма (высота столба жидкости 10 – 15 см), температура 30 – 40°. Обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.	- Спирт служит пеногасителем и используется при наличии отёка лёгких
- Проинформировать ребёнка/родственников, получить согласие	- Обеспечение права на информацию, осознанное участие в процедуре
Выполнение процедуры	
- При необходимости очистить носовые ходы ребёнка	- Обеспечение попадания струи кислорода в дыхательные пути
- Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос), поставить метку	
- Смочить раствором фурацилина вводимую часть катетера	- Предупреждение травмы слизистой

- Ввести катетер в нижний носовой ход до метки. Осмотреть зев с помощью шпателя. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева по задней стенке глотки.	- Обеспечение нахождения катетера в дыхательных путях
- Зафиксировать наружную часть катетера лейкопластырем	- Обеспечение постоянного положения катетера
- Соединить катетер с аппаратом Боброва (на короткую стеклянную трубку аппарата Боброва). Соединить источник кислорода (кислородную подушку, кислородный баллон с длинной стеклянной трубкой)	- Исключение высыхания слизистой носа и ожога дыхательных путей
- Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода (на кислородную подушку положить груз для создания давления подачи кислорода)	- По назначению врача
Завершение процедуры	
- Закрыть вентиль источника кислорода по истечению срока времени подачи	- Продолжительность подачи определяется врачом (от 30 до 60 минут, в тяжёлых случаях до 6 часов)
- Удалить катетер из полости носа	- Катетер может оставаться в полости носа не более 12 часов
- Отправить катетер на дезинфекцию. Вымыть и осушить руки	- Обеспечение инфекционной безопасности

Примечание:

Подача кислорода может быть осуществлена с помощью кислородной подушки через воронку, которая оборачивается влажной марлевой салфеткой. Воронка подносится ко рту. На подушку помещается груз или на неё необходимо надавливать с противоположного конца, пока кислород не выделится полностью.

Подача кислорода может быть осуществлена с помощью детской кислородной палатки.

IV. 7. Техника сбора мокроты на посев

Мокрота (sputum) — это патологическое отделяемое из дыхательных путей. В состав мокроты могут входить слизь, серозная жидкость, клетки крови и дыхательных путей, редко гельминты и их яйца.

Цель:

установить характер патологического процесса в органах дыхания, определить его этиологию.

Оснащение:

стерильный разовый герметичный флакон (контейнер) перчатки (взятие материала и его отправку следует осуществлять в перчатках).

маска

очки или защитный щиток

дистиллированная вода

хлорид натрия

плевательница с дезраствором

пелёнка (водонепроницаемый передник)

ёмкости с дезраствором для обеззараживания поверхностей, использованного медицинского инструментария и оснащения

Обязательные условия:

контейнер должен быть из ударостойкого, прозрачного материала с навинчивающимся колпачком или плотно закрывающейся крышкой, ёмкостью 20-50 мл и широким отверстием (не менее 35 мм в диаметре), чтобы пациент мог легко сплёвывать мокроту внутрь флакона.

сбор мокроты желательно осуществлять утром (так как она накапливается ночью) и до еды.

анализ мокроты будет достоверней, если пациент предварительно почистил зубы щёткой и прополоскал рот кипячёной водой, что позволяет уменьшить бактериальную обсеменённость полости рта.

анализ мокроты следует проводить подготовленному и обученному пациенту:

мокрота лучше отходит и её образуется больше, если накануне исследования пациент употреблял больше жидкости, муколитические или отхаркивающие средства

сбор мокроты проходит эффективней, если пациент предварительно выполняет три глубоких вдоха с последующим энергичным откашливанием. важно получить именно мокроту, а не слюну.

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Подготовка к процедуре	
- Объяснить ребёнку, маме/родственникам цель и ход проведения процедуры, получить согласие	- Обеспечение права на информацию - Осознанное участие в процедуре
- Вымыть руки под проточной водой, дважды намыливая, осушить. Надеть маску, перчатки	- Обеспечение инфекционной безопасности
- Поставить на инструментальный столик необходимое оснащение	- Обеспечение чёткости выполнения процедуры
- Приготовить растворы для проведения ингаляций (в 1 л стерильной дистиллированной воды	- Необходимое условие для проведения процедуры

растворяют 30 г хлорида натрия берут 30 – 60 мл, подогревают до 42 – 45 ⁰), ингалятор	
Выполнение процедуры	
- Накрыть одежду ребёнка пелёнкой или водонепроницаемым передником (фартуком), обеспечить ребёнка полотенцем или разовой салфеткой	- Обеспечение гигиенического содержания
- Провести больному в течение 10 – 15 минут ингаляцию	- Для стимуляции выделения мокроты
- Встать за спиной у пациента и попросить больного сплюнуть слюну в плевательницу с дезраствором	- Для устранения попадания слюны в мокроту
- Попросить больного откашлянуть мокроту в герметичный флакон (достаточно 3 – 5 мл)	- Необходимое условие выполнения процедуры
- Закрыть контейнер, направить в бактериологическую лабораторию не позднее 2 часов	- Для обеспечения эффективного исследования
Завершение процедуры	
- Умыть и осушить лицо ребёнка, предупредить о выделении мокроты ещё в течение нескольких часов после ингаляции, обеспечить плевательницей с дезраствором, отправить ребёнка в палату	- Обеспечение комфортного состояния
- Обработать рабочие поверхности дезраствором	- Обеспечение инфекционной безопасности
- Погрузить использованные перчатки в дезраствор	
- Вымыть и осушить руки	

Примечания:

Если собранная мокрота подлежит транспортировке в другое учреждение, то до момента отправки в лабораторию герметично закрытые флаконы с материалом хранятся в холодильнике не более 2-3 суток.

При более длительном хранении необходимо применить консервирующие средства.

Во время транспортировки мокрота должна быть защищена от воздействия прямых солнечных лучей и тепла.

Учесть факторы, влияющие на результат исследования:

Неправильный сбор мокроты.

Мокрота несвоевременно отправлена в лабораторию. В несвежей мокроте размножается сапрофитная флора, разрушаются форменные элементы.

Анализ мокроты проведён уже после назначения антибактериальных, противогельминтных средств.

Образец оформления направления на исследование мокроты.

Направление

В бактериологическую лабораторию ГЦ СЭН

Направляется мокрота на посев и чувствительность к антибиотикам

Ф. И. О. Петров Иван Сергеевич

Возраст: 10 лет

Домашний адрес: Ул. Логинова, дом 10, кв 20

Детское учреждение: школа №3, класс 3 «Б»

Диагноз: Острая пневмония (до лечения)

Кто направил: МУЗ «Городская поликлиника №2», педиатрическое отделение № 2, участок №3

Дата забора:

Подпись медсестры:

IV.8. Техника применения карманного ингалятора, спинхайлера и спейсера.

Цели:

- устранить приступ одышки, удушья,
- обеспечить точное дозирование лекарственного препарата и поступление его в дыхательные пути.

Оснащение:

- карманный ингалятор
- спейсер
- 70% спирт

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Подготовка к процедуре	
- Объяснить ребёнку/родственникам суть и ход процедуры	- Обеспечение права на информацию, осознанное участие в процедуре
Выполнение процедуры	
- Обеспечить ребёнку вертикальное положение или положение стоя со слегка запрокинутой головой	- Для выпрямления дыхательных путей
- Обработать загубник ингалятора спиртом	- Обеспечение инфекционной безопасности

- Встряхнуть ингалятор	- Обеспечение его равномерного распределения в баллоне
- Попросить ребёнка сделать полный выдох	- Для обеспечения наиболее эффективного вдоха
- Попросить ребёнка плотно обхватить загубник губами	
- Попросить ребёнка глубоко и медленно вдохнуть и задержать дыхание на 10 секунд (дети могут загибать пальчики для счёта секунд), одновременно нажав на ингалятор один раз	- Для эффективного поступления лекарства в дыхательные пути и точного его дозирования
- Попросить ребёнка выдохнуть	-Необходимое условие выполнения процедуры
- При использовании спейсера (у детей до 12 лет): - Встряхнуть ингалятор, насадить его на спейсер - Обработать загубник спейсера спиртом - Попросить ребёнка обхватить губами загубник спейсера - Нажать на баллон ингалятора один раз, попросив ребёнка сделать 2- 3 быстрых глубоких вдоха - Попросить ребёнка задержать дыхание на 10 секунд и сделать выдох	- Снижается необходимость синхронного вдоха - Обеспечение инфекционной безопасности - Меньше препарата остаётся на слизистой полости рта и всасывается в кровь - Препарат более глубоко проникает в дыхательные пути

V. Примеры ситуационных задач с эталоном ответов.

ЗАДАЧА №1.

На стационарном лечении находится ребёнок 9 лет с диагнозом: Острая правосторонняя пневмония. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: ребёнка беспокоит частый, болезненный, отрывистый влажный кашель, общее недомогание, нарушение сна, аппетита, температура до 38,7⁰.

Объективно: Кожные покровы бледные, синева под глазами, лёгкий периоральный цианоз, частота дыхательных движений 30 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания.

Задания:

Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациента.

Выявите проблемы больного ребёнка.

Определите цели

Составьте план сестринского ухода с обоснованием

Продемонстрируйте технику сбора мокроты на посев и чувствительность к антибиотикам.

Эталон ответа:

1 Нарушено удовлетворение потребностей: дышать, выделять, спать, адаптации, поддерживать безопасность свою и окружающих, общаться, учиться.

2. Проблемы пациента:

настоящие:

- одышка
- кашель
- нарушение сна
- нарушение аппетита
- повышение температуры тела
- дефицит знаний о заболевании

потенциальные:

- риск развития осложнений
- риск заражения окружающих

приоритетная проблема:

- одышка

3. Цели:

краткосрочная – одышка уменьшится к концу недели

долгосрочная – симптомы заболевания будут устранены через 3 – 4 недели.

План сестринского вмешательства	Мотивация
Медицинская сестра:	
1. Проинформирует ребёнка и его родственников о заболевании	1. Обеспечение права на информацию, осознанное участие в лечении
2. Обеспечит соблюдение постельного режима на период лихорадки	2. Для нормализации температуры тела
3. Обеспечит положение с возвышенным головным концом до исчезновения одышки, эмоциональный покой	3. Для устранения одышки, облегчения дыхания
4. Обеспечит приём пищи небольшими порциями и обильное питьё	4. Для облегчения дыхания и отхождения мокроты
5. Обучит пациента дисциплине кашля, обеспечит индивидуальной	5. Обеспечение инфекционной безопасности

плевательницей	
6. Будет проводить ежедневную оценку частоты дыхательных движений и визуальную оценку характера мокроты	6. Контроль состояния пациента
7. Организует регулярное проветривание палаты, влажную уборку, контроль температуры воздуха в палате	7. Для облегчения дыхания, профилактики осложнений
8. Обеспечит сбор мокроты, забор крови на общий анализ, транспортировку ребёнка на рентгенологическое исследование	8. Для подтверждения диагноза, исключения развития возможных осложнений
9. Выполнит назначения врача	9. Лечение заболевания

ЗАДАЧА №2

Ребёнок 5 лет отдыхал в лесу с родителями. Вокруг было много цветущих деревьев. Внезапно у ребёнка появился кашель, чувство стеснения за грудиной, затруднён выдох. Температура тела нормальная, кожа бледная, выражен цианоз носогубного треугольника. Врачебный диагноз:

Бронхиальная астма, приступный период.

Задания:

Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациента.

Выявите проблемы больного ребёнка.

Определите цели

Составьте план сестринского ухода с обоснованием

Продемонстрируйте технику применения карманного ингалятора.

Эталон ответа:

Нарушено удовлетворение потребностей: дышать, выделять, спать, адаптации, поддерживать безопасность свою и окружающих, общаться, учиться.

Проблемы пациента:

настоящие:

- кашель
- затруднённое дыхание
- дефицит знаний о заболевании, способах лечения, профилактики

потенциальные:

- риск удушья
- риск осложнений

приоритетная проблема:

- затруднённое дыхание

Цели:

краткосрочная – улучшить состояние пациента в течение 30 минут

долгосрочная – пациент продемонстрирует знания о способах профилактики приступа

План сестринского вмешательства	Мотивация
Медицинская сестра:	
1. Немедленно вызовет врача	1. Обеспечение врачебной помощи
2. Устранит воздействие аллергена	2. Для облегчения дыхания
3. Придаст пациенту полусидячее положение	
4. Применит карманный ингалятор	
5. Обеспечит наблюдение за состоянием больного	3. Для предупреждения развития повторного приступа и возникновения осложнений
6. Выполнит назначение врача	4. Для эффективного лечения
7. Проведёт беседу о заболевании и профилактике приступов удушья	5. Устранение дефицита знаний

V. Примеры ситуационных задач с эталоном ответов.

ЗАДАЧА №1.

На стационарном лечении находится ребёнок 9 лет с диагнозом: Острая правосторонняя пневмония. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: ребёнка беспокоит частый, болезненный, отрывистый влажный кашель, общее недомогание, нарушение сна, аппетита, температура до 38,7⁰.

Объективно: Кожные покровы бледные, синева под глазами, лёгкий периоральный цианоз, частота дыхательных движений 30 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациента.
2. Выявите проблемы больного ребёнка.
3. Определите цели
4. Составьте план сестринского ухода с обоснованием
5. Продемонстрируйте технику сбора мокроты на посев и чувствительность к антибиотикам.

Эталон ответа:

1 Нарушено удовлетворение потребностей: дышать, выделять, спать, адаптации, поддерживать безопасность свою и окружающих, общаться, учиться.

2. Проблемы пациента:

- настоящие:
 - одышка
 - кашель
 - нарушение сна
 - нарушение аппетита
 - повышение температуры тела
 - дефицит знаний о заболевании
- потенциальные:
 - риск развития осложнений
 - риск заражения окружающих
- приоритетная проблема:
 - одышка

3. Цели:

- краткосрочная – одышка уменьшится к концу недели
- долгосрочная – симптомы заболевания будут устранены через 3 – 4 недели.

План сестринского вмешательства	Мотивация
Медицинская сестра:	
1. Проинформирует ребёнка и его родственников о заболевании	1. Обеспечение права на информацию, осознанное участие в лечении
2. Обеспечит соблюдение постельного режима на период лихорадки	2. Для нормализации температуры тела
3. Обеспечит положение с возвышенным головным концом до	3. Для устранения одышки, облегчения дыхания

исчезновения одышки, эмоциональный покой	
4. Обеспечит приём пищи небольшими порциями и обильное питьё	4. Для облегчения дыхания и отхождения мокроты
5. Обучит пациента дисциплине кашля, обеспечит индивидуальной плевательницей	5. Обеспечение инфекционной безопасности
6. Будет проводить ежедневную оценку частоты дыхательных движений и визуальную оценку характера мокроты	6. Контроль состояния пациента
7. Организует регулярное проветривание палаты, влажную уборку, контроль температуры воздуха в палате	7. Для облегчения дыхания, профилактики осложнений
8. Обеспечит сбор мокроты, забор крови на общий анализ, транспортировку ребёнка на рентгенологическое исследование	8. Для подтверждения диагноза, исключения развития возможных осложнений
9. Выполнит назначения врача	9. Лечение заболевания

ЗАДАЧА №2

Ребёнок 5 лет отдыхал в лесу с родителями. Вокруг было много цветущих деревьев. Внезапно у ребёнка появился кашель, чувство стеснения за грудиной, затруднён выдох. Температура тела нормальная, кожа бледная, выражен цианоз носогубного треугольника. Врачебный диагноз: Бронхиальная астма, приступный период.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пациента.
2. Выявите проблемы больного ребёнка.
3. Определите цели
4. Составьте план сестринского ухода с обоснованием
5. Продемонстрируйте технику применения карманного ингалятора.

Эталон ответа:

1. Нарушено удовлетворение потребностей: дышать, выделять, спать, адаптации, поддерживать безопасность свою и окружающих, общаться, учиться.

2. Проблемы пациента:

- настоящие:
 - кашель
 - затруднённое дыхание
 - дефицит знаний о заболевании, способах лечения, профилактики
- потенциальные:
 - риск удушья
 - риск осложнений
- приоритетная проблема:
 - затруднённое дыхание

3. Цели:

- краткосрочная – улучшить состояние пациента в течение 30 минут
- долгосрочная – пациент продемонстрирует знания о способах профилактики приступа

План сестринского вмешательства	Мотивация
Медицинская сестра:	
1. Немедленно вызовет врача	1. Обеспечение врачебной помощи
2. Устранит воздействие аллергена	2. Для облегчения дыхания
3. Придаст пациенту полусидячее положение	
4. Применит карманный ингалятор	
5. Обеспечит наблюдение за состоянием больного	3. Для предупреждения развития повторного приступа и возникновения осложнений
6. Выполнит назначение врача	4. Для эффективного лечения
7. Проведёт беседу о заболевании и профилактике приступов удушья	5. Устранение дефицита знаний

VI. РЕЦЕПТОТЕКА

Rp: Amoxicillini 0,5 Dtd № 20 intab S. По ½ таблетке ребёнку 5 лет	Защищённый пенициллин (разрушаемый β - лактамазой) Доза 40 – 45 мг в сутки

Rp: BenzilpenicilliniNatrii 1 000 000 ЕД Dtd № 20 S. По 500 000 ЕД 4раза в день ребёнку 5 лет в/м	Группа пенициллинов Доза 100 000 ЕД/кг в сутки

Rp: Sumamed 0,5 Dtd № 10 intab S. В 1 день – ½ таблетки 1 раз в день, со 2 дня – ¼ таблетки 1 раз в день ребёнку 5 лет	Макролид (при непереносимости пенициллинов) Доза – 1 день – 10 мг/кг, со 2 дня – 5 мг/кг, курс 5 дней
Rp: Susp. Масропені 175 мг DS. По ½ чайной ложке 3 раза в день	Макролид Доза 50 мг/кг/сут В 5 мл суспензии – 175 мг препарата
Rp: Amoxiclav 0,5 Dtd № 30 S. По 0,2 в/в ребёнку 5 лет	Защищённый пенициллин (резистентный к β - лактамазе) Доза 30 мг/кг в сутки

Rp: Claforan 0,5 Dtd № 30 S. По 0,5 2 раза в день в/м	Цефалоспорин Доза 50 – 100мг в сутки в 2 – 3 введения, в/м или в/в

VII. Тестовые задания для самоконтроля.

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

1. бактерии
 2. вирусы
 3. простейшие
 4. грибы
-
2. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ
 1. боль в грудной клетке
 2. лихорадка
 3. одышка
 4. слабость
-
3. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ
 1. слабость
 2. недомогание
 3. снижение аппетита
 4. кашель
-
4. ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ
 1. инспираторная одышка
 2. экспираторная одышка
 3. дыхание Куссмауля
 4. дыхание Чейна – Стокса
-
5. ОДЫШКА, ЛИХОРАДКА, КАШЕЛЬ, УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
 1. острого бронхита
 2. хронического бронхита
 3. острой пневмонии
 4. бронхиальной астмы
-
6. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ИМЕЕТ
 1. общий анализ крови
 2. общий анализ мочи
 3. рентгенография лёгких
 4. спирография
-
7. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПНЕВМОНИИ У РЕБЁНКА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ
 1. общий анализ крови
 2. общий анализ мочи
 3. рентгенографию грудной клетки
 4. посев мокроты

8. С ЦЕЛЬЮ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ

1. противомикробные
2. десенсибилизирующие
3. отхаркивающие
4. бронхолитические

9. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У РЕБЁНКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. лихорадкой
2. судорогами
3. приступами удушья
4. отёками

10. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ β - АДРЕНОМИМЕТИК

1. димедрол
2. интал
3. преднизолон
4. сальбутамол

ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

1. интал
2. отвар мать – и мачехи
3. преднизолон
4. пенициллин
5. сальбутамол
6. аспирин

2. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

1. одышка
2. укорочение перкуторного звука над очагом воспаления
3. коробочный оттенок перкуторного звука над очагом воспаления
4. кашель
5. цианоз носогубного треугольника
6. нарушение сна

3. В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ИСПОЛЬЗУТ

1. горчичники
2. антибактериальные средства
3. очистительную клизму
4. оксигенотерапию
5. аскорбиновую кислоту
6. лазолван

4. НЕЗАВИСИМЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УХОДЕ ЗА РЕБЁНКОМ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

1. кормить по аппетиту
2. обеспечить доступ свежего воздуха
3. ввести кокарбоксилазу
4. провести ингаляцию через небулайзер
5. чаще брать на руки
6. измерять температуру тела 2 раза в день

5. ЗАВИСИМЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УХОДЕ ЗА РЕБЁНКОМ С ОСТРОЙ БРОНХОПНЕВМОНИЕЙ

1. кормить по аппетиту
2. обеспечить доступ свежего воздуха
3. ввести кокарбоксилазу
4. провести ингаляцию через небулайзер
5. чаще брать на руки
6. измерять температуру тела 2 раза в день

6. ГОРЧИЧНИКИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ

1. гипертермии
2. пневмонии
3. бронхите
4. опухоли
5. пиодермии
6. анемии

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ПРИМЕНЯЮТ

1. УВЧ на грудную клетку
2. горячие ножные ванны
3. микстуру доктор Мом
4. горчичники на грудную клетку
5. дренажное положение
6. дыхательную гимнастику

8. ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

1. вирусы
2. гельминты
3. микоплазмы
4. шигеллы
5. бактерии
6. грибы

9. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ

1. пневмония

2. обструктивный бронхит
3. опухоль мозга
4. асфиксия новорождённого
5. анемия
6. омфалит

10. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

1. повышение температуры тела
2. экспираторная одышка
3. кашель
4. укорочение перкуторного звука над очагом воспаления
5. снижение аппетита
6. периоральный цианоз

IX. Глоссарий.

Апноэ

Бронхит

Острый простой бронхит

Острый обструктивный бронхит

Бронхиолит

Острая пневмония

Бронхиальная астма

Острая дыхательная недостаточность

Небулайзер

Пикфлоуметрия

Пикфлоуметр

Спейсер

Спинхайлер

Мокрота

X. Эталон ответов определения терминов.

1. **Апноэ** – временная остановка дыхания при обеднении крови углекислым газом.
 2. **Бронхит** – это патологическая реакция бронхов на различные раздражители – физические, химические, инфекционные и другие.
 3. **Острый простой бронхит** – форма поражения бронхов, при которой обструкция дыхательных путей клинически не выражена
 4. **Острый обструктивный бронхит** – острый бронхит, протекающий с признаками бронхиальной обструкции
 5. **Бронхиолит** – острое поражение мельчайших бронхов и бронхиол, приводящее к развитию выраженной обструкции дыхательных путей и сопровождающееся дыхательной недостаточностью.
 6. **Острая пневмония** – полиэтиологическое инфекционно – воспалительное заболевание лёгких.
 7. **Бронхиальная астма** – заболевание, характеризующееся рецидивами бронхиальной обструкции, которые проявляются в виде приступов удушья.
 8. **Острая дыхательная недостаточность** – такое состояние организма, при котором внешнее дыхание не способно обеспечивать на должном уровне насыщение крови кислородом и удаление из неё углекислоты.
9. **Небулайзер** – устройство для преобразования жидкости в аэрозоль с особо мелкодисперсными частицами способными проникать преимущественно в периферические бронхи.
10. **Пикфлоуметрия** – это метод определения максимальной объёмной скорости выдоха.
11. **Пикфлоуметр** – прибор для определения максимальной объёмной скорости выдоха.
12. **Спейсер** – это вспомогательное устройство для проведения ингаляций, камера, которая служит промежуточным резервуаром для аэрозоли лекарства.
13. **Спинхайлер** – индивидуальный ингалятор.
14. **Мокрота** – это патологическое отделяемое дыхательных путей.

Приложения

Итоговое тестирование по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания у детей.

1. Анатомические особенности евстахиевой трубы у ребенка, способствующие частому развитию отита

- а) короткая и широкая
- б) короткая и узкая
- в) длинная и широкая
- г) длинная и узкая

2. Кратковременная остановка дыхания у детей

- а) апноэ
- б) брадипноэ
- в) тахипноэ
- г) асфиксия

3. Наиболее частая причина острого бронхита у детей

- а) бактерии
- б) вирусы
- в) простейшие
- г) грибы

4. Ведущий клинический симптом обструктивного бронхита у детей

- а) боль в грудной клетке
- б) лихорадка
- в) одышка

г) слабость

5. Основной симптом острого бронхита у детей

а) слабость

б) недомогание

в) снижение аппетита

г) кашель

6. При обструктивном бронхите у детей развивается

а) инспираторная одышка

б) экспираторная одышка

в) дыхание Куссмауля

г) дыхание Чейна-Стокса

7. Лихорадка, одышка, кашель, локальное укорочение перкуторного звука у детей характерны для

а) острого бронхита

б) хронического бронхита

в) острой пневмонии

г) бронхиальной астмы

8. Красновато-коричневый цвет мокроты у детей отмечается при пневмонии

а) интерстициальной

б) очаговой

в) сегментарной

г) крупозной

9. Решающее значение в диагностике пневмонии у детей имеет

а) общий анализ крови

б) общий анализ мочи

в) рентгенография легких

г) спирография

10. Для определения этиологического фактора пневмонии у ребенка следует провести

а) общий анализ крови

б) общий анализ мочи

в) рентгенографию легких

г) посев мокроты

11. Этиотропная терапия пневмонии у детей — применение препаратов

а) противомикробных

б) десенсибилизирующих

в) отхаркивающих

г) бронхолитических

12. Бронхиальная астма у ребенка характеризуется

а) лихорадкой

б) судорогами

в) приступом удушья

г) отеками

13. Для купирования приступа бронхиальной астмы у детей используют β-адреномиметик

а) димедрол

б) интал

в) преднизолон

г) сальбутамол

14. Для профилактики приступов бронхиальной астмы у детей применяют

а) пипольфен

б) интал

в) эуфиллин

г) эфедрин

15. Сестринское вмешательство при приступе бронхиальной астмы

а) введение эуфиллина

б) проведение отвлекающих процедур

в) введение антибиотиков

г) проведение оксигенотерапии

16. Воспаление слизистой оболочки полости носа и глотки у детей – это

а) ринит

б) назофарингит

в) ларингит

г) ларинготрахеит

17. Клинические симптомы назофарингита у детей

а) отеки

б) желтуха

в) кровотечения

г) кашель

18. При назофарингите у детей применяется

а) оксигенотерапия через пеногасители

б) оксигенотерапия

- в) полоскание горла отваром ромашки
 - г) полоскание горла физраствором
19. Осложнение ларинготрахеита
- а) пилоростеноз
 - б) стеноз гортани
 - в) пневмоторакс
 - г) плеврит
20. Причина затруднения дыхания при остром рините у детей
- а) отек слизистой, гиперсекреция слизи
 - б) отек слизистой, гиперсекреция мокроты
 - в) атрофия слизистой, гиперсекреция слизи
 - г) атрофия слизистой, гиперсекреция мокроты
21. Возможное осложнение ринита у грудных детей
- а) отит
 - б) асфиксия
 - в) ложный круп
 - г) ангина
22. При остром рините детям раннего возраста вводятся лекарственные препараты
- а) антибактериальные
 - б) антигистаминные
 - в) сосудосуживающие
 - г) сосудорасширяющие
23. При остром рините действие сосудосуживающих препаратов направлено на

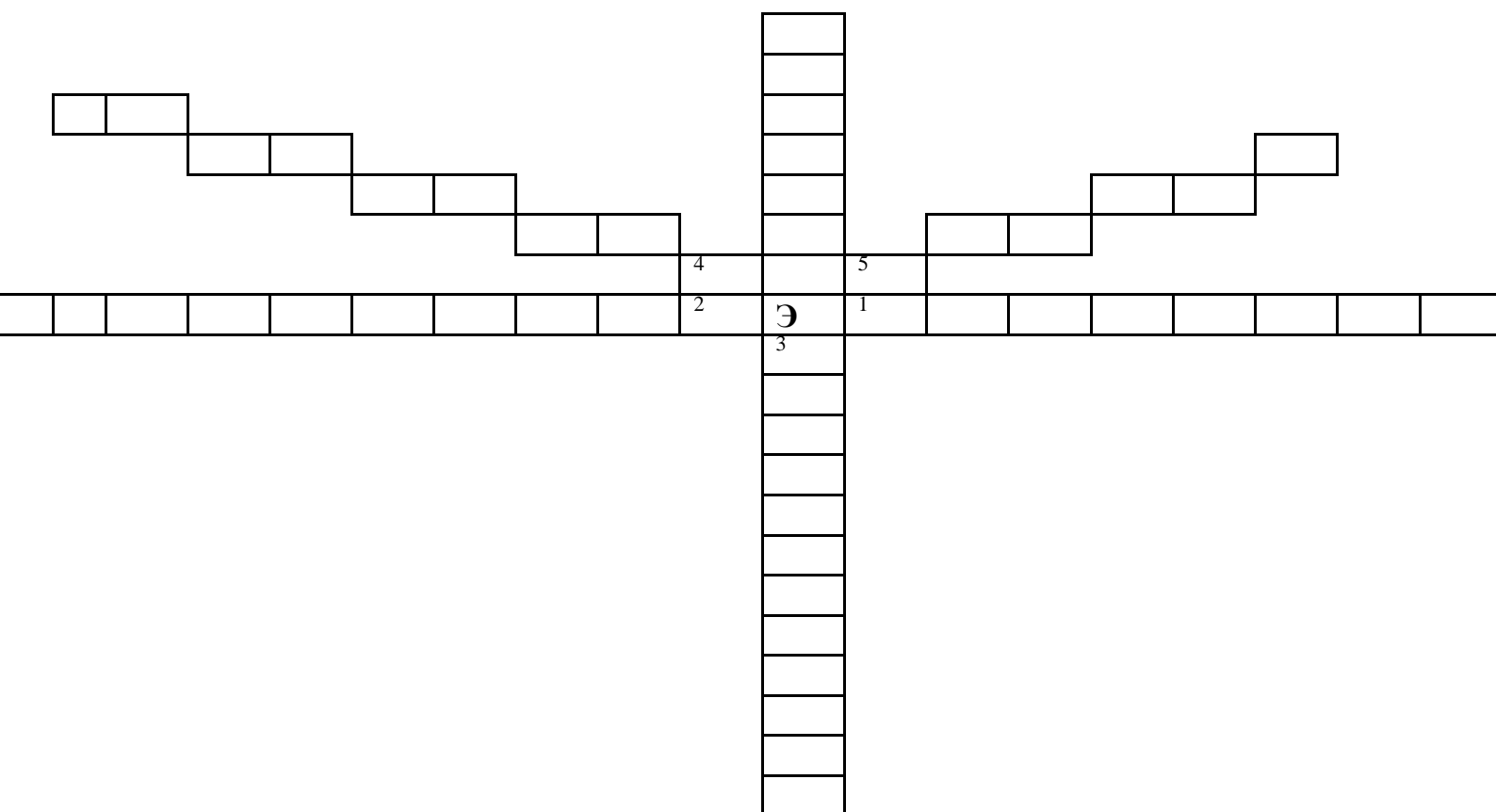
- а) уменьшение отека слизистой носа
 - б) увеличение отека слизистой носа
 - в) уменьшение температуры тела
 - г) отхождение мокроты
24. Ведущим симптомом при остром отите у детей является
- а) кашель
 - б) одышка
 - в) боль в грудной клетке
 - г) боль в ухе
25. При остром отите у детей применяют
- а) горчичники
 - б) банки
 - в) холодный компресс на область уха
 - г) согревающий компресс на область уха
26. Стенотическое дыхание, изменение тембра голоса, грубый кашель наблюдается у детей при
- а) ларингостенозе
 - б) трахеите
 - в) бронхите
 - г) пневмонии
27. Тактика медицинской сестры при угрозе стеноза гортани у ребенка вне лечебного учреждения
- а) направление в поликлинику
 - б) срочная госпитализация
 - в) проведение оксигенотерапии

- г) назначение физиотерапевтических процедур
28. При остром бронхиолите у детей развивается выраженная недостаточность
- а) дыхательная, сердечно-сосудистая
 - б) дыхательная, почечная
 - в) печеночная, почечная
 - г) печеночная, надпочечниковая
29. При остром бронхите у детей применяют отхаркивающую микстуру с
- а) термопсисом
 - б) толокнянкой
 - в) валерианой
 - г) пустырником
30. При уходе за ребенком с острым бронхитом для лучшего отхождения мокроты медсестра осуществляет
- а) оксинотерапию
 - б) оксинотерапию через пеногасители
 - в) постановку горчичников на грудную клетку
 - г) вибрационный массаж, постуральный дренаж

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 а, 2 а, 3 б, 4 в, 5 г, 6 б, 7 в, 8 г,
9 в, 10 г, 11 а, 12 в, 13 г, 14 б, 15 б, 16 б,
17 г, 18 в, 19
б, 20 а, 21 а, 22 в, 23 а, 24 г, 25 г, 26 а, 27 б,
28 а, 29 а, 30 г.

Разгадайте кроссворд



1. Одышка, характерная для приступа бронхиальной астмы.
2. Аллергены внешней среды.
3. Аллергены, образующиеся в самом организме.
4. Их содержание в общем анализе крови при аллергии повышено.
5. Препарат из группы метилксантинов, оказывающий бронхолитическое действие, применяется при бронхоспазме.
6. Препарат из группы адреномиметиков, применяющийся при приступе бронхиальной астмы.

**Заполните пищевой дневник ребенку с аллергической
предрасположенностью (продукты возьмите произвольно).**

Дата	Продукты	Аллергические проявления

В дневник по практическому обучению записать:
КРАСНЫМ цветом впишите мероприятия неотложной помощи при гипертермии, ЗЕЛЕНЫМ цветом – при ложном крупе.

Паровые ингаляции, растирание кожи 40° спиртом, ножные горячие ванны, щелочное питье, оральная регидратация, холод к местам проекции крупных сосудов, горчичники, сосудосуживающие капли в нос, приготовить свечи «Цефикон», приготовить преднизолон.

Составить презентацию, кроссворд, памятку для пациента или родителей на предлагаемые темы:

I. Составить кроссворд или сканворд на тему

1. Острый стенозирующий ларинготрахеит.
2. Ангины.
3. Бронхиты.
4. Пневмонии.
5. Бронхиальная астма.

II. Составить памятку на тему

1. Профилактика ринита у детей.
2. Профилактика отита у детей.
3. Профилактика ОРВИ у детей.
4. Профилактика острого стенозирующего ларинготрахеита у детей.
5. Профилактика ангины у детей.
6. Профилактика бронхитов у детей.
7. Профилактика пневмонии у детей.
8. Профилактика бронхиальной астмы у детей.
9. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями легких

III. Составить презентацию на тему

1. Пикфлоуметрия метод контроля бронхиальной астмы.
2. Сестринский процесс при пневмонии.
3. Сестринский процесс при бронхиальной астме.
4. Сестринский процесс при ангине.
5. Сестринский процесс при стенозирующем ларинготрахеите.

Список используемой литературы

1. Григорьев, К.И Особенности оказания сестринской помощи детям: учебное пособие/К.И. Григорьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Елифанова, В.А Основы реабилитации [Электронный ресурс]/В.А. Елифанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Католикова, О.С Сестринский уход в педиатрии. МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях/О.С. Католикова. – Ростов н/Д, Феникс, 2015.
4. Смолева, Э.В. Сестринский уход в терапии. МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях /Э.В. Смолева. – Ростов н/Д, Феникс, 2015.
5. Качаровская, Е.В Сестринская помощь в педиатрии [Электронный ресурс]/Е.В. Качаровская, Лютикова О.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.