Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Саткинский медицинский колледж»

Согласовано
Главный врач ГБУЗ «Областная больница г. Сатка» _____ Крохина И.А.
«16» июня 2023 г

Утверждаю
Приказ № 167
Директор ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж» _____ Галямова О.С.
«16» июня 2023 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

учебной дисциплины

ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности
МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля
Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

по специальности

31.02.01 Лечебное дело

г. Сатка

2023-2026

Фонд оценочных средств дисциплины «ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом» составлен в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.01 Лечебное дело

Организация-разработчик ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Разработчик:

Рассмотрена на заседании цикловой комиссии Лечебное дело

Протокол № 10 от «16» 06 2023 г.

Председатель _____ М. П. Чудинова

Утверждена:

Зам.директора по УР _____ А. Н. Гильмиярова

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА 4

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ 4

2. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ 12

3. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ 13

3.1. Задания к дифференцированному зачету по учебной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии ……... 13

3.2. Задания к дифференцированному зачету производственной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии …….. 32

4. КРИТЕРИИ И ШКАЛЫ ДЛЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ 72

4.1. Критерии оценки дифференцированного зачета учебной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии …….. 73

4.2. Критерии оценки дифференцированного зачета по производственной практике ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии …….. 75

ШАБЛОН бланка дифференцированного зачета учебной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии ……... 77

ШАБЛОН бланка дифференцированного зачета по производственной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии …….. 78

ЛИТЕРАТУРА 80

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель фонда оценочных средств. Оценочные средства предназначены для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу учебной дисциплины ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии. Перечень видов оценочных средств соответствует Рабочей программе дисциплины.

Фонд оценочных средств включает материалы для проведения промежуточной аттестации по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии предусмотрен **дифференцированный зачет** в форме тестовых заданий и практических заданий.

Структура и содержание заданий – задания разработаны в соответствии с рабочей программой дисциплины ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии.

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Освоение содержания учебной дисциплины ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии обеспечивает достижение студентами следующих **результатов:**

иметь практический опыт:

1 обследования пациента;

2 интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

3 заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента.

уметь:

осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей);

интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей);

оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей;

проводить физикальное обследование пациента, включая:

осмотр,

пальпацию,

перкуссию,

аускультацию

оценивать состояние пациента;

оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания, проводить:

общий визуальный осмотр пациента,

осмотр полости рта,

осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал,

измерение роста,

измерение массы тела,

измерение основных анатомических окружностей,

измерение окружности головы,

измерение окружности грудной клетки,

измерение толщины кожной складки (пликометрия);

проводить осмотр беременных женщин и направлять на пренатальный скрининг в случае физиологически протекающей беременности для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;

интерпретировать и анализировать результаты физикального обследования с учетом возрастных особенностей и заболевания:

термометрию общую,

измерение частоты дыхания,

измерение частоты сердцебиения,

исследование пульса, исследование пульса методом мониторирования,

измерение артериального давления на периферических артериях, суточное мониторирование артериального давления,

регистрацию электрокардиограммы,

прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров,

оценку поведения пациента с психическими расстройствами;

проводить диагностику неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений у взрослых и детей;

выявлять пациентов с повышенным риском развития злокачественных новообразований, с признаками предраковых заболеваний и злокачественных новообразований и направлять пациентов с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология";

обосновывать и планировать объем инструментальных и лабораторных исследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;

интерпретировать и анализировать результаты инструментальных и лабораторных обследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;

обосновывать необходимость направления пациентов к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;

Определять медицинские показания для оказания медицинской помощи с учетом возрастных особенностей;

формулировать предварительный диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

разрабатывать план лечения пациентов с хроническими неосложненными заболеваниями и (или) состояниями и их обострениями, травмами, отравлениями;

оформлять рецепт на лекарственные препараты, медицинские изделия и специальные продукты лечебного питания;

применять лекарственные препараты, специальные продукты лечебного питания и медицинские изделия при заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, с учетом возрастных особенностей, в том числе по назначению врача;

назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза и клинической картины

заболевания;

проводить следующие медицинские манипуляции и процедуры:

ингаляторное введение лекарственных препаратов и кислорода;

ингаляторное введение лекарственных препаратов через небулайзер;

установка и замена инсулиновой помпы;

пособие при парентеральном введении лекарственных препаратов;

пункция, катетеризация кубитальной и других периферических вен;

внутривенное введение лекарственных препаратов;

непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов;

внутрипросветное введение в центральный венозный катетер антисептиков и лекарственных препаратов;

уход за сосудистым катетером;

проводить введение лекарственных препаратов:

накожно, внутрикожно, подкожно, в очаг поражения кожи;

внутримышечно;

внутрикостно, используя специальную укладку для внутрикостного доступа, внутрисуставное, околосуставное;

интраназально, в наружный слуховой проход;

втиранием растворов в волосистую часть головы;

с помощью глазных ванночек с растворами лекарственных препаратов;

инстилляцией лекарственных препаратов в конъюнктивную полость;

интравагинально, ректально, с помощью клизмы;

предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, и немедикаментозного лечения;

осуществлять отпуск и применение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, в случае возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача пациентам, нуждающимся в лечении и обезболивании;

направлять пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, при наличии медицинских показаний;

вести физиологические роды;

вести учет лекарственных препаратов;

проводить мониторинг течения заболевания, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания;

оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения;

проводить посещение пациента на дому с целью динамического наблюдения за состоянием пациента, течением заболевания;

проводить измерение и оценку показателей жизнедеятельности пациентов в динамике, интерпретировать полученные данные;

Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

оформлять листок временной нетрудоспособности, в том числе, в форме электронного документа;

оформлять документы для направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с нормативными правовыми актами.

знать:

клиническое значение и методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов или их законных представителей;

закономерности функционирования здорового организма человека с учетом возрастных особенностей и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории

функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах;

правила и цели проведения амбулаторного приема и активного посещения пациентов на дому;

клиническое значение методики проведения медицинских осмотров и обследования пациента;

методика расспроса, осмотра пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания;

клинические признаки и методы диагностики заболеваний и (или) состояний у детей и взрослых, протекающих без явных признаков угрозы жизни и не требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;

клиническое значение основных методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;

признаки физиологически нормально протекающей беременности;

этиологию, патогенез, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы наиболее распространенных острых и хронических заболеваний и (или) состояний;

международную статистическую классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;

медицинские показания к оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;

медицинские показания и порядок направления пациента на консультации к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам;

медицинские показания к оказанию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях;

порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи, технологии выполнения простых медицинских услуг;

порядок назначения, учёта и хранения лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания в соответствии с нормативными правовыми актами;

методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и (или) состояниях у детей и взрослых;

механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению лекарственных препаратов, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции на введение лекарственных препаратов;

методы немедикаментозного лечения: медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции;

механизм действия немедикаментозных методов лечения (физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, массаж, иглорефлексотерапия, бальнеотерапии, психотерапия);

нормативные правовые акты, регулирующие обращение лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента, рецептов, отпуск лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, медицинских изделий, а также их хранение;

требования к ведению предметно-количественного учета лекарственных препаратов;

порядок ведения физиологических родов;

принципы, цели и объем динамического наблюдения пациентов, с высоким риском развития или наличием заболеваний с учетом возрастных особенностей;

нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности;

критерии временной нетрудоспособности, порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности;

правила оформления и продления листка нетрудоспособности, в том числе, в форме электронного документа;

классификация и критерии стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами, порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу при стойком нарушении функций организма.

Результатом освоения учебной дисциплины являются предусмотренные ФГОС по специальности умения и знания, направленные на формирование общих и профессиональных компетенций.

Таблица 1

Код	**Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций**
ВД 2	**Осуществление лечебно-диагностической деятельности**
ПК 2.1	Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений
ПК 2.2	Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений
ПК 2.3	Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента
ПК 2.4	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами.
ОК 01	Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам
ОК 02	Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности
ОК 03	Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях
ОК 04	Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде
ОК 05	Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста
ОК 06	Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения
ОК 07	Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях
ОК 08	Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности
ОК 09	Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках

Личностные результаты

Личностные результаты реализации программы воспитания (дескрипторы)	**Код личностных результатов реализации программы воспитания**
Осознающий себя гражданином России и защитником Отечества, выражающий свою российскую идентичность в поликультурном и многоконфессиональном российском обществе и современном мировом сообществе. Сознающий свое единство с народом России, с Российским государством, демонстрирующий ответственность за развитие страны. Проявляющий готовность к защите Родины, способный аргументированно отстаивать суверенитет и достоинство народа России, сохранять и защищать историческую правду о Российском государстве	ЛР 1
Проявляющий активную гражданскую позицию на основе уважения закона и правопорядка, прав и свобод сограждан, уважения к историческому и культурному наследию России. Осознанно и деятельно выражающий неприятие дискриминации в обществе по социальным, национальным, религиозным признакам; экстремизма, терроризма, коррупции, антигосударственной деятельности. Обладающий опытом гражданской социально значимой деятельности (в студенческом самоуправлении, добровольчестве, экологических, природоохранных, военно-патриотических и др. объединениях, акциях, программах). Принимающий роль избирателя и участника общественных отношений, связанных с взаимодействием с народными избранниками	ЛР 2
Демонстрирующий приверженность традиционным духовно-нравственным ценностям, культуре народов России, принципам честности, порядочности, открытости. Действующий и оценивающий свое поведение и поступки, поведение и поступки других людей с позиций традиционных российских духовно-нравственных, социокультурных ценностей и норм с учетом осознания последствий поступков. Готовый к деловому взаимодействию и неформальному общению с представителями разных народов, национальностей, вероисповеданий, отличающий их от участников групп с деструктивным и девиантным поведением. Демонстрирующий неприятие социально опасного поведения окружающих и предупреждающий его. Проявляющий уважение к людям старшего поколения, готовность к участию в социальной поддержке нуждающихся в ней	ЛР 3
Проявляющий и демонстрирующий уважение к труду человека, осознающий ценность собственного труда и труда других людей. Экономически активный, ориентированный на осознанный выбор сферы профессиональной деятельности с учетом личных жизненных планов, потребностей своей семьи, российского общества. Выражающий осознанную готовность к получению профессионального образования, к непрерывному образованию в течение жизни Демонстрирующий позитивное отношение к регулированию трудовых отношений. Ориентированный	ЛР 4

на самообразование и профессиональную переподготовку в условиях смены технологического уклада и сопутствующих социальных перемен. Стремящийся к формированию в сетевой среде личностно и профессионального конструктивного «цифрового следа»	
Демонстрирующий приверженность к родной культуре, исторической памяти на основе любви к Родине, народу, малой родине, знания его истории и культуры, принятие традиционных ценностей многонационального народа России. Выражающий свою этнокультурную идентичность, сознающий себя патриотом народа России, деятельно выражающий чувство причастности к многонациональному народу России, к Российскому Отечеству. Проявляющий ценностное отношение к историческому и культурному наследию народов России, к национальным символам, праздникам, памятникам, традициям народов, проживающих в России, к соотечественникам за рубежом, поддерживающий их заинтересованность в сохранении общероссийской культурной идентичности, уважающий их права	ЛР 5
Ориентированный на профессиональные достижения, деятельно выражающий познавательные интересы с учетом своих способностей, образовательного и профессионального маршрута, выбранной квалификации	ЛР 6
Осознающий и деятельно выражающий приоритетную ценность каждой человеческой жизни, уважающий достоинство личности каждого человека, собственную и чужую уникальность, свободу мировоззренческого выбора, самоопределения. Проявляющий бережливое и чуткое отношение к религиозной принадлежности каждого человека, предупредительный в отношении выражения прав и законных интересов других людей	ЛР 7
Проявляющий и демонстрирующий уважение законных интересов и прав представителей различных этнокультурных, социальных, конфессиональных групп в российском обществе; национального достоинства, религиозных убеждений с учётом соблюдения необходимости обеспечения конституционных прав и свобод граждан. Понимающий и деятельно выражающий ценность межрелигиозного и межнационального согласия людей, граждан, народов в России. Выражающий сопричастность к преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства, включенный в общественные инициативы, направленные на их сохранение	ЛР 8
Сознающий ценность жизни, здоровья и безопасности. Соблюдающий и пропагандирующий здоровый образ жизни (здоровое питание, соблюдение гигиены, режим занятий и отдыха, физическая активность), демонстрирующий стремление к физическому совершенствованию. Проявляющий сознательное и обоснованное неприятие вредных привычек и опасных наклонностей (курение, употребление алкоголя, наркотиков, психоактивных веществ, азартных игр, любых форм зависимостей), деструктивного поведения в обществе, в том числе в цифровой среде	ЛР 9
Бережливо относящийся к природному наследию страны и мира, проявляющий сформированность экологической культуры на основе понимания влияния социальных, экономических	ЛР 10

и профессионально-производственных процессов на окружающую среду. Выражающий деятельное неприятие действий, приносящих вред природе, распознающий опасности среды обитания, предупреждающий рискованное поведение других граждан, популяризирующий способы сохранения памятников природы страны, региона, территории, поселения, включенный в общественные инициативы, направленные на заботу о них	
Проявляющий уважение к эстетическим ценностям, обладающий основами эстетической культуры. Критически оценивающий и деятельно проявляющий понимание эмоционального воздействия искусства, его влияния на душевное состояние и поведение людей. Бережливо относящийся к культуре как средству коммуникации и самовыражения в обществе, выражающий сопричастность к нравственным нормам, традициям в искусстве. Ориентированный на собственное самовыражение в разных видах искусства, художественном творчестве с учётом российских традиционных духовно-нравственных ценностей, эстетическом обустройстве собственного быта. Разделяющий ценности отечественного и мирового художественного наследия, роли народных традиций и народного творчества в искусстве. Выражающий ценностное отношение к технической и промышленной эстетике	ЛР 11
Принимающий российские традиционные семейные ценности. Ориентированный на создание устойчивой многодетной семьи, понимание брака как союза мужчины и женщины для создания семьи, рождения и воспитания детей, неприятия насилия в семье, ухода от родительской ответственности, отказа от отношений со своими детьми и их финансового содержания	ЛР 12
Личностные результаты реализации программы воспитания, определенные отраслевыми требованиями к деловым качествам личности	
Демонстрирующий готовность и способность вести диалог с другими людьми, достигать в нем взаимопонимания, находить общие цели и сотрудничать для их достижения в профессиональной деятельности	ЛР 13
Проявляющий сознательное отношение к непрерывному образованию как условию успешной профессиональной и общественной деятельности	ЛР 14
Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами	ЛР 15
Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность.	ЛР 16
Соблюдающий нормы медицинской этики, морали, права и профессионального общения.	ЛР 17
Личностные результаты реализации программы воспитания, определенные субъектом Российской Федерации (при наличии)	
Осознающий значимость вклада Челябинской области в историю и культуру России.	ЛР 18
Проявляющий нетерпимость к пропаганде идей экстремизма, ксенофобии, национальной и религиозной исключительности.	ЛР 19
Обладающий сформированной культурой безопасного поведения в современном информационном пространстве.	ЛР 20

Личностные результаты реализации программы воспитания, определенные ключевыми работодателями (при наличии)	
Принимающий цели и задачи научно-технологического, экономического, информационного развития России, готовый работать на их достижение.	ЛР 21
Осознающий важность выбора профессии и возможности реализации собственных жизненных планов; отношение к профессиональной деятельности как возможности участия в решении личных, общественных, государственных, общенациональных проблем.	ЛР 22
Готовый к профессиональной конкуренции и конструктивной реакции на критику, сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях.	ЛР 23
Личностные результаты реализации программы воспитания, определенные субъектами образовательного процесса (при наличии)	
Проявляющий эмпатию, выражающий активную гражданскую позицию, участвующий в студенческом самоуправлении, в том числе на условиях добровольчества, продуктивно взаимодействующий и участвующий в деятельности общественных организаций, а также некоммерческих организаций, заинтересованных в развитии гражданского общества и оказывающих поддержку нуждающимся.	ЛР 24
Признающий ценность образования, стремящийся к повышению профессиональной подготовки путем участия в учебно–исследовательской работе, в конкурсах профессионального мастерства.	ЛР 25

Промежуточной аттестацией по дисциплине ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии является **дифференцированный зачет.**

2. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

В результате текущей аттестации по учебной дисциплине осуществляется комплексная проверка следующих умений и знаний, а также динамика формирования общих и профессиональных компетенций.

Таблица 2

Раздел / тема учебной дисциплины	Проверяемые И, У, З, ОК, ПК	Форма текущего контроля и оценивания
УП 02.01	И 1-3, У 1-6, ПК 2.1-ПК 2.4, ОК 1-ОК 9	ФОСы к УП 02.01
ПП 02.01	И 1-3, У 1-6, ПК 2.1-ПК 2.4, ОК 1-ОК 9	ФОСы к ПП 02.01

3. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Оценка освоения дисциплины предусматривает проведение **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА.**

3.1. Задания к дифференцированному зачету по учебной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

Инструкция по выполнению работы

1. На выполнение заданий дифференцированного зачета по дисциплины ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии отводится 50 минут:
2. Часть А: Тестовые задания (35 вопросов).
3. Часть В: Оценка лабораторных методов исследования (1 вопрос).
4. Часть С: Дать определение словам (10 слов)
5. Тесты составлены по темам курса «Диагностика и лечение в терапии».
4. Баллы, полученные обучающимися за выполненные задания, суммируются.

Верные ответы выделены шрифтом: полужирный курсив!

<u>Часть А: Выберите один верный ответ</u>

1. Основная причина развития острого бронхита:

а) алкоголизм
б) курение
в) ОРВИ
г) переохлаждение

2. Основная причина развития хронического бронхита:

а) курение
б) ОРВИ
в) переохлаждение
г) гиповитаминоз

3. Данные аускультации при бронхите:

а) бронхиальное дыхание
б) крепитация
в) сухие и влажные хрипы
г) шум трения плевры

4. Этиология ревматизма:

а) бета-гемолитический стрептококк группы А
б) золотистый стафилококк
в) кишечная палочка
г) пневмококк

5. Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте:

а) 1-2 года
б) 5-7 лет
в) 7-15 лет
г) 18-25 лет

6. Появление шума во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина свидетельствует о поражении клапана:

а) аортального
б) митрального
в) пульмонального
г) трехстворчатого

7. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при ходьбе менее чем на 100 м или в покое:

а) первый
б) второй
в) третий
г) четвертый

8. Клинические симптомы кардиогенного шока:

а) лихорадка, лимфаденопатия
б) лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой
в) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
г) резкое повышение АД, напряженный пульс

9. Скопление отечной жидкости в полости перикарда — это:

а) анасарка
б) асцит
в) гидроперикард
г) гидроторакс

10. Основная причина хронического гастрита типа Б:

а) отравление
б) аутоиммунные нарушения
в) нерациональное питание
г) хеликобактер пилори

11. Сезонность обострения характерна для:

а) хронического колита
б) хронического холецистита
в) цирроза печени
г) язвенной болезни

12. Дегтеобразный стул бывает при кровотечении из кишки:

а) 12-перстной
б) ободочной
в) сигмовидной
г) прямой

13. За 3 дня следует исключить из питания железосодержащие продукты при подготовке к:

а) анализу кала на скрытую кровь
б) дуоденальному зондированию
в) желудочному зондированию
г) рентгенографии желудка

14. Наличие в кале нерасщепленного крахмала — это:

а) амилорея
б) диарея
в) креаторея
г) стеаторея

15. Амилорея, креаторея, стеаторея наблюдаются при хроническом:

а) гастрите

б) гепатите

в) холецистите

г) панкреатите

16. Подготовка больного к УЗИ органов брюшной полости:

а) поставить масляную клизму

б) поставить сифонную клизму

в) промыть желудок

г) проводить натощак

17. «Сосудистые звездочки» на верхней части туловища характерны для:

а) панкреатита

б) холецистита

в) цирроза печени

г) язвенной болезни

18. После абдоминальной пункции живот больного оставляют стянутым полотенцем для профилактики:

а) гипертонического криза

б) кровоизлияния в мозг

в) обморока

г) отека легких

19. Основная причина острого гломерулонефрита:

а) бета-гемолитический стрептококк

б) грибы

в) микобактерии

г) простейшие

20. Массивный отек, распространенный на все тело — это:

а) анасарка

б) асцит

в) гидроперикард

г) гидроторакс

21. При пиелонефрите преимущественно поражаются почечные:

а) чашечки

б) канальцы

в) клубочки

г) клубочки и канальцы

22. Приступ сильной боли в пояснице с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область наблюдается при:

а) гломерулонефрите

б) пиелонефрите

в) цистите

г) мочекаменной болезни

23. Хроническая почечная недостаточность развивается при хроническом:

а) гломерулонефрите

б) гепатите

в) панкреатите

г) цистите

24. При массивном легочном кровотечении развивается анемия:

а) апластическая

б) В12-дефицитная

в) гемолитическая

г) постгеморрагическая (острая)

25. Слабость, обмороки, извращение вкуса и обоняния наблюдаются при анемии:

а) В12-дефицитной
б) гипопластической
в) гемолитической
г) железодефицитной

26. Панцитопения, увеличение СОЭ наблюдаются при анемии:

а) апластической
б) В12-дефицитной
в) железодефицитной
г) гемолитической

27. Лейкемический «провал» в анализе крови наблюдается при:

а) гемофилии
б) остром лейкозе
в) хроническом лимфолейкозе
г) хроническом миелолейкозе

28. Причина гемофилии:

а) бактериальная инфекция
б) действие ионизирующей радиации
в) переохлаждение
г) хромосомное нарушение

29. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза до закрытия зон роста скелета развивается:

а) акромегалия
б) гигантизм
в) сахарный диабет
г) феохромоцитома

30. При гигантизме рост мужчин превышает (см):

а) 180
б) 190
в) 200
г) 210

31. Пищевую аллергию чаще вызывает:

а) арбуз
б) вишня
в) мясо
г) рыба

32. Клинические симптомы крапивницы:

а) инспираторная одышка, осиплость голоса
б) непроизвольное мочеиспускание и дефекация
в) падение АД, нитевидный пульс
г) сыпь, кожный зуд

33. Анафилактический шок чаще вызывают аллергены:

а) бытовые
б) лекарственные
в) пищевые
г) пыльцевые

34. Воспаление крупных суставов и летучесть боли наблюдаются при:

а) деформирующем остеоартрозе
б) ревматическом полиартрите
в) ревматоидном артрите
г) подагре

35. Деформация кисти по типу «плавника моржа» наблюдается при:

а) деформирующем остеоартрозе

б) ревматическом полиартрите

в) ревматоидном артрите

г) подагре

36. При хроническом бронхите отмечается кашель с мокротой:

а) 2 мес. не менее 2-х лет

б) 3 мес. не менее 2-х лет

в) 3 мес. не менее 3-х лет

г) 4 мес. не менее 3-х лет

37. Основная жалоба пациента при обструктивном бронхите:

а) повышение температуры

б) головная боль

в) одышка

г) слабость

38. При остром бронхите отмечается кашель с мокротой:

а) розовой пенистой

б) «ржавой»

в) слизистой

г) стекловидной

39. Ревматизм развивается после ангины через:

а) 3-4 дня

б) 1-3 недели

в) 1-3 месяца

г) 1-2 дня

40. Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при:

а) атеросклерозе

б) гипертонической болезни

в) ишемической болезни сердца

г) ревматизме

41. При сухом перикардите аускультативно определяется:

а) крепитация

б) сухие хрипы

в) усиление тонов

г) шум трения перикарда

42. При спонтанной стенокардии больной может работать:

а) библиотекарем

б) водителем

в) диспетчером

г) летчиком

43. Клокочущее дыхание и розовая пенистая мокрота наблюдаются при:

а) бронхоспазме

б) коллапс

в) обмороке

г) отеке легких

44. Тахикардия и одышка в покое, отеки, увеличение печени у больного с пороком сердца характерны для недостаточности:

а) надпочечниковой

б) печеночной

в) почечной

г) сердечной

45. Выработка антител к обкладочным клеткам слизистой оболочки желудка происходит при:

а) хроническом гастрите типа А

б) хроническом гастрите типа В

в) остром гастрите

г) хроническом панкреатите

46. Поздние, «голодные», ночные боли характерны для:

а) хронического гастрита

б) язвенной болезни желудка

в) язвенной болезни 12-перстной кишки

г) цирроза печени

47. Наиболее информативный метод диагностики рака желудка:

а) желудочное зондирование

б) дуоденальное зондирование

в) ультразвуковое исследование

г) эндоскопическое исследование

48. Подготовка больного к рентгенографии желудка:

а) вечером — сифонная клизма

б) утром — промывание желудка

в) утром натощак

г) утром — сифонная клизма

49. Жидкий, дегтеобразный стул — это:

а) амилоре

б) диарея

в) мелена

г) креаторея

50. Основная причина хронического гепатита:

а) вирус гепатита А

б) вирус гепатита В

в) кишечная палочка

г) энтерококк

51. К возникновению цирроза печени может привести:

а) хронический гастрит

б) хронический колит

в) хронический гепатит

г) язвенная болезнь

52. Асцит характерен для:

а) колита

б) панкреатита

в) цирроза печени

г) энтерита

53. При гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии желчевыводящих путей наблюдается:

а) резкая боль в правом подреберье

б) резкая боль в левом подреберье

в) ноющая боль в правом подреберь

г) ноющая боль в левом подреберье

54. При гломерулонефрите преимущественно поражаются почечные:

а) канальцы

б) клубочки

в) лоханки

г) чашечки

55. Оцените пробу Зимницкого:-дневной диурез — 900 мл, ночной диурез — 300 мл,-колебания относительной плотности мочи 1010-1026 -жидкая часть водно-пищевого рациона составляет 1500 мл:

а) нарушение водовыделительной функции
б) нарушение концентрационной функции
в) нарушение водовыделительной и концентрационной функций
г) норма

56. Лихорадка, боль в поясничной области, лейкоцитурия наблюдаются при:

а) мочекаменной болезни
б) остром гломерулонефрите
в) остром пиелонефрите
г) хроническом гломерулонефрите

57. При почечной колике в моче наблюдается:

а) макрогематурия
б) лейкоцитурия
в) глюкозурия
г) бактериурия

58. При ХПН происходит:

а) атрофия канальцев
б) воспаление канальцев
в) атрофия клубочков
г) воспаление клубочков

59. При длительном кровохарканье развивается анемия:

а) В12-дефицитная
б) гемолитическая
в) гипопластическая
г) постгеморрагическая (хроническая)

60. Анемия Аддисона-Бирмера развивается при дефиците витамина:

а) В1
б) В2
в) В6
г) В12

61. Основная причина острого лейкоза:

а) бактериальная инфекция
б) гиподинамия
в) стрессы
г) хромосомные нарушения

62. Филадельфийская хромосома в клетках костного мозга определяется при:

а) гемофилии
б) остром лейкозе
в) хроническом лимфолейкоз
г) хроническом миелолейкозе

63. При гемофилии А отмечается дефицит фактора свертывания крови:

а) VIII
б) IX
в) X
г) XI

64. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза после закрытия зон роста скелета развивается:

а) акромегалия
б) гигантизм
в) гипотиреоз

г) феохромоцитома

65. При гигантизме рост женщин превышает (см):

а) 180

б) 190

в) 200

г) 210

66. К бытовым аллергенам относится:

а) домашняя пыль

б) пенициллин

в) пыльца березы

г) яйцо

67. Локализация сыпи при крапивнице:

а) лицо

б) конечности

в) туловище

г) любые участки тела

68. Резкое падение АД наблюдается при:

а) анафилактическом шоке

б) крапивнице

в) отеке Квинке

г) сывороточной болезни

69. Поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов наблюдается при:

а) деформирующем остеоартрозе

б) ревматическом полиартрите

в) ревматоидном артрите

г) подагре

70. Важное значение в диагностике ревматоидного артрита имеет:

а) общий анализ крови

б) общий анализ мочи

в) рентгенография грудной клетки

г) рентгенография суставов

71. Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы:

а) горизонтальное

б) горизонтальное с приподнятыми ногами

в) лежа на боку

г) сидя, опираясь о колени

72. «Ржавый» характер мокроты наблюдается при:

а) остром бронхите

б) крупозной пневмонии

в) бронхиальной астме

г) экссудативном плеврите

73. Для бронхоэктатической болезни характерно наличие:

а) каверны

б) опухоли

в) гноя в расширенных бронхах

г) жидкости в плевральной полости

74. Наиболее информативный метод диагностики абсцесса легкого:

а) анализ крови

б) анализ мокроты

в) рентгенография

г) спирометрия

75. Каверна образуется в легком при:

а) бронхите

б) бронхиальной астме

в) пневмонии

г) туберкулезе

76. При туберкулезе в мокроте обнаруживают:

а) атипичные клетки

б) микобактерии

в) эозинофилы

г) спирали Куршмана

77. Похудание, кровохарканье, боль в грудной клетке наблюдаются при:

а) остром бронхите

б) бронхиальной астме

в) очаговой пневмонии

г) раке легкого

78. Осложнение рака легкого:

а) легочное кровотечение

б) эмфиземе легких

в) хронический бронхит

г) бронхиальная астма

79. Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, шум трения плевры характерны для:

а) бронхита

б) бронхиальной астмы

в) сухого плеврита

г) экссудативного плеврита

80. Плевральную пункцию с диагностической целью назначают при:

а) бронхиальной астме

б) крупозной пневмонии

в) хроническом бронхите

г) экссудативном плеврите

81. Основная жалоба пациента при эмфиземе:

а) боль в грудной клетке

б) кашель с выделением мокроты

в) кровохарканье

г) одышка

82. Рентгенологический признак эмфиземы:

а) полость с горизонтальным уровнем жидкости

б) гомогенное затенение с косой верхней границей

в) очаговое затенение

г) повышенная прозрачность легочных полей

83. Больным с бронхиальной астмой необходима консультация:

а) аллерголога

б) инфекциониста

в) онколога

г) хирурга

84. Наиболее частый исход ревмокардита:

а) атеросклероз

б) гипертоническая болезнь

в) порок сердца

г) выздоровление

85. Клинические признаки инфекционного миокардита:

а) лихорадка, боли в области сердца, одышка

б) лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой

в) тошнота, рвота, понос

г) отеки, гематурия, гипертензия

86. При экссудативном перикардите границы сердца увеличиваются:

а) влево

б) вниз

в) вправо

г) во все стороны

87. У больного на фоне гипертонического криза появились удушье и обильная пенистая розовая мокрота – это:

а) крупозная пневмония

б) легочное кровотечение

в) отек легких

г) тромбоэмболия легочной артерии

88. Критерий эффективности диспансеризации при гипертонической болезни:

а) ухудшение клинических показателей

б) уменьшение трудопотерь

в) увеличение числа инфарктов миокарда

г) увеличение числа инсультов

89. Профилактика атеросклероза включает:

а) занятия физической культурой

б) курение

в) злоупотребление алкоголем

г) несбалансированное питание

90. Сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие под левую лопатку продолжительностью 5-10 минут, характерны для:

а) бактериального эндокардита

б) инфаркта миокарда

в) ревматического эндокардита

г) стенокардии

91. Для расширения коронарных артерий применяют:

а) гепарин

б) морфин

в) нитроглицерин

г) панангин

92. Критерий эффективности диспансеризации при стенокардии:

а) назначение группы инвалидности

б) переход из II-го в IIIхй функциональный класс

в) переход из III-го во II-й функциональный класс

г) увеличение трудопотерь

93. Клинические симптомы кардиогенного шока:

а) лихорадка, лимфаденопатия

б) лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой

в) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс

г) резкое повышение АД, напряженный пульс

94. Коллапс – это проявление острой недостаточности:

а) коронарной

б) левожелудочковой

в) правожелудочковой

г) сосудистой

95. Основной симптом сердечной астмы:

а) боль в животе

б) головокружение

в) тошнота

г) удушье

96. Показание для наложения венозных жгутов на конечности:

а) бронхиальная астма

б) обморок

в) стенокардия

г) сердечная астма

97. При застое крови в малом круге кровообращения больному следует придать положение:

а) горизонтальное

б) горизонтальное с приподнятыми ногами

в) коленно-локтевое

г) полусидячее

98. Экстрасистолия – это:

а) уменьшение ЧСС

б) увеличение ЧСС

в) нарушение проводимости

г) преждевременное сокращение сердца

99. Псевдосиндром «острого живота» наблюдается при форме инфаркта миокарда:

а) ангинозной

б) астматической

в) аритмической

г) гастралгической

100. Аневризма сердца – это:

а) гипертрофия левого желудочка

б) гипертрофия правого желудочка

в) уменьшение левого желудочка

г) выбухание участка сердца

101. Наиболее информативный метод диагностики гастродуоденита:

а) желудочное зондирование

б) рентгенологическое исследование

в) ультразвуковое исследование

г) эндоскопическое исследование

102. Сезонность обострения характерна для:

а) хронического колита

б) хронического холецистита

в) цирроза печени

г) язвенной болезни

103. Признаки, характерные только для желудочного кровотечения:

а) бледность, слабость

б) головная боль, головокружение

в) рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул

г) тахикардия, гипотензия

104. Последний прием пищи перед желудочным зондированием должен быть:

а) вечером, накануне исследования

б) утром, накануне исследования

в) днем, накануне исследования

г) утром в день исследования

105. Дегтеобразный стул бывает при кровотечении из кишки:
а) 12-перстной
б) ободочной
в) сигмовидной
г) прямой

106. Перерождение язвы в рак называется:
а) малигнизация
б) пенетрация
в) перфорация
г) пилостеноз

107. Наиболее информативный метод диагностики рака желудка:
а) желудочное зондирование
б) дуоденальное зондирование
в) ультразвуковое исследование
г) эндоскопическое исследование

108. Дефект наполнения при рентгенографии характерен:
а) гастрита
б) рака желудка
в) язвы желудка
г) язвы 12-перстной кишки

109. При диспансеризации больных с язвенной болезнью желудка проводится:
а) ирригоскопия
б) колоноскопия
в) ректороманоскопия
г) фиброгастроскопия

110. Ирригоскопия – это исследование:
а) рентгенологическое
б) рентгенологическое контрастное
в) ультразвуковое
г) эндоскопическое

111. Обострение хронического панкреатита провоцирует:
а) ОРВИ, переохлаждение
б) прием жирной пищи, алкоголя
в) прием белковой пищи, курение
г) переутомление, стрессы

112. Опоясывающий характер боли в животе наблюдается при:
а) гастрите
б) гепатите
в) панкреатите
г) холецистите

113. При панкреатите в анализе крови отмечается:
а) увеличение амилазы
б) увеличение белка
в) Уменьшение амилазы
г) уменьшение холестерина

114. Жидкий, дегтеобразный стул – это:
а) амилорея
б) диарея
в) мелена
г) креаторея

115. Основные симптомы хронического гепатита:
а) желтуха, гепатомегалия

б) слабость, недомогание
в) головная боль, тошнота
г) метеоризм, поносы

116. Желтуха развивается при:
а) вирусном гепатите
б) хроническом колите
в) хроническом энтерите
г) язвенной болезни

117. Подготовка больного к УЗИ органов брюшной полости:
а) поставить масляную клизму
б) поставить сифонную клизму
в) промыть желудок
г) проводить натощак

118. Для диагностики хронического гепатита проводят:
а) желудочное зондирование
б) ирригоскопию
в) колоноскопию
г) радиоизотопное исследование

119. Расширение вен пищевода развивается при:
а) гастрите
б) колите
в) холецистите
г) циррозе печени

120. «Сосудистые звездочки» на верхней части туловища характерны для:
а) панкреатита
б) холецистита
в) цирроза печени
г) язвенной болезни

121. Обострение хронического холецистита провоцирует:
а) ОРВИ
б) переохлаждение
в) прием углеводов
г) прием жирной пищи

122. При дуоденальном зондировании сульфат магния применяют для получения:
а) содержимого желудка
б) порции А
в) порции В
г) порции С

123. Показание для дуоденального зондирования:
а) острый холецистит
б) хронический холецистит
в) хронический колит
г) печеночная колика

124. Механическая желтуха развивается при:
а) гастрите
б) желчнокаменной болезни
в) колите
г) энтерите

125. При подготовке к дуоденальному зондированию очистительная клизма:
а) не ставится
б) ставится вечером
в) ставится утром

г) ставится вечером и утром

126. Для уточнения диагноза желчнокаменной болезни проводится:

а) желудочное зондирование

б) колоноскопия

в) холецистография

г) цистоскопия

127. При диспансеризации больных хроническим энтероколитом проводят:

а) дуоденальное зондирование

б) лапароскопию

в) ректороманоскопию

г) желудочное зондирование

128. Увеличение надбровных дуг, ушным раковин, носа, губ, языка наблюдается при:

а) акромегалии

б) диффузном токсическом зобе

в) сахарном диабете

г) феохромоцитоме

129. Клинические симптомы ожирения:

а) избыточная масса тела, одышка

б) зябкость, запоры

в) жажда, полиурия

г) экзофтальм, тахикардия

130. Отечественный ученый, описавший триаду симптомов при заболевании щитовидной железы:

а) Базедов

б) Бехтерев

в) Боткин

г) Мясников

131. При диффузном токсическом зобе наблюдается:

а) вялость

б) заторможенность

в) раздражительность

г) сонливость

132. При врожденном гипотиреозе развивается:

а) акромегалия

б) гигантизм

в) кретинизм

г) сахарный диабет

133. При недостаточном содержании йода в питании развивается:

а) акромегалия

б) диффузный токсический зоб

в) сахарный диабет

г) эндемический зоб

134. Сухость кожи, кожный зуд, жажда и полиурия наблюдается при:

а) гипотиреозе

б) диффузном токсическом зобе

в) сахарном диабете

г) эндемическом зобе

135. При сахарном диабете в анализе крови отмечается:

а) гиперпротеинемия

б) гипопротеинемия

в) гипергликемия

г) гипербилирубинемия

136. При гипогликемической коме кожные покровы:

а) гиперемированы

б) влажные

в) желтушные

г) сухие

137. При гипергликемической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах:

а) алкоголя

б) аммиака

в) ацетона

г) нет запаха

138. Болезнь Иценко-Кушинга развивается при патологии:

а) гипофиза

б) щитовидной железы

в) поджелудочной железы

г) половых желез

139. К пищевым аллергенам относятся:

а) крупы

б) огурцы

в) бобы

г) цитрусовые

140. Аллергические реакции чаще вызывают:

а) антибиотики

б) антигистаминные

в) антиагреганты

г) антикоагулянты

<u>Часть В. Оцените лабораторные анализы и дайте заключение</u>

1. Общий анализ крови

Показатель		Единицы СИ		
Гемоглобин	Ж М	130 г/л	120,0—140,0 130,0—160,0	г/л
Эритроциты	М Ж	$4,2\times10^{12}$/л	4,0—5,0 3,9—4,7	$\times10^{12}$/л
Цветовой показатель		0,9	0,85—1,05	
Тромбоциты		280×10^{12}/л	180,0—320,0	$\times10^{9}$/л
Лейкоциты		$13,0\times10^{9}$/л	4,0—9,0	$\times10^{9}$/л
Миелоциты		0,5%		%$\times10^{9}$/л
Юные		0,5%		%$\times10^{9}$/л
Палочкоядерные		5%	1—6 0,040—0,300	%$\times10^{9}$/л
Сегментоядерные		60%	47—72 2,000—5500	%$\times10^{9}$/л
Эозинофилы		6%	0,5—50 020—0,300	%$\times10^{9}$/л
Базофилы		0,5%	0—1 0—0,065	%$\times10^{9}$/л
Лимфоциты		21%	19—371 200—3000	%$\times10^{9}$/л

В представленном общем клиническом анализе крови наблюдается: повышение лейкоцитов – лейкоцитоз; ускоренное СОЭ. **Вывод**: у пациента в крови наблюдается воспалительная реакция.

2. Общий анализ мочи

Показатель	**Результат**
Удельный вес	1,024
Белок	0,33 г/л
Лейкоциты	7-8 в поле зрения
Эритроциты	Сплошь в поле зрения

В общем анализе мочи у пациента наблюдается: повышение белка – протеинурия; увеличение удельного веса мочи; появление лейкоцитов – лейкоцитурия; большое количество эритроцитов – гематурия. **Вывод**: можно поставить предполагаемый диагноз – гломерулонефрит.

3. Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	**Результат**
Лейкоциты	8000
Эритроциты	2000
Цилиндры	25

В представленном анализе мочи по Нечипоренко наблюдается выраженная лейкоцитурия, незначительная гематурия и увеличение цилиндров. **Вывод:** предполагаемый диагноз – пиелонефрит.

2. **Биохимический анализ крови**

Показатель	**Результат**
Общий белок	73 г/л
Глюкоза	5,2 ммоль/л
Холестерин	4,5 ммоль/л
С-РБ	15 мг/дл
Сиаловые кислоты	3,3 ммоль/л

В представленном биохимическом анализе крови отмечается повышение факторов воспаления – С-РБ и сиаловых кислот, что говорит о выраженном воспалении в организме.

5. Общий анализ мочи

Показатель	**Результат**
Удельный вес	1,033
Белок	0,003 г/л
Лейкоциты	1-2 в поле зрения
Эритроциты	0-1 в поле зрения
Глюкоза	++
Кетоновые тела	+++

В представленном общем анализе мочи наблюдается появление глюкозы – глюкозурия, кетоновых тел – кетонурия (ацетонурия). **Вывод:** у пациента на фоне сахарного диабета (инсулинозависимая форма) развилась кетоацидотическое состояние, что может привести к диабетической коме.

6. Общий анализ крови с лейкемической формулой

№ п/п	**Показатель**	**Результат**
1.	СОЭ	34 мм/ч
2.	Гемоглобин	71 г/л
3.	Эритроциты	2,5 х 10^{12}/л
4.	Лейкоциты	0,41 х 10^{9}/л
5.	Тромбоциты	10 х 10^{9}/л
6.	Миелоциты	0 %
7.	Юные	0,1 %
8.	Палочкоядерны	0,2 %
9.	Сегментоядерные	20 %
10.	Эозинофилы	1 %
11.	Базофилы	0 %
12.	Лимфоциты	3 %
13.	Бласты	89%

В представленном общем анализе крови с лейкемической формулой наблюдается резкое угнетение всех ростков кроветворения: эритропения, лейкопения, тромбопения. Наблюдаются признаки анемии – снижение гемоглобина. Отмечается повышение СОЭ. В лейкемической формуле отмечается угнетение различных форм лейкоцитов. К тому же, наблюдается появление бластных клеток, что характерно для **Острого лейкоза**. Для подтверждения диагноза данного пациента необходимо направить на консультацию к гематологу и провести стернальную пункцию с исследованием биоптата.

7. Биохимический анализ крови с исследованием крови на гликированный гемоглобин

Показатель	**Результат**
Общий белок	73 г/л
Глюкоза	13,4 ммоль/л
Холестерин	4,5 ммоль/л
Креатинин	73 ммоль/л
Мочевина	3,7 ммоль/л
Мочевая кислота	272 ммоль/л
АЛТ	8,7 Ед/л
АСТ	28 Ед/л
Билирубин	8,9 ммоль/л
HbA1	6,9 %

В данном биохимическом анализе крови наблюдается повышение уровня глюкозы крови – гипергликемия (13,4 ммоль/л). Так же наблюдается повышение уровня гликированного гемоглобина, что говорит о том, что у данного пациента развился **Сахарный диабет**. Вид сахарного диабета можно будет установить после тщательного сбора анамнеза жизни и дополнительных методов исследования, включая нагрузочные пробы.

<u>Часть С. Дайте определение следующим словам</u>

1. Гастрит – **воспаление слизистой оболочки желудка.**

2. Ишемия – **острая гипоксия тканей.**

3. Анемия – **патологический процесс, характеризующийся снижением гемоглобина в крови, чаще при одновременном снижении количества эритроцитов.**

4. Ангиография – **рентгенологический метод исследования сосудов с помощью контрастного вещества.**

5. Бронхография – **рентгенологический метод исследования бронхиального дерева с помощью контрастного вещества.**

6. Васкулит – **воспаление стенки сосудов.**

7. Гидроторокс – **скопление жидкости в плевральной полости.**

8. Анасарка – **общий отек тела.**

9. Гематурия – **примесь крови в моче.**

10. Гемоторокс – **скопление крови в плевральной полости.**

11. Гипертрофия – **увеличение объема тканей органа.**

12. Дизурия – **расстройство мочеиспускания.**

13. Инфаркт – **острая ишемия участка тканей.**

14. Ирригоскопия – **рентгенологический метод исследования толстого кишечника с помощью рентгеноконтрастного вещества.**

15. Малигнизация – **перерождение язвы в рак.**

16. Колит – **воспаление толстого кишечника.**

17. Колоноскопия – **эндоскопический метод исследования толстого кишечника.**

18. Конкремент **– камень.**

19. Лейкоцитоз – **повышение количества лейкоцитов в крови.**

20. Никтурия – **преобладание ночного диуреза над дневным.**

21. Абсцесс – **полость, заполненная гноем и отграниченная от окружающих тканей и органов пиогенной мембраной.**

22. Агранулоцитоз – **синдром, характеризующийся отсутствием гранулоцитов в периферической крови или уменьшением их количества ниже 750 в 1мкл.**

23. Анурия – **прекращение отделения мочи почками.**

24. Биоптат – **материал, полученный путем биопсии.**

25. Гастроптоз – **опущение желудка, вследствие ослабления его связок.**

26. Гемартроз – **кровоизлияние в полость сустава.**

27. Гепатит – **воспаление печени.**

28. Декстрокардия – **врожденное расположение сердца в правой половине грудной клетки.**

29. Диспепсия – **нарушение пищеварения.**

30. Ишемия – **местное малокровие участка тела, органа или ткани вследствие уменьшения или прекращения притока артериальной крови.**

31. Канцер – **злокачественная опухоль, в частности рак.**

32. Кетоз – **увеличение содержания кетоновых тел в моче.**

33. Коарктация – **сужение, стриктура.**

34. Коллапс – **внезапное падение тонуса сосудов при слабости сердца.**

35. Миелоз – **заболевание, характеризующееся гиперплазией миелоидной ткани костного мозга.**

36. Моноартрит – **воспаление только одного сустава.**

37. Нефроптоз – **опущение почки, «блуждающая почка».**

38. Обструкция – **препятствие, затруднение, закупорка.**

39. Ожирение – **чрезмерное отложение жировой ткани.**

40. Панкардит – **воспаление всех слоев стенки сердца.**

3.2. Задания к дифференцированному зачету по производственной практике ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

Инструкция по выполнению работы

1. На выполнение заданий дифференцированного зачета по производственной практике дисциплины ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии отводится 25 минут:

2. Часть А: Защита истории болезни.

3. Часть В: Практическая манипуляция.

4. Баллы, полученные обучающимися за выполненные задания, суммируются.

Часть В: Перечень практических манипуляция для сдачи дифференцированного зачета по производственной практике

1. Применения пузыря со льдом при желудочном кровотечении. Показания, противопоказания.
2. Правила сбора мочи по Зимницкому, подсчет водного баланса.
3. Техника взятия крови из вены.
4. Проведение оксигенотерапии. Показания.
5. Расчет и разведение антибиотиков.
6. Техника проведения тюбажа при холецистите. Показания.
7. Техника определения относительной сердечной тупости. Нормы.
8. Техника постановки в\мышечной инъекции. Возможные осложнения.
9. Техника постановки внутривенной инъекции. Возможные осложнения
10. Техника постановки системы для внутривенного капельного вливания.
11. Техника подкожной инъекции. Возможные осложнения.
12. Техника проведения пальпации верхушечного толчка. Норма.
13. Расчет инсулина и разведения инсулина.
14. Техника и правила аускультации сердца. Нормы.
15. Техника и цели проведения поверхностной пальпации живота.
16. Техника и цели проведения глубокой пальпации живота.
17. Техника проведения и цели перкуссии живота.
18. Техника промывания желудка.
19. Правила подготовки пациента к ФГДС, колоноскопии, ректороманоскопии.
20. Расчет гепарина. Правила применения.
21. Правила приема нитроглицерина при стенокардии.
22. Правила сбора мочи на общий анализ, анализ мочи по Нечепоренко. Нормы.
23. Техника и правила проведения топографической перкуссии легких.
24. Правила сбора мокроты на общий анализ, БК, бакпосев, атипичные клетки, чувствительность к антибиотикам.
25. Симптом Пастернацкого. Техника, норма.
26. Правила исследования пульса и его характеристика. Понятие дефицита пульса.
27. Техника и правила проведения голосового дрожания легких.
28. Применение ингалятора при приступе бронхиальной астмы. Показания, противопоказания.
29. Техника и правила проведения сравнительной перкуссии легких.

30. Техника и правила аускультации легких.

31.Масляная я клизма. Показания, противопоказания, методика выполнения.

32. Подготовка пациента к биохимическому анализу крови

33. Определение отеков у пациента

34. Определение частоты дыхательных движений у больного с обструктивным бронхитом. Норма. Отклонения.

35. Подсчет суточного диуреза у больного с хроническим пиелонефритом.

36. Помощь при лихорадке в различные периоды на примере больного с крупозной пневмонией.

37. Методика забора рвотных масс, промывных вод для бактериологического исследования.

38. Взятие мазка из носа и зева. Показания.

39 Техника и правила измерения роста и массы тела. Расчет ИМТ.

40. Техника и правила измерения АД

Эталоны ответов к манипуляциям

1. Применение пузыря со льдом при прободении язвы желудка и 12 п. к. Показания, противопоказания.

Показания: первые часы после травмы, внутреннее кровотечение, второй период лихорадки, начальная стадия некоторых острых заболеваний брюшной полости, ушибы.

Противопоказания: спастические боли в животе, коллапс, шок

Цель применения: охлаждение, уменьшение кровотечения, снижение боли, отечности тканей.

Механизм действия: сужение кровеносных сосудов кожи и подлежащих тканей (гемостаз), снижение сенсорики (чувствительности) тканей.

Оснащение: пузырь для льда, измельченный лед, емкость с водой температуры 14 – 160С, салфетки для осушения и обеззараживания пузыря, водный термометр, контейнер с дез. средством.

Последовательность действий:

1. Вымыть и осушить руки;
2. Заполнить пузырь кусочками льда на 2/3 объема;
3. Положить пузырь на горизонтальную поверхность, выпустить воздух и закрыть плотно крышкой. Обтереть на сухо.
4. Проверить пузырь на герметичность, перевернув вверх дном;
5. Обернуть пузырь полотенцем и приложить к соответствующей поверхности тела пациента на 20 – 30 мин.

2. Правила сбора мочи по Зимницкому, подсчет водного баланса.

Правила сбора мочи по Зимницкому Сбор мочи для пробы Зимницкого проводится в течение суток на фоне обычного питьевого и пищевого режимов, однако прием мочегонных препаратов следует отменить на этот промежуток. Чтобы собрать мочу по Зимницкому, подготовьте 8 чистых баночек, и подпишите каждую номером (1, 2, 3 и т.д.) или временем мочеиспускания (9.00, 12.00 и т.д.). В день начала сбора пробы встаньте в 6.00 утра и помочитесь в туалет. Затем через три часа (в 9.00) помочитесь в баночку с номером 1. Мочитесь в очередную баночку каждые три часа, включая ночное время. Последняя проба собирается в 6.00 следующего утра.Таким образом, вы соберете 8 баночек мочи в 9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00, 24.00, 03.00, 06.00. Все 8 баночек сдайте в лабораторию. Мочу не сливать в одну большую емкость! На протяжении суток сбора пробы Зимницкого фиксируйте количество потребленной жидкости. Нормы пробы Зимницкого Порции мочи в 9.00, 12.00, 15.00 и 18.00 относятся к дневным, а в 21.00, 24.00, 03.00 и 06.00 – к ночным. Нормальное количество дневных порций мочи составляет

200-350 мл, а ночных – 40-220 мл.Нормальная относительная плотность дневных порций составляет 1010-1025, а ночных – 1018-1025. Разница между максимальным и минимальным значением плотности в пробах не должна превышать 0,012 – 0,016 единиц. В норме суточный объем мочи составляет 70-75% от количества выпитой жидкости. Дневной диурез превышает ночной, и составляет не менее 2/3 от суточного.

Суточный водный баланс – это соотношение между количеством введенной в организм жидкости и количеством жидкости, выделенной из организма в течение суток.

- Учету, кроме выпитой жидкости, подлежит жидкость, содержащаяся во фруктах, супах, овощах и т.д., а также объем парентерально вводимых растворов.

- Учету количества выделенной жидкости должна подвергается не только моча, но и рвотные массы и испражнения пациента

- Ожидаемое выделяемой жидкости с мочой рассчитывают по формуле (количество выпитой жидкости умножить на 0,8)

- Водный баланс считается положительным, если выделилось жидкости больше чем введено и наоборот.

- Положительный водный баланс свидетельствует об эффективности лечения

3. Техника взятия крови из вены вакуумным методом

Осмотреть предполагаемые места венепункции, выбрать точку для проведения процедуры, пропальпировать вену. Чаще всего используют локтевые вены, но при необходимости кровь можно брать из вен запястья, тыльной стороны кисти, над большим пальцем руки и т.д.

1. Зафиксировать жгут на 10 сантиметров выше места венепункции. При наложении жгута женщинам нельзя использовать руку на стороне мастэктомии. Длительное сдавливание тканей и сосудов (более двух минут) может привести к сдвигам в показателях коагулограммы и концентрации некоторых веществ.
2. Взять иглу и снять с нее защитный колпачок.
3. Соединить иглу с держателем.
4. Попросить больного сжать ладонь в кулак. Нельзя делать резкие движения, это может привести к сдвигам в показателях крови. Если вена видна плохо, можно приложить к руке теплую салфетку, или помассировать руку от кисти к локтю. При отсутствии пригодных к венепункции сосудов на одной руке надо проверить другую.
5. Обработать место пункции дезинфицирующим средством круговыми движениями от центра к краю.
6. Дождаться, когда антисептик испарится, или убрать его излишки стерильной сухой салфеткой.
7. Снять с вакуумной системы защитный цветной колпачок.
8. Зафиксировать вену, обхватив предплечье. Большой палец расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Натянуть кожу.
9. Под углом 15° ввести иглу с держателем в вену. При правильном введении в индикаторной камере держателя появится кровь.
10. Зафиксировать пробирку в держателе крышкой вверх. Под действием отрицательного давления кровь начнет течь в пробирку.
11. Как только в пробирку стала набираться кровь, ослабить жгут или снять.
12. Сказать пациенту, чтобы он расслабил руку и разжал кулак.

13. Когда поступление крови в пробирку прекратится, вынуть ее из держателя.

14. Перемешать биоматериал с консервантом. Не встряхивать! Пробирку можно только плавно переворачивать.

15. В том случае, если у пациента берут несколько проб, держатель с иглой оставляют в вене и повторяют последовательно действия пунктов 11-15.

После выполнения всех вышеперечисленных действий можно приступать к заключительной стадии забора крови.

Стадия окончания процедуры

На заключительном этапе взятия биоматериала из вены медицинскому персоналу необходимо:

1. Закрыть место венепункции сухой стерильной салфеткой.

Вынуть иглу из вены, закрыть защитным колпачком, поместить в емкость для отходов.

2. Наложить фиксирующую повязку.
3. Спросить пациента о самочувствии. Оказать помощь при необходимости.
4. Провести маркировку проб, подписать каждую пробирку.

Поместить пробы в контейнеры для транспортировки и отправить в лабораторию.

4. Проведение оксигенотерапии. Показания.

Оксигенотерапия - это применение кислорода с лечебной целью.

Поступление кислорода в организм жизненно необходимо для клеточного дыхания, образования богатых энергией химических соединений; в условиях повышенной концентрации кислорода погибают анаэробные микроорганизмы, ускоряется процесс заживления поврежденных тканей, улучшается их трофика.

Показания: гипоксия различного происхождения.

Противопоказания(При подаче кислорода больному из кислородной подушки):

1) гиповентиляция, вызванная угнетением дыхательного центра или парезом дыхательной мускулатуры;

2) частичная непроходимость дыхательных путей;

3) нарушение механизма дыхания операционной раной или травмой грудной клетки;

4) эмфизема легких с хронической дыхательной недостаточностью.

Возможные осложнения оксигенотерапии:

1) травмирование слизистых оболочек;

2) кислородная интоксикация;

3) остановка дыхания;

4) снижение объема вентиляции, гиперкапния.

1. Строго соблюдать назначенную врачом концентрацию кислорода (или скорость потока кислородно-воздушной смеси). Обычно оптимальная концентрация кислорода во вдыхаемой смеси составляет 30 – 40%, за исключением случаев кратковременной терапии 90-100% кислородом при гипоксии.

Превышение назначенной концентрации кислорода может оказать токсическое воздействие на ткани лёгких, центральную нервную систему, привести к утрате зрения, вызвать сухость слизистых оболочек дыхательных путей, остановку дыхания;

2. Обеспечивать увлажнение кислорода. Неувлажнённый кислород повреждает эпителий слизистой оболочки дыхательных путей, нарушает механизмы очистки её от секрета бактерий.

Увлажнение производится пропусканием кислорода через жидкость с помощью аппарата Боброва или его модификаций. Влажность кислородно-воздушной смеси при этом способе подачи достигает 50%. Более эффективным является использование аэрозольных увлажнителей, создающих мельчайшую водяную взвесь, насыщающую кислород до 100%.

В аппарате Боброва высота увлажняющей жидкости должна составлять 15 см. Для увлажнения используют стерильные растворы воды, изотонический раствор натрия хлорида, 2% раствор натрия гидрокарбоната, сурфактантсберегающую смесь (1 часть глицерина и 4 части 0,85% раствора натрия хлорида). При неотложной помощи детям с отёком лёгких подаётся кислород, обогащённый парами пеногасителей (спирта или антифомсилана). Смена жидкости в увлажнителе производится один раз в сутки;

3. Обеспечить подогрев кислорода. В идеальном случае кислород должен быть подогрет до температуры тела. Обогрев кислорода можно осуществить пропусканием его через сосуд с подогреваемым увлажнителем. Жидкость для увлажнения кислорода нагревают до 40-45ºС, за исключением пеногасителей, температура которых должна быть комнаткой. В аппаратах ИВЛ подогрев кислорода предусмотрен конструкцией.

Недопустимо превышать указанную температуру увлажнителя во избежание термального ожога при вдыхании перегретого газа;

4. Контролировать назначенное врачом время подачи кислорода. Продолжительные сеансы даже малой концентрацией кислорода могут вызвать такой же токсический эффект, как и при воздействии повышенной его концентрацией;

5. Обеспечивать очистку газовой смеси. Очистка газовой смеси производится в кувезах, аппаратах ИВЛ;

6. Соблюдать охрану труда при работе с кислородом.

5. Расчет и разведение антибиотиков

Вводят антибиотики внутримышечно или внутривенно. Существует 2 способа разведения антибиотиков: 1:1 и 1:2.

При разведении 1:1 в 1 мл раствора должно содержаться 100000 ЕД антибиотика.

Пример. Во флаконе 500000 ЕД, в этом случае нам потребуется x=500000/100000 = 5мл растворителя. Если пациенту для введения назначено 400000 ЕД мы наберем в шприц из флакона 4 мл.

При разведении 1:2 в 1 мл. раствора должно содержаться 200000 ЕД

Если во флаконе 500000 ЕД x=500000/200000=2,5 мл растворителя нам потребуется в данном случае. Если врач назначил пациенту ввести 300000 ЕД в/м, мы наберем в шприц из флакона 1,5 мл.

Оснащение: флакон с лекарственным препаратом, растворитель, ватные шарики, шприц и иглы, пинцет, стерильные перчатки.

1. Прочитать надпись на флаконе, наименование, дозу, срок годности.
2. Рассчитать необходимое количество растворителя.
3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
4. Вскрыть алюминиевую крышку пинцетом.
5. Ватными шариками, смоченными спиртом, обработать резиновую крышку двукратно.
6. Набрать в шприц нужное количество растворителя.
7. Взять флакон и ввести в него растворитель.
8. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса и, встряхивая флакон, добиться полного растворения порошка.
9. Надеть иглу с флаконом на подыгольный конус.
10. Поднять флакон вверх дном, придерживая, набрать содержимое флакона или его часть в шприц.

11. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса.

12. Выпустить воздух из шприца, проверить проходимость иглы.

13. Положить на стерильный лоток шприц, ватный шарик, смоченный спиртом.

Если доза антибиотиков выражается в граммах, (например, ампициллина натриевая соль выпускается во флаконах по 0,5 и 1 г), ввести нужно столько растворителя, чтобы в 1 мл раствора получилось 0,1 г ампициллина.

6. Техника проведения тюбажа при холецистите. Показания.

К проведению процедуры лучше приготовиться заблаговременно. Намедни советуют придерживаться диеты, исключающей употребление острой, жирной.

Часто, назначают тюбаж с внедрением аптечного сорбита либо ксилита. В 1 стакане теплой негазированной воды разводят столовую ложку средства, раствор выпивают натощак, после этого в течение 1,5 часов нужно лежать на правом боку, положив грелку на область печени. После процедуры можно завтракать, лучше сходу не нагружать организм жирами и животными белками.

Вместо заменителей сахара часто употребляют магнезию. В данном случае, на стакан теплой щелочной воды без газа берут столовую ложку магнезии. Можно использовать для тюбажа и яичные желтки. Натощак принимают два сырых желтка, через 15 мин. выпивают 2 стакана щелочной минеральной воды. Через 20 мин. прием воды лучше повторить.

Слепое зондирование в домашних условиях может применяться для: профилактики и лечения застоя желчи; предупреждения желчнокаменной болезни; улучшения пищеварения; стимулирования работы кишечника.

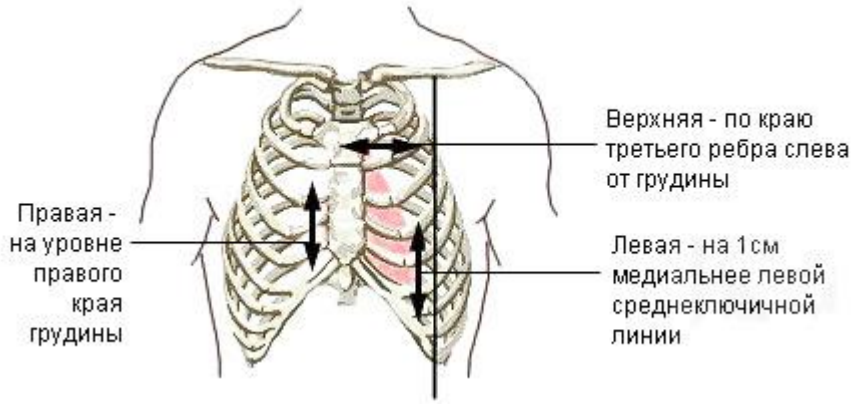
7.Техника определения относительной сердечной тупости. Нормы.

Границы сердца определяются в основном с помощью перкуссии, когда врач с помощью своих пальцев «простукивает» переднюю поверхность грудной клетки, и, ориентируясь на разницу звуков (глухие, тупые или звонкие), определяет предположительное расположение сердца.

Границ относительной сердечной тупости в норме:

- Правую границу определяют путем передвижения пальцев вдоль четвертого межреберного промежутка справа в левую сторону, и отмечают, как правило, в 4-м межреберье по краю грудины справа.
- Левую границу определяют путем передвижения пальцев вдоль пятого межреберного промежутка слева к грудине и отмечают по 5-му межреберью на 1.5-2 см внутрь от срединно-ключичной линии слева.

- Верхнюю границу определяют путем передвижения пальцев сверху вниз по межреберным промежуткам слева от грудины и отмечают по третьему межреберью слева от грудины.



Правой границе соответствует правый желудочек, левой границе — левый желудочек, верхней границе — левое предсердие. Проекцию правого предсердия с помощью перкуссии определить невозможно в силу анатомического расположения сердца (не строго вертикально, а наискосок).

8. Техника постановки в\мышечной инъекции. Возможные осложнения.

Цель. Введение лекарств, минуя ЖКТ.

Показания. Назначение лекарств, которые при подкожном введении вызывают сильное раздражение; введение больших объемов лекарств (до 10 мл); введение антибиотиков.

Противопоказания. Нарушение целостности кожи в местах инъекций; непереносимость препарата; патологическая боязнь пациентом инъекций; инфильтраты в месте инъекций.

Оснащение. Стерильный шприц с лекарственным средством; игла для внутримышечных инъекций длиной 5 см при нормально развитом жировом слое пациента и 7 — 8 см — при чрезмерно развитом жировом слое; три ватных шарика, смоченных 70 % спиртом или АХД-2000; 0,5 % спиртовой раствор хлоргексидина.

Техника выполнения. Для внутримышечной инъекции выбирают область, где нет крупных сосудов, нервов, а мышцы наиболее развиты и нет опасности попасть в кость. К таким областям относятся наружноверхний квадрант ягодицы, четырехглавая мышца бедра, трехглавая мышца плеча.

1. Медицинская сестра тщательно моет руки и обрабатывает их хлоргексидином или другим антисептиком.
2. Насаживают иглу для внутримышечных инъекций, выпускают из шприца воздух.
3. Пациента просят лечь на живот или на бок. Если он находится на постельном режиме, то инъекцию выполняют в палате.
4. Кожу в месте инъекции дважды обрабатывают ватными шариками, смоченными спиртом: первый раз очищают участок кожи размером 10х10 см, второй раз — 5х5 см.
5. В правую руку берут шприц таким образом, что I, **III**и IV пальцы фиксируют цилиндр шприца, V палец — муфту иглы; II палец находится на рукоятке поршня.
6. Левой рукой растягивают кожу в месте инъекции, а правой рукой резким движением делают прокол перпендикулярно тканям пациента на глубину 5 — 7 см. Над кожей в месте прокола должно остаться 0,5— 1,0 см иглы (рис. 16.17).
7. Шприц перехватывают в левую руку точно так же, как он расположен в правой.

8. Тремя пальцами правой руки слегка тянут на себя поршень шприца — проверяют, не попала ли игла в сосуд. Если конец иглы находится в сосуде, то в шприц легко насасывается кровь.

9. Если в шприце не появились следы крови, то медленно нажимая на поршень тремя пальцами правой руки, вводят лекарство.

10. Закончив введение лекарства, шприц снова берут в правую руку так, как он был в левой (а при проколе в правой). Прочно фиксируют V пальцем иглу и быстрым движением извлекают ее, прижав к месту прокола оставшийся ватный шарик, смоченный спиртом.

11. Ватный шарик держат в месте прокола 2 — 3 мин. Массировать, нажимать ватным шариком в месте прокола не рекомендуется.

Осложнения. Перерастяжение мышц большим количеством лекарств, плохое рассасывание препарата; инфекционные осложнения (абсцесс, флегмона); инфильтраты; невриты, парезы, параличи (при введении раздражающего лекарства вблизи нервных стволов); кровотечение (при попадании в сосуд); высокая концентрация препарата в крови (при введении лекарства в сосуд); масляная эмболия (при попадании масла в сосуд); аллергические реакции; облом иглы. Профилактика осложнений заключается в соблюдении стерильности и техники выполнения манипуляции, правильном выборе места инъекции.

8. Техника постановки в\мышечной инъекции. Возможные осложнения.

Цель. Введение лекарств, минуя ЖКТ.

Показания. Назначение лекарств, которые при подкожном введении вызывают сильное раздражение; введение больших объемов лекарств (до 10 мл); введение антибиотиков.

Противопоказания. Нарушение целостности кожи в местах инъекций; непереносимость препарата; патологическая боязнь пациентом инъекций; инфильтраты в месте инъекций.

Оснащение. Стерильный шприц с лекарственным средством; игла для внутримышечных инъекций длиной 5 см при нормально развитом жировом слое пациента и 7 — 8 см — при чрезмерно развитом жировом слое; три ватных шарика, смоченных 70 % спиртом или АХД-2000; 0,5 % спиртовой раствор хлоргексидина.

Техника выполнения. Для внутримышечной инъекции выбирают область, где нет крупных сосудов, нервов, а мышцы наиболее развиты и нет опасности попасть в кость. К таким областям относятся наружноверхний квадрант ягодицы, четырехглавая мышца бедра, трехглавая мышца плеча.

1. Медицинская сестра тщательно моет руки и обрабатывает их хлоргексидином или другим антисептиком.

2. Насаживают иглу для внутримышечных инъекций, выпускают из шприца воздух.

3. Пациента просят лечь на живот или на бок. Если он находится на постельном режиме, то инъекцию выполняют в палате.

4. Кожу в месте инъекции дважды обрабатывают ватными шариками, смоченными спиртом: первый раз очищают участок кожи размером 10х10 см, второй раз — 5х5 см.

5. В правую руку берут шприц таким образом, что I, **III**и IV пальцы фиксируют цилиндр шприца, V палец — муфту иглы; II палец находится на рукоятке поршня.

6. Левой рукой растягивают кожу в месте инъекции, а правой рукой резким движением делают прокол перпендикулярно тканям пациента на глубину 5 — 7 см. Над кожей в месте прокола должно остаться 0,5— 1,0 см иглы (рис. 16.17).

7. Шприц перехватывают в левую руку точно так же, как он расположен в правой.

8. Тремя пальцами правой руки слегка тянут на себя поршень шприца — проверяют, не попала ли игла в сосуд. Если конец иглы находится в сосуде, то в шприц легко насасывается кровь.

9. Если в шприце не появились следы крови, то медленно нажимая на поршень тремя пальцами правой руки, вводят лекарство.

10. Закончив введение лекарства, шприц снова берут в правую руку так, как он был в левой (а при проколе в правой). Прочно фиксируют V пальцем иглу и быстрым движением извлекают ее, прижав к месту прокола оставшийся ватный шарик, смоченный спиртом.

11. Ватный шарик держат в месте прокола 2 — 3 мин. Массировать, нажимать ватным шариком в месте прокола не рекомендуется.

Осложнения. Перерастяжение мышц большим количеством лекарств, плохое рассасывание препарата; инфекционные осложнения (абсцесс, флегмона); инфильтраты; невриты, парезы, параличи (при введении раздражающего лекарства вблизи нервных стволов); кровотечение (при попадании в сосуд); высокая концентрация препарата в крови (при введении лекарства в сосуд); масляная эмболия (при попадании масла в сосуд); аллергические реакции; облом иглы. Профилактика осложнений заключается в соблюдении стерильности и техники выполнения манипуляции, правильном выборе места инъекции.

9. Техника постановки внутривенной инъекции. Возможные осложнения

Внутривенная инъекция

Цель. Введение лекарств в кровеносное русло.

Показания. Введение больших количеств лекарственных средств, лекарств, раздражающих подкожную клетчатку; оказание экстренной помощи при остановке дыхания, острой сердечной недостаточности, отравлениях и других состояниях, требующих немедленного оказания помощи; введение концентрированных растворов (10% раствор кальция хлорида); переливание крови и-кровезамещающих жидкостей.

Противопоказания. Аллергия на препарат.

Оснащение. Шприц емкостью 10 — 20 мл; иглы длиной 4 — 6 см; три стерильных ватных шарика; 70% спирт; стерильный лоток, пеленка; стерильные марлевые салфетки; жгут, валик; назначенное лекарственное средство.

Техника выполнения. 1. Набирают в шприц лекарство из ампулы или флакона.

2. Проводят венепункцию, снимают жгут.

3. Убедившись, что игла в вене, не меняя положения шприца в правой руке, I, II и IIIпальцами левой руки нажимают на поршень и медленно вводят лекарство. В шприце оставляют 1 —2 мл раствора.

4. К. месту прокола прикладывают ватный шарик, смоченный спиртом, и быстрым движением извлекают иглу. Просят пациента согнуть руку в локте или накладывают давящую повязку во избежание кровотечения.

Осложнения. Жировая эмболия легочных сосудов (при введении масляных растворов); воздушная эмболия (при попадании воздуха в кровеносное русло); инфильтрат; гематома; сепсис; аллергические реакции; флебиты — воспаление стенки вены; головокружение, коллапс, нарушение ритма сердца (могут быть следствием быстрого введения препарата). Профилактика осложнений заключается в соблюдении правил асептики и техники выполнения инъекции.

10. Техника постановки системы для внутривенного капельного вливания.

Цель. Введение в кровеносное русло пациента больших количеств жидкости с лечебной целью.

Показания. Нормализация объема и состава крови.

Противопоказания. Аллергия на препарат.

Оснащение. Стерильные системы многоразового или однократного применения; инфузионная среда, приготовленная для переливания (медицинская сестра проверяет название, срок годности, прозрачность и наличие инородных тел, снимает металлический колпачок на пробке флакона); 70% спирт; стерильный перевязочный материал; штатив для системы.

Техника выполнения. 1. Медицинская сестра надевает маску, тщательно моет руки с мылом и обрабатывает их антисептиком, надевает стерильные перчатки.

2. Ватным шариком, смоченным спиртом, обрабатывают резиновую пробку флакона.

3. Стерильной салфеткой берут иглу-воздуховод за муфту и, проколов ею пробку флакона, вводят до его дна.

4. Накладывают зажим на резиновую трубку системы на расстоянии 5 см от канюли.

5. Стерильной салфеткой берут короткую иглу, соединенную с резиновой трубкой, и прокалывают пробку флакона.

6. Флакон переворачивают вверх дном и закрепляют на штативе для систем.

7. Поворачивают капельницу системы в горизонтальное положение, открывают зажим и заполняют ее на $^{1/2}$объема.

8. Возвращают капельницу в исходное положение и выпускают воздух из системы ниже уровня капельницы, внимательно наблюдая за заполнением контрольного стекла.

9. Закрывают зажим, вешают его на штатив. Канюлю оборачивают стерильной марлевой салфеткой.

10. Проводят венепункцию.

11. Присоединяют систему к игле в следующем порядке:

1) зажимают пальцами резиновую трубку;

2) снимают зажим;

3) выпускают несколько капель раствора; ,

4) осторожно присоединяют канюлю к игле, плотно притирая ее.

12. Регулируют скорость поступления лекарства до 40—60 капель в 1 мин, повесив винтовой зажим на трубку ниже капельницы.

13. Закрывают стерильной салфеткой иглу и фиксируют лейкопластырем к коже резиновую трубку выше канюли.

14. Закончив вливание, накладывают зажим на резиновую трубку у канюли. Извлекают иглу, прижав место прокола ватным шариком, смоченным спиртом. Просят пациента согнуть руку в локте.

15. Если пациент не находится на постельном режиме, ему рекомендуют некоторое время полежать в постели.

Примечания. Если не вывести воздух из системы, то возникает воздушная эмболия, приводящая к смерти пациента. Во время инфузии необходимо наблюдать за состоянием пациента, скоростью поступления лекарства, положением иглы в вене, наличием лекарства во флаконе. Если венепункцию выполнить невозможно, необходимо сообщить об этом врачу. С целью профилактики септических осложнений нужно строго соблюдать правила асептики. При возникновении осложнений вливание следует прекратить , вызвать врача и начать оказывать помощь. Перевязочный материал, загрязненный кровью, необходимо продезинфицировать в 3% растворе хлорамина в течение 1 часа.

11. Техника подкожной инъекции. Возможные осложнения.

Цель. Введение лекарств, минуя ЖКТ.

Показания. Введение небольших объемов лекарственных средств; введение масляных растворов; выполнение профилактических прививок; оказание экстренной помощи.

Противопоказания. Аллергия на препарат; нарушение целостности кожи и инфильтраты в месте инъекции.

Оснащение. Стерильный шприц, игла для набирания лекарства; стерильная игла длиной 2 — 3 см для подкожной инъекции пациентам с нормально развитым жировым слоем и 4 — 5 см при чрезмерно развитом жировом слое; три ватных шарика, смоченных 70 % спиртом или АХД-2000; лоток с маркировкой «Для стерильного материала»; стерильная пеленка или полотенце; лоток с маркировкой «Для использованных инструментов», если инъекцию предстоит выполнить в палате; 0,5 % спиртовой раствор хлоргексидина.

Техника выполнения. Подкожные инъекции осуществляют в те участки тела, в которых отсутствуют магистральные вены и артерии: это наружная поверхность плеча (средняя треть), подлопаточная область, переднебоковая поверхность живота, переднебоковая поверхность бедра (рис. 16.14).

1. Медицинская сестра моет руки и обрабатывает их 0,5 % раствором хлоргексидина или другим антисептиком.
2. В шприц набирают назначенное лекарство, меняют иглу, выпускают воздух, проверяя проходимость иглы.
3. Если пациент сам пришел в процедурный кабинет, его просят сесть и обнажить место инъекции.
4. Пальпируют место инъекции и выбирают участок без осложнений.
5. Дважды кожу в месте инъекции обрабатывают шариками, смоченными спиртом (АХД-2000).
6. Кожу берут в складку I и II пальцами левой руки и оттягивают ее.
7. Правой рукой берут шприц таким образом, что II палец фиксирует иглу, V палец — поршень, а I, III и IV пальцы находятся на цилиндре шприца.

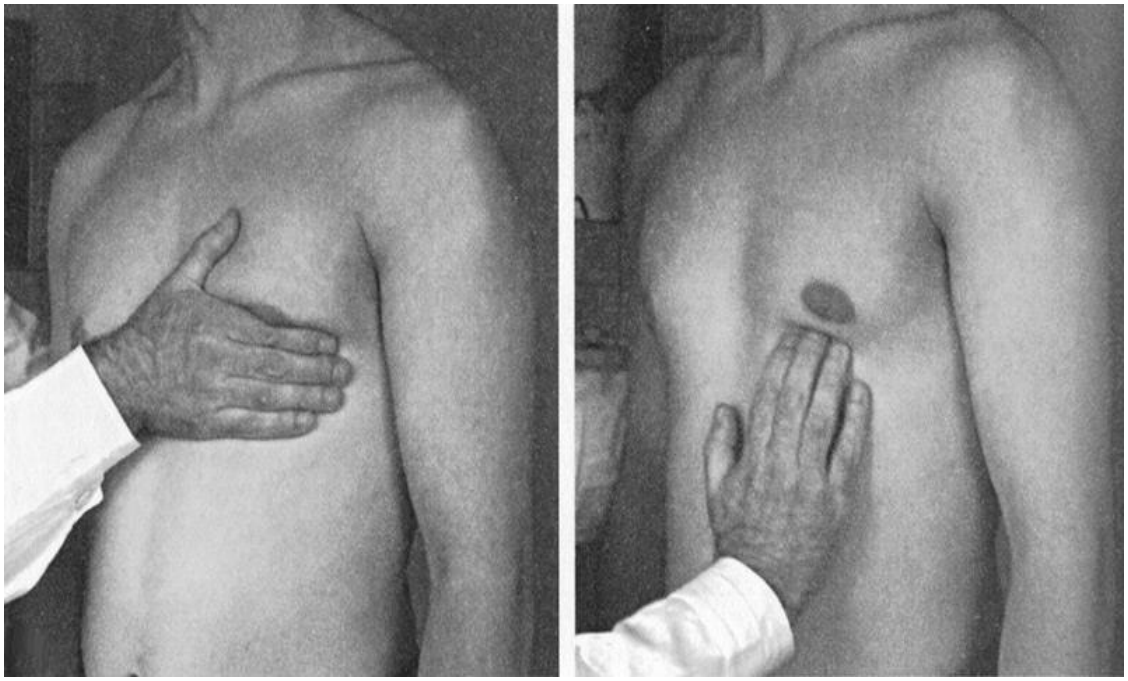
8. Быстрым движением правой руки иглу вводят в основание образовавшейся складки на глубину не менее 1,5 — 2,0 см ($^2/_3$ длины иглы) под углом 30 — 45°. Примерно 1 см иглы должен оставаться над кожей.
9. После введения иглы складку кожи отпускают и, медленно нажимая на поршень, левой рукой (I, II и III пальцами) вводят лекарство. Положение правой руки остается неизменным.
10. Закончив введение лекарства, левой рукой берут с лотка оставшийся стерильный шарик, смоченный антисептиком, прикладывают к месту прокола и быстрым, но не резким движениемизвлекают иглу.
11. Ватный шарик в течение 2 — 3 мин держат на месте прокола. *Осложнения.* Инфильтрат; абсцесс; облом иглы; аллергические

реакции. Профилактика осложнений заключается в соблюдении стерильности и техники выполнения подкожной инъекции. Перед введением масляные растворы рекомендуется подогревать до температуры тела.

12. Техника проведения пальпации верхушечного толчка. Норма.

Пальпация **верхушечного толчка** проводится следующим образом. Пациент может стоять, сидеть или лежать, в то время как врач после предварительного осмотра области сердца (грудина, левая половина грудной клетки) устанавливает кисть рабочей руки основанием ладони перпендикулярно левому краю грудины, а кончиками пальцев в пятом межреберье по срединно-ключичной линии, приблизительно под левым соском. Женщина в этот момент должна придерживать свою левую молочную железу рукой.

Далее оцениваются характеристики верхушечного толчка — сила, локализация и площадь (ширина) верхушечного толчка. В норме толчок располагается в пятом межреберьекнутри от левой средне-ключичной линии на 1-2 см и составляет по ширине 1.5-2 см. Под пальцами толчок ощущается как ритмичные колебания, вызванные ударами верхушки левого желудочка о стенку грудной клетки.



13. Расчет и правила введения инсулина.

Инъекции инсулина и гепарина вводятся подкожно.

Инсулин выпускается во флаконах по 5 мл, в 1 мл содержится 40 ЕД или 100 ЕД. Инсулин вводят специальным одноразовым шприцем, учитывая, что одно деление соответствует 1 ЕД или шприц-ручкой.

Нераспечатанный флакон с инсулином должен хранится в холодильнике при температуре +2°С до +8°С. Его лучше держать на дверце или нижнем отсеке холодильника, подальше от морозильной камеры. Используемый флакон можно хранить в прохладном месте до 6 недель (картридж для шприц-ручки – до 4-х недель). Перед введением флакон необходимо согреть до 36°С.

Вводить инсулин необходимо за 20-30 минут до еды.

Оснащение: флакон с раствором инсулина, стерильный лоток, пинцет, стерильные ватные шарики, одноразовый инсулиновый шприц, спирт 70 %.

1. Проверить пригодность инсулина.
2. Проверить стерильность инсулинового шприца, вскрыть пакет.
3. Вскрыть колпачок с флакона, прикрывающий резиновую пробку.
4. Протереть резиновую пробку ватными шариками, смоченными спиртом двукратно, дать спирту высохнуть.
5. Оттянуть поршень до метки, указывающей количество единиц инсулина, назначенное врачом.
6. Проткнуть иглой резиновую пробку флакона с инсулином, выпустить воздух во флакон; перевернуть флакон со шприцем, чтобы флакон оказался вверх дном, держа их в одной руке на уровне глаз.
7. Оттянуть поршень вниз до отметки необходимой дозы.
8. Вынуть иглу из флакона, надеть колпачок, положить шприц в лоток.
9. Вымыть руки. Надеть перчатки.

10. Обработать место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Дать коже высохнуть, снять со шприца колпачок.

11. Взять кожу в складку и ввести иглу под углом 45° – 90°.

12. Ввести медленно инсулин.

13. Прижать сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции, извлечь иглу.

Место инъекции не массировать (это может вызвать слишком быстрое всасывание инсулина).

14. Утилизировать шприц и использованный материал.

15. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

16. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).

17. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

18. Напомнить пациенту о необходимости принять пищу через 20-30 минут.

14. Техника и правила аускультации сердца. Нормы.

Аускультацию сердца обычно проводят в положении стоя. Для того чтобы шумы при дыхании не мешали обследованию, пациента просят периодически задерживать дыхание на 4–6 секунд (предварительно больной должен глубоко вдохнуть).

Для выслушивания используют 5 точек аускультации сердца (номера соответствуют последовательности выслушивания тонов).

1. Первая точка — область так называемого верхушечного толчка, которая позволяет оценить работу митрального клапана и атриовентрикулярного отверстия слева. Находится на 1–2 см внутри от соска в V межреберье. Сначала определяется тон после длинной паузы, а затем — после короткой. **В норме по громкости первый тон в области верхушечного толчка всегда сильнее второго.**

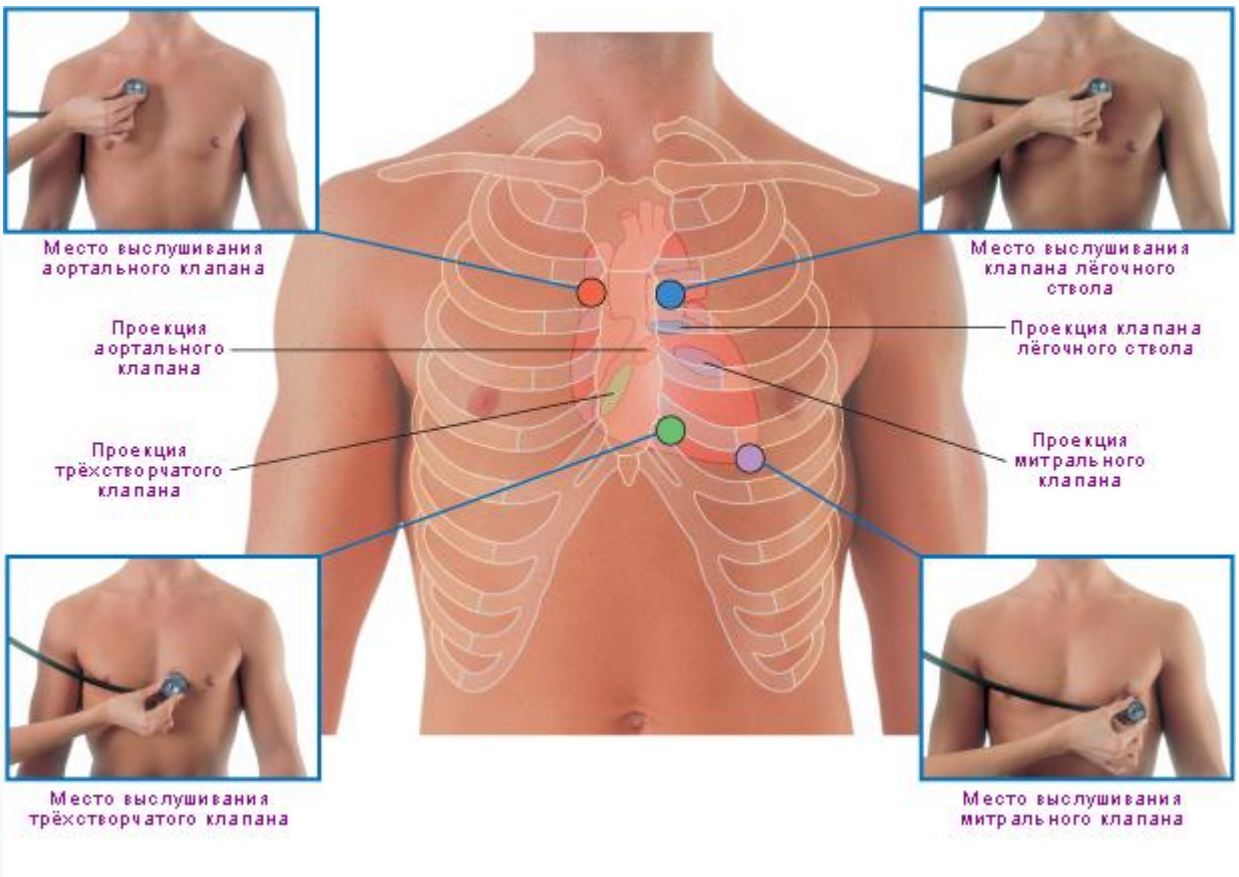
Иногда на этом месте выслушивается добавочный III тон, что может свидетельствовать о наличии какой-либо патологии сердца или о молодом возрасте пациента. В последнем случае появление третьего тона считается нормой.

2. Вторая точка — находится в области основания грудины в районе V межреберья. Здесь выслушивается правое атриовентрикулярное отверстие и трёхстворчатый клапан.

3. Третья точка - выслушивается в районе II межреберья справа. Здесь фиксируется работа клапанов аорты и устья аорты. Исследование проводится при задержке дыхания.

4. Четвертая точка — II межреберье слева от грудины, здесь выслушиваются клапаны лёгочной артерии.

5. Пятая точка (в медицине её называют точкой Боткина — Эрба) – определяется в III межреберье слева от грудины. Это дополнительное место для выслушивания клапанов аорты. Обследование проводят на вдохе с задержкой дыхания в течение 3–5 секунд.



Основные точки аскультации: места выслушивания аортального, лёгочного, трёхстворчатого и митрального клапанов

15. Техника и цели проведения поверхностной пальпации живота.

Поверхностная пальпация живота проводится с целью достижения определенных задач:

- выяснить, насколько активно брюшная стенка принимает участие в дыхании;
- определить напряжение мышц слева, справа, внизу, вверху, в центре живота;
- выявить точки, где мышцы живота расходятся или выпячивается грыжа;
- определить, в каком месте брюшной полости появляется резкая боль;
- обнаружить опухоль и уплотнения, расположенные в брюшине, или исключить их наличие;
- проверить и оценить размеры внутренних органов, узнать их соответствие или несоответствие норме.

Техника проведения поверхностной пальпации живота

1. Уложить больного на спину с вытянутыми ногами, руки его расположить вдоль туловища.

2 Положить плашмя ладонь правой руки на живот левой подвздошной области пациента.

3.Слегка согнутыми четырьмя пальцами произвести мягкий нажим на брюшную стенку. Оценить степень напряжения передней брюшной стенки.

4.Руку перенести в правую подвздошную область и провести пальпацию,

5.Провести пальпацию живота постепенно перемещая руку вверх к эпигастрию на симметричных участках левой и правой половины брюшной стенки.

16. Техника и цели проведения глубокой пальпации живота.

Глубокая пальпация проводится с целью выполнения следующих задач:

- определение точного места внутренних органов;
- обследование внутренних органов, определение их точных размеров, изучение их тканей, характера смещаемости, соответствие норме;
- проводится оценка полых органов — анализируется наличие в них урчания или других звуков, которых не бывает, если показатели органа в норме;
- определение уплотнения, опухоли, кисты и других новообразований, которые причиняют человеку боль, изучение их характера, плотности, величины, формы и других параметров.

Положение пациента при проведении глубокой пальпации такое же, как и при проведении поверхностной пальпации. Однако некоторые органы необходимо обязательно исследовать в горизонтальном и в вертикальном положении. В положении стоя отдельные органы, в силу тяжести, несколько опускаются и становятся более доступными исследованию — почки, малая кривизна желудка, печень, селезенка. При этом конечно надо учитывать то, что при вертикальном положении у пациента может усилиться мышечное напряжение брюшной стенки, что несколько затруднит пальпацию.

Правила установки руки врача.

Положение руки врача при глубокой пальпации живота.

— ладонь плоско лежит на животе без погружения;

—положение ладони

— перпендикулярно оси органа или краю органа,

— пальцы сомкнуты и полусогнуты так, чтобы их кончики находились на одной линии, параллельной краю органа или его оси;

— большой палец в манипуляциях не участвует, его лучше не поднимать, а отвести в сторону.

На рисунке показана пальпация большой кривизны желудка.

1. Ладонь пальпирующей руки должна лежать плашмя на поверхности живота перпендикулярно оси органа или краю органа (рис. 387). Положение руки, когда живота касается не вся ладонь, а лишь кончики пальцев, не обеспечивает полноты исследования.

2. Пальцы кисти должны быть сомкнутыми и полусогнутыми, конечные фаланги устанавливаются в соответствии с топографией органа параллельно оси органа или исследуемому краю органа. Большой палец в манипуляции не участвует.

3. В зависимости от направления предстоящего скольжения пальцев по поверхности исследуемого объекта, на уровне предполагаемого края или оси органа делается смещение кожи живота на 1-2 см в противоположную сторону, таким образом формируется запасная складка кожи.

4. Достигнув любой плотной поверхности в глубине живота врач делает по ней скользящее движение кончиками пальцев на расстояние 3-6 см, не меняя глубины погружения пальцев.

5. При пальпации органов, не имеющих сзади себя твердой поверхности (восходящая и нисходящая ободочная кишка, почки) роль плотной поверхности выполняет вторая рука врача, подкладываемая на поясничную область.

Правила и требования глубокой пальпации живота

Глубокая пальпация живота проводится с учетом следующих правил и требований:

1. Пальпация должна быть методической, то есть прощупывание проводится в определенной последовательности. Наиболее приемлемой считается такая последовательность:

- сигмовидная кишка;
- слепая кишка с отростком;
- восходящая и нисходящая части ободочной кишки;
- желудок с его отделами;
- поперечная ободочная кишка;
- тонкий кишечник (двенадцатиперстная кишка, тощая, подвздошная — обратить внимание на ее конечную часть);
- печень;
- селезенка;
- поджелудочная железа;
- почки.

Этот порядок может быть нарушен лишь при наличии жалоб пациента на боли в области определенного органа или боли, выявленной врачом при проведении поверхностной пальпации. Болезненная область исследуется в последнюю очередь. Ранняя пальпация болезненной зоны можем вызвать защитную мышечную реакцию что затруднит дальнейшее исследование.

2. Пальпация должна быть глубокой. Врачу необходимо достигнуть задней брюшной стенки.

Это удается при:

- **горизонтальном положении пациента**, при максимальном расслаблении мышц передней брюшной стенки, а также мышц всего тела;
- **правильном дыхании пациента:** он должен дышать диафрагмой, ровно, спокойно, без рывков, лучше через рот (это расслабляет мышцы) и достаточно глубоко: если дыхание поверхностное, пациента просят дышать глубже не меняя темпа дыхания,
- **правильном погружении пальцев в брюшную полость.** В норме мышцы брюшною пресса во время вдоха напрягаются, во время выдоха расслабляются. Поэтому при глубокой пальпации проникновение пальцев вглубь брюшной полости должно происходить с перерывами.
- **первое погружение** (плавное, без рывка) делается на выдохе, на глубину 2-3 см с задержкой пальцев на достигнутой глубине во время очередного вдоха;
- **повторное погружение делается во время очередного выдоха**. Для достижения максимальной глубины обычно требуется 2-4 погружения (выдоха), а при очень дряблой брюшной стенке бывает достаточно и одного. Чем больше сопротивление брюшном стенки, тем медленнее должно быть погружение. В случае напряжения брюшной стенки из-за сильно развитых мышц и невозможности его ослабить такими способами, как отвлекающий разговор, опущение изголовья, сгибание ног, надо использовать прием димпфа по В.П. Образцову — надавить левой рукой врача областью тенара на брюшную стенку чуть выше или в сторону на 5-6 см от места исследования. Это способствует некоторому расслаблению мышц живота и лучшему проникновению пальпирующих пальцев вглубь брюшной полости.

Пределом погружения пальцев считается:

- достижение задней стенки брюшной полости;
- достижение поверхности исследуемого органа;
- наличие выраженной болезненности.

При пальпации боковых областей живота, где расположены восходящая и нисходящая ободочная кишка, почки, из-за отсутствия плотной задней поверхности, к которой можно было бы прижать орган, врач использует другую руку, которую подкладывает под спину пациента, погружая ее в мягкие ткани задней стенки. Таким образом, создается жесткая задняя поверхность, к которой прижимается исследуемый орган. Обе руки врача при пальпации совершают движения навстречу одна к другой, зажимая исследуемый орган. Правая рука к концу исследования делает дополнительное скользящее движение по поверхности органа.

При пальпации почек и печени скольжение совершается не во время выдоха, а на высоте вдоха, когда эти органы максимально опускаются вместе с диафрагмой и становятся более доступными исследованию.

3. Пальпация должна быть скользящей. Скольжение возможно в виде двух вариантов.

Первый — погруженные пальцы в брюшную полость, достигнув задней ее стенки или поверхности органа, оставаясь на той же глубине, делают вместе с кожей скользящее движение по поверхности исследуемого объекта, поперек его оси или края, как бы перекатываясь через них. Таким образом врач получает информацию о величине органа или образования, его форме, подвижности, характере поверхности, смещаемости, болезненности, урчании полых органов.

Второй — скольжение пальцев по поверхности пальпируемого органа возникает самостоятельно во время его смещения вместе с диафрагмой на вдохе и выдохе. Этот прием особенно употребим при ощупывании почек, печени, селезенки.

17. Техника проведения и цели перкуссии живота.

Перкуссия живота позволяет определить:

- степень воздушности полых органов (желудок, тонкий и толстый кишечник);
- ориентировочные или точные размеры полых органов,
- точные размеры безвоздушных органов (печень, селезенка, увеличенные матка, желчный пузырь), а также положение их границ относительно условных линий живота;
- возможную причину увеличения живота, отдифференцировать вздутие (метеоризм) от асцита и увеличения живота за счет жировых отложений (толстая брюшная стенка, увеличенный сальник), крупного кистозного образования (киста поджелудочной железы, яичника) или значительно увеличенного какою-то органа. В зависимости от предстоящих задач используются различные виды перкуссии (см рис.):
- для определения степени воздушности полых органов, наличия свободной жидкости в брюшной полости, установления размеров безвоздушных органов, размеров опухолей и кист — вначале используется классическая посредственная громкая, а затем тихая перкуссия,
- для определения размеров полых органов применяется максимально слабая непосредственная перкуссия по меюду Ф.Г. Яновскот — удар наносится мякотью (подушечкой) среднею пальца правой руки по поверхности живога.

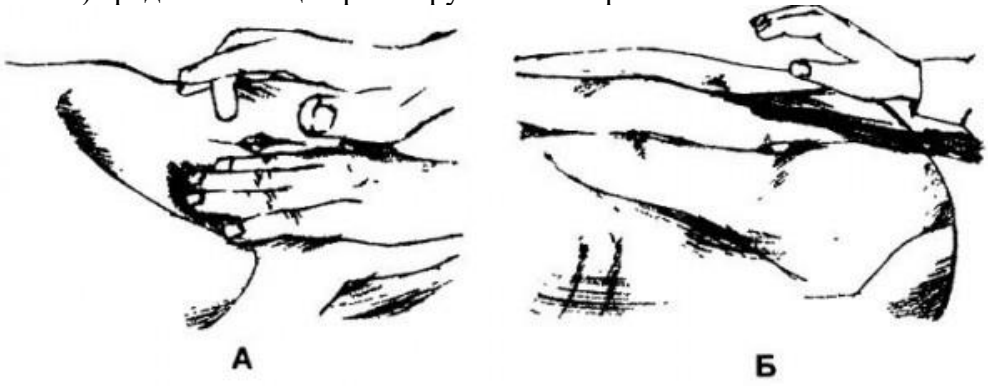


Рис.Техникаперкуссии живота.
А — посредственная перкуссия, Б — непосредственная перкуссия
по Ф.Г. Яновскому.

Положение пациента также зависит от задач перкуссии, обычно она выполняется в положении пациента лежа, и лишь для определения степени смещения некоторых органов (печень, желудок) и выявления асцита перкуссия проводится в положении пациента сидя, на боку, в коленно-локтевом положении.

Перкуссия живота начинается с определения характера перкуторного звука над симметричными участками живота.

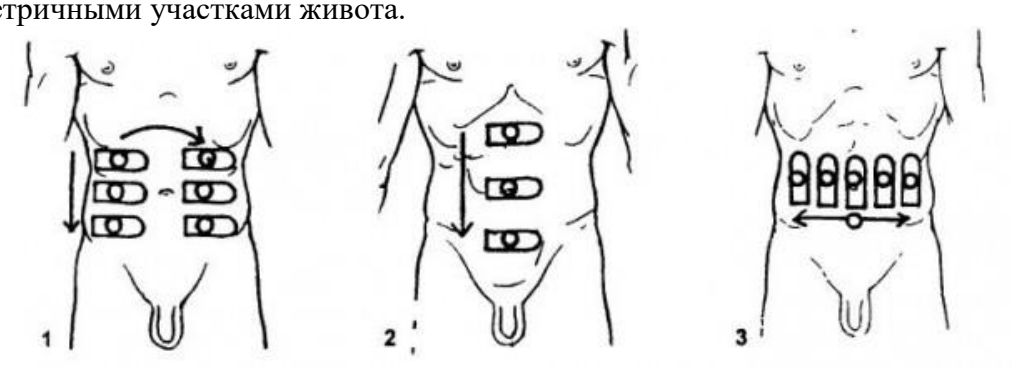


Рис. Схема трех этапов перкуссии живота.
1 — сравниваются левая и правая половина живота, перкуссия проводится сверху вниз;
2 — сравниваются верхняя и нижняя половина живота, перкуссия проводится сверху вниз;
3 — сравниваются левый и правый фланги живота, перкуссия проводится от белой линии.

Палец плессиметр устанавливается поперек длины живота по срединноключичной линии вначале у края реберной дуги слева и справа, далее — на уровне пупка, затем — на уровне передних остей подвздошных костей. После этого сравнивается характер перкуторного звука над верхней и нижней половинами живота.

Положение пальца-плессиметра прежнее, перкуссия проводится по передней срединной линии, то есть по белой линии живота, от мечевидного отростка до лона. Оценивая перкуторный звук эпигастрия, надо учитывать, что в верхней его части лежит левая доля печени, дающая тупой звук, а ниже — желудок, дающий тимпанический звук.

Далее необходимо провести сравнительную перкуссию от пупка к флангам живота. Средина пальца-плессиметра устанавливается на пупок вдоль белой линии, перкуссия выполняется в латеральном направлении до уровня средней аксиллярной линии. Можно сначала ироперкутировать одну, а затем другую сторону, сравнив результаты. В норме тимпанит переходит в тупой звук обычно от уровня передней подмышечной линии.

Сравнительная перкуссия живота, как и сравнительная перкуссия легких, проводится вначале громкой, затем тихой перкуссией. У здорового человека при перкуссии живота выявляется умеренный тимпанический звук за счет газов в желудке и кишечнике, над кишечником он более высокий, чем над желудком. Однако это различие не всегда удается уловить, особенно начинающим. Слева у реберной дуги тимпанит более громкий, чем справа из-за газового пузыря желудка, звук в подвздошных областях зависит от количества газа в слепой и восходящей кишке, в нисходящей и сигмовидной кишке, а также от количества газа в тонком кишечнике.

Перкуторный звук над животом очень непостоянный. Тимпанический звук может быть незначительным (притупленно-тимпанический) и даже исчезнуть из-за длительного голодания, после очистительной клизмы, поноса. Над желудком и кишечником тимпанит исчезает при переполнении этих органов (обильная еда, запор).

Проводя перкуссию живота с целью определения размеров, границ безвоздушных органов и опухолевидных образований, а также для выявления асцита, необходимо идти от тимпанического звука к тупому.

18. Техника промывания желудка

Показания для промывания желудка

- Отравления принятыми внутрь ядами, алкоголем, лекарственными препаратами, другими токсическими агентами.
- Пищевые отравления.
- Желудочные патологии, включая гастриты, с обильным образованием слизи.
- Диагностика онкологических заболеваний ЖКТ.
- Выявление возбудителя при воспалительных процессах в желудке, а также легких и бронхах, когда больной не может собрать мокроту.

Противопоказания для промывания желудка

- Стенозы пищевода, глотки.
- Желудочные или пищеводные кровотечения.
- Ожоги пищевода и желудка.
- Наличие судорог, судорожная готовность.
- Дыхательная и сердечная недостаточность в стадии декомпенсации.

- Отдаленные сроки после отравления крепкими растворами кислот и щелочей (более 6-8 часов).
- Бессознательное или сопорозное состояние больного при невозможности проведения интубации (на догоспитальном этапе).
- Острый инфаркт миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения (инсульты).
- Двигательное возбуждение и активное сопротивление пациента.

Оснащение для промывания желудка

- Толстый желудочный зонд (диаметром 10-12 мм) длиной 1-1,5 метра. Зонд должен быть стерильным.
- Стерильная резиновая трубка для удлинения зонда или второй желудочный зонд.
- Стеклянная трубка для соединения зондов.
- Воронка емкостью 0,5 — 1,0 литра.
- Роторасширитель.
- Языкодержатель.
- Стерильное вазелиновое масло.
- Стерильные салфетки.
- Кружка или ковш для наливания воды в воронку.
- Ведро с водой комнатной температуры.
- Таз или другая емкость для слива промывных вод.
- 2 клеенчатых фартука, полотенца, перчатки, маска.
- Водостойкий маркер.

Система для промывания желудка (зонды, воронка, трубка) в разобранном виде, но в наборе стерилизуется и хранится в запаянном виде.

Техника промывания желудка

- Собираем систему.
- Устанавливаем доверительные отношения с пациентом, объясняем ему ход процедуры, получаем согласие на ее проведение.
- Убеждаемся в отсутствии противопоказаний.
- Надеваем на себя и пациента клеенчатые фартуки. Удобнее, если процедуру проводят 2 человека.
- Измеряем длину вводимой части зонда — от резцов больного до его пупка, добавляем длину ладони. Делаем на зонде отметку маркером.
- Усаживаем пациента на стул, чтобы его спина плотно прилегала к спинке стула.
- Если у пациента есть зубные протезы — снимаем.
- Немного наклоняем голову пациента вперед, затем ставим к его ногам таз.
- Надеваем перчатки.
- Встаем справа от пациента и предлагаем ему открыть рот.
- Слепой конец зонда смазываем вазелиновым маслом, а при его отсутствии — смачиваем водой.
- Берем в правую руку зонд на расстоянии 10 см от слепого конца, кладем его на корень языка пациента.
- Осторожно вводим зонд по пищеводу в желудок до отметки. В это время пациент глубоко дышит через нос и делает глотательные движения.

Опускаем воронку системы до уровня колен пациента, несколько наклонив ее, чтобы вылилось содержимое желудка.

- Наливаем в воронку воду, заполнив ее до краев.
- Медленно поднимаем воронку вверх так, чтобы вода достигла устья.
- Опускаем воронку ниже уровня колен пациента, сливаем содержимое, вылившееся из желудка, в таз. При этом ворону не опускаем широкой частью вниз, а

слегка наклоняем, чтобы уровень жидкости в воронке был там же, где и уровень желудочного содержимого.

- Первую порцию промывных вод собираем в отдельную емкость для диагностического исследования в баклаборатории.
- Несколько раз повторяем процедуру промывания до получения чистых промывных вод.
- Осторожно извлекаем зонд из желудка пациента через полотенце.
- Разбираем систему и помещаем ее в емкость с дезраствором.
- Даем пациенту прополоскать полость рта и обтереть салфеткой вокруг губ.
- Обеспечиваем пациенту физический и психический покой.
- Проводим дезинфекцию собранных промывных вод в тазу, засыпав их сухой хлорной известью в соотношении 1:5 либо другим дезинфектантом согласно инструкции.
- Дезинфицируем использованные инструменты и все отработанные материалы, используя дезрастворы и выдерживая экспозицию.

19. Правилаподготовка больного к фиброгастродуоденоскопии, клоноскопии, ректораманоскопии.

Подготовка к ректороманоскопии.

Цель. Целью исследования является осмотр слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки для выявления воспаления, изъязвлений, новообразований. Целями подготовки являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания прямой и сигмовидной кишки.

Противопоказания. Тяжелое общее состояние пациента; наличие острых воспалительных и нагноительных процессов в области заднего прохода; рубцовые сужения прямой кишки.

Техника выполнения. 1. Пациента предупреждают, что исследование проводится натощак.

2. За 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму. При запорах клизму ставят и накануне вечером.

3. Непосредственно перед исследованием пациенту рекомендуется опорожнить мочевой пузырь.

4. Врач вводит ректоскоп и осматривает слизистую оболочку прямой кишки

5. Если пациенту во время осмотра проведена биопсия, то в течение суток необходимо вести наблюдение за его состоянием и самочувствием, так как есть опасность кишечного кровотечения.

Подготовка к колоноскопии. *Цель.* Целью исследования является осмотр слизистой толстого кишечника с помощью гибкойоптики для выявления воспалительных процессов, опухолей, полипов, кровотечения. Целями подготовки являются предупреждение газообразования, опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания толстого кишечника.

Противопоказания. Инфаркт миокарда; острый тромбоз мозговых сосудов; коматозное состояние; перитонит; гемофилия.

Техника выполнения. 1. Пациенту рекомендуют бесшлаковую диету за 3 — 5 сут до исследования.

2. За 2 сут до исследования пациенту дают масляное слабительное (30 — 50 мл касторового масла).

3. Накануне исследования, если позволяет состояние пациента, отменяют ужин.

4. Накануне вечером с интервалом 1,0—1,5 ч пациенту ставят очистительные клизмы.

5. Утром за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму для полного опорожнения кишечника и вводят газоотводную трубку на 10—15 мин.

6. Историю болезни утром доставляют в эндоскопический кабинет, а после исследования возвращают в отделение.

7. Пациенту в отделении оставляют завтрак (предупреждают об этом раздатчицу).

Примечание. Если во время осмотра была сделана биопсия, то в течение суток ведется наблюдение за самочувствием и состоянием пациента, так как может возникнуть кишечное кровотечение.

Подготовка к фиброгастродуаденоскопии.

Подготовка к диагностике желудка включает следующие правила:

1. последний прием пищи за 12 часов до предполагаемого исследования;
2. ужин накануне дня обследования должен состоять из легкоусвояемых продуктов (гречневая каша с куриным мясом, тушеная рыба);
3. отказ от курения перед процедурой ФГДС;
4. прием легких успокоительных перед сном (эмоциональным пациентам, испытывающим страх перед предстоящим исследованием);
5. отказ от приема лекарственных средств утром перед фиброскопией;
6. психологическая подготовка врачом (объяснение безопасности и необходимости проведения);
7. соблюдение определенной диеты за 2 дня;
8. расспрос пациента на предмет наличия аллергии на какие-либо препараты (в частности, местные обезболивающие).

20. Расчет гепарина. Правила применения.

Флаконы с раствором гепарина выпускаются по 5 мл, в 1 мл может содержатся 5000 ЕД, 10000 ЕД, 20000 ЕД.

Оснащение: флакон с гепарином, шприц и 2 иглы, пинцет, спирт, стерильные ватные шарики, стерильные перчатки, маска.

I. Подготовка к процедуре.

1. Посмотреть на этикетку флакона, обратить внимание на активность гепарина в 1 мл. Рассчитать количество гепарина, которое необходимо набрать в шприц для введения пациенту.
2. Подготовить шприц к использованию.
3. Вскрыть пинцетом металлическую крышку флакона.
4. Протереть резиновую пробку ватными шариками, смоченными спиртом двукратно, дать подсохнуть.
5. Проколоть резиновую крышку и набрать назначенную дозу гепарина в шприц.
6. Вынуть иглу из флакона, сменить её, проверить проходимость, положить шприц в лоток.

II. Выполнение процедуры.

7. Вымыть руки. Надеть перчатки.
8. Выполнить инъекцию в боковую поверхность живота, отступая на 2 см от пупка (для стимуляции выработки эндогенного гепарина).

III. Окончание процедуры.

9. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с кожным антисептиком.
10. Утилизировать шприц и использованный материал.
11. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
12. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
13. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

21. Правила приема нитроглицерина при стенокардии.

При приступе стенокардии терпеть боль нельзя! Нитроглицерин следует принимать немедленно, лучше сидя, и следующим образом: ½ — 1 таблетку помещают под язык, не разжевывая и не проглатывая. Капсулу с препаратом также держать под языком до полного рассасывания, не проглатывая. Для ускорения эффекта капсулу можно надкусить зубами. 1 — 2 капли 1%-ного спиртового раствора наносят на язык или под язык или смачивают 2 — 3 каплями кусочек сахара, хлеба и держат под языком, не проглатывая, до рассасывания.

Улучшение самочувствия наступает в течение 1 — 3 минут, у некоторых больных даже через 30 секунд. При отсутствии эффекта возможен повторный прием нитроглицерина в указанных дозах через 15 минут. Если повторный прием таблеток не прекратил приступа стенокардии, необходимо вызвать скорую или неотложную помощь. Редко, но встречаются больные, у которых снижена чувствительность к нитроглицерину. В этом случае дозу его приходится увеличивать по согласованию с врачом до 2 — 3 таблеток или 8 капель 1%-ного раствора. Эффект нитроглицерина развивается быстрее и сильнее при нарастании стенокардической боли до полного разгара приступа.

22. Правила сбора мочи на общий анализ, анализ мочи по Нечепоренко. Нормы.

Цель. Определение количества форменных элементов и цилиндров.

Показания. Воспалительные заболевания почек.

Оснащение. Чистая сухая банка из прозрачного стекла; направление в клиническую лабораторию; чистый сухой горшок или судно с направлением.

Техника выполнения. 1. Получив назначение врача, готовят посуду с направлением.

2. Пациента готовят следующим образом: «Завтра утром вам нужно собрать мочу на исследование. В 8.00 утра тщательно подмойтесь и помочитесь прерывисто, т.е. сначала в унитаз, затем в горшок, остатки опять в унитаз. Всю мочу из горшка перелейте в банку и поставьте в санитарной комнате на стеллаж».

3. Мочу отправляют в лабораторию сразу после мочеиспускания в теплом виде.

4. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

Примечания. Для исследования необходим 1 мл мочи. Мочу на

исследование по Нечипоренко при необходимости можно собирать в любое время. В экстренных случаях можно собрать не среднюю порцию струи мочи, а всю мочу, особенно если ее мало.

В норме при исследовании по Нечипоренко в моче содержатся: лейкоцитов — 4 000; эритроцитов — 1 000; цилиндров — 20.

23. Техника и правила проведения топографической перкуссии легких

Топографическую перкуссию применяют для определения верхних и нижних границ легкого, а также подвижности нижнего края легких.

Запомните:

При проведении топографической перкуссии следует помнить известные правила.

1) Перкуссия проводится точно по топографическим, линиям

2) Сила перкуторного удара — тихая (распространение колебаний на 3 - 4 см вглубь тканей).

3) Перкуссию проводят по ребрам и межреберьям.

4) Направление перкуссии - от легочного к тупому звуку. Палец-плессиметр при этом перемещают во время перкуссии параллельно границе ожидаемой тупости.

5) Границы легкого отмечают по краю пальца, обращенному к легочному звуку (единственное исключение составляет определение дыхательной экскурсии нижнего края легких при максимальном выдохе).

Нормальное расположение нижних границ легких у нормостеников

Вертикальные опознавательные линии	**Нижняя граница правого легкого**	**Нижняя граница левого легкого**
Срединно-ключичная	VI ребро	Не определяют
Передняя подмышечная	VII ребро	VII ребро
Средняя подмышечная	VIII ребро	IX ребро
Задняя подмышечная	IX ребро	IX ребро
Лопаточная	X ребро	X ребро
Околопозвоночная	Остистый отросток XI грудного позвонка	

Рис. 39. Определение нижней границы правого легкого по передней подмышечной (а) и лопаточной (б) линиям

24. Правила сбора мокроты на общий анализ, БК, бакпосев, атипичные клетки, чувствительность к антибиотикам.

Взятие мокроты для исследования на общий анализ.

Цель. Изучение состава мокроты.

Показания. Заболевания бронхолегочного аппарата.

Противопоказания. Легочное кровотечение.

Оснащение. Чистая сухая банка из прозрачного стекла с большим отверстием и плотно закрывающейся крышкой; направление в клиническую лабораторию.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером предупреждают пациента, чтобы утром с 6.00 до 7.00, не принимая пищи, воды, лекарств, не чистя зубов пастой и щеткой (щетка может травмировать слизистую и тогда в мокроте могут быть прожилки крови), он прополоскал рот кипяченой водой, а затем хорошо прокашлялся и, отхаркнув мокроту, сплюнул ее на дно банки^закрыл банку крышкой и поставил ее в определенном месте в санитарной комнате.

2. Отправляют мокроту к началу работы в лабораторию (с 7.00 **до** 8.00).

3. При поступлении результата его подклеивают в историю болезни.

Примечания. Крышкой для банки для собирания мокроты на общий анализ может служить плотная бумага или полиэтилен, закрепленный вокруг отверстия банки резинкой. Курить пациенту до собирания мокроты не рекомендуется.

Взятие мокроты для бактериологического исследования (на чувствительность к антибиотикам).

Цель. Изучение микрофлоры мокроты; определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам.

Показания. Бронхиты, пневмония.

Противопоказания. Легочное кровотечение.

Оснащение. Направление в бактериологическую лабораторию; стерильная чашка Петри, завернутая в крафт-бумагу.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером пациента предупреждают о предстоящем исследовании. Его просят, чтобы до момента забора мокроты (когда медицинская сестра придет к нему с лабораторной посудой) он не принимал пищи, воды, лекарств, не курил, не чистил зубы (антисептические средства, содержащиеся в пасте, ослабляют микрофлору) и приготовил стакан с кипяченой водой.

2. К пациенту приходят утром до завтрака и просят прополоскать рот кипяченой водой и хорошо откашляться.

3. Во время откашливаний освобождают чашку Петри от упаковки и снимают с нее крышку. Поднеся чашку Петри ко рту пациента, просят сплюнуть мокроту в чашку, не касаясь губами ее краев.

4. Сразу же закрывают чашку Петри, заворачивают ее и отправляют в лабораторию вместе с направлением.

5. При поступлении результата исследования его подклеивают в историю болезни.

Примечание. Не рекомендуется оставлять пациенту чашку Петри с вечера во избежание нарушения ее стерильности.

Взятие мокроты на микобактерии туберкулеза.

Цель. Выделение микобактерии туберкулеза.

Показания. Подозрение на туберкулез легких.

Оснащение. Стерильная сухая банка с плотно закрывающейся крышкой.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером пациента предупреждают о предстоящем исследовании следующим образом: «Завтра с 6.00 утра вам нужно начать собирать мокроту на исследование. Мокрота на назначенное вам исследование собирается в течение суток. Это значит, что всю мокроту, которая будет у вас выделяться при кашле, необходимо сплевывать в эту банку. Банку, пожалуйста, ставьте в прохладное место и плотно закрывайте крышкой». Необходимо показать пациенту то место, где в течение суток будет храниться банка с мокротой.

2. Собранную мокроту отправляют в бактериологическую лабораторию.

3. Результат исследования вклеивают в медицинскую карту стационарного больного.

Примечания. Если у пациента выделяется мало мокроты и ее будет недостаточно для исследования, то мокроту можно собирать в течение 3 сут, сохраняя в прохладном месте.

Взятие мокроты на атипичные клетки.

Подготовить:

Установить с пациентом доверительное отношение, объяснить механизм проведения процедуры и получить согласие на ее проведение; широкогорлую сухую плевательницу; транспортный контейнер; контейнер для отходов; бланки направлений; перчатки и маску.

Действие:

Вымыть руки (гигиенический уровень) и осушить руки; надеть перчатки и маску; предложить пациенту сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку

плевательницы и попросить пациента покашлять в плевательницу; мокроты должно быть 3-5 миллилитров; закрыть крышку плевательницы и поставить ее в специальный контейнер; снять перчатки и опустить их в контейнер; вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки; заполнить направление и доставить контейнер с материалом в лабораторию; заполнить документацию.

Внимание:

- Вечером накануне исследования, перед сном пациент должен тщательно почистить зубы, а утром – прополоскать рот кипяченой водой.

- При взятии мокроты на атипичные (опухолевые) клетки следует помнить, что эти клетки быстро разрушаются, поэтому собирать следует свежевыделенную мокроту.

- Для большей вероятности попадания опухолевых клеток в мокроту иногда применяют предварительные ингаляции с протеолитическим ферментом трипсином, способствующим выхождению мокроты из наиболее глубоких отделов бронхиального дерева.

25. Симптом Пастернацкого. Техника, норма.

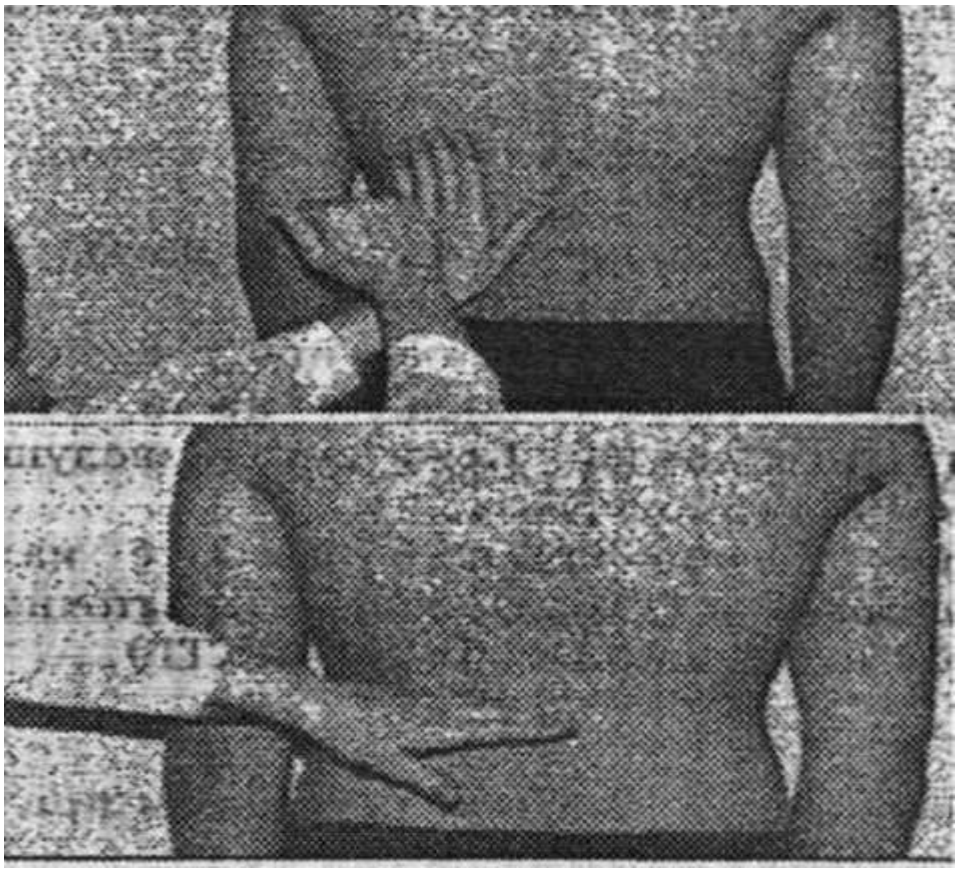
При этом исследующий кладёт руку на поясницу пациента в зоне проекции почек, а ребром ладони или кулаком правой руки наносит по ней короткие но сильные удары. Если больной при поколачивании ощущает боль, симптом расценивается как положительный (симптом Пастернацкого).

Положительный симптом Пастернацкого определяется при почечнокаменной болезни, паранефрозе, пиелонефрите.

Заключение:

1. **В норме:**симптомПастернацкого отрицательный с обеих сторон.

2. **При патологии:** симптом Пастернацкого положительный (указать степень выраженности: резко-, умеренно-, слабо положительный и обязательно указать локализацию (слева, справа, с обеих сторон).



26. Правила исследования пульса и его характеристика. Понятие дефицита пульса.

Пульс — это толчкообразные колебания стенок сосудов, которые возникают при движении крови, выталкиваемой сердцем исследуют пульс в местах поверхностного расположения артерий.

Чаще всего его прощупывают на лучевой артерии. Если исследование пульса на лучевой артерии затруднено (гипсовая по вязка, ожоги), то возможно определение его на сонной, бедренной, височной артериях и др.

Характеристики пульса: ритм, частота, наполнение, напряжение, величина.

Ритм — это временной промежуток между пульсовыми волнами. Если они одинаковые, то пульс ритмичный; если разные — то аритмичный.

Частота — это количество пульсовых волн в 1 мин. В норме у взрослого человека — 60—80 ударов в минуту. Если частота пульса менее 60 ударов в минуту, это брадикардия, если более 80 — тахикардия. У доношенных новорожденных в норме — 120—140 ударов в минуту, у недоношенных — 140—160, в возрасте 1 года — 110—120 ударов в минуту.

Наполнение пульса определяется по силе, с которой необходимо прижать лучевую артерию для того, чтобы ощутить пульсовую волну. Пульс полный, если прилагаемые усилия невелики; пульс пустой, если сила прижатия больше. Наполнение зависит от

нагнетательной функции сердца, тонуса сосудов и количества выбрасываемой сердцем крови.

Напряжение пульса определяется по силе, с которой надо прижать лучевую артерию до прекращения пульсации. В зависимости от силы прижатия выделяют пульс твердый (напряженный), умеренный и мягкий.

Величина пульса зависит от наполнения и напряжения. При хорошем наполнении и напряжении говорят о большом пульсе, при слабом наполнении и напряжении пульс считается малым.

Ритмичный пульс можно подсчитать за 1/2 мин, умножив затем полученные данные на 2. При аритмичном пульсе проводят исследование на обеих руках в течение 1 мин, затем данные складывают и делят на 2.

Приготовьте:
-секундомер;
- лист наблюдений.

Технология

Исследование пульса на лучевой артерии:

1. Больной должен быть спокоен, рука находится в расслабленном состоянии.
2. Захватите кисть пациента выше лучезапястного сустав так, чтобы ваш большой палец находился с локтевой стороны, а остальные пальцы — с ладонной стороны.
3. Прижмите лучевую артерию 2, 3, 4 пальцами к лучевой кости и найдите место пульсации.
4. Определите все характеристики пульса.
5. Занесите данные в лист наблюдений.

Дефицит пульса- меньшая по сравнению с частотой сердечных сокращений частота пульса; наблюдается при мерцательной аритмии и экстрасистолии в связи с гемодинамической неэффективностью некоторых сокращений сердца.

27. Техника и правила проведения голосового дрожания легких.

Определение голосового дрожания Наиболее информативна пальпация при определении голосового дрожания. Голосовое дрожание - это ощущение вибрации грудной клетки, которое получают руки врача, наложенные на грудную клетку пациента, когда последний громким и низким голосом произносит слова со звуком "р" (например "тридцать три", "раз, два, три" и т. д.). Колебание голосовых связок передается в грудную клетку за счет воздуха, находящегося в трахее, бронхах и альвеолах. Для определения голосового дрожания необходимо, чтобы бронхи были проходимы, а легочная ткань прилегала к грудной стенке. Дрожание грудной клетки проверяется одновременно двумя руками над симметричными участками грудной клетки последовательно спереди и сзади. При определении голосового дрожания спереди больной находится в положении стоя или сидя. Врач располагается спереди от больного и лицом к нему. Исследующий кладет обе руки с выпрямленными и сомкнутыми пальцами ладонной поверхностью на симметричные участки передней грудной стенки продольно, чтобы кончики пальцев располагались в надключичных ямках. Кончики пальцев следует слегка прижать к грудной клетке. Больному предлагается сказать громко "тридцать три". При этом врач, сосредоточив внимание на ощущениях в пальцах, должен уловить вибрацию (дрожание) под ними и определить, одинакова ли она под обеими руками. Затем врач меняет положение рук: положив правую руку на место левой, а левую - на место правой, он

предлагает еще раз громко произнести "тридцать три". Он вновь оценивает свои ощущения и сравнивает характер дрожания под обеими руками. На основании такого двукратного исследования окончательно определяют, одинаково ли голосовое дрожание над обеими верхушками или над какой-то из них оно преобладает. Аналогично проверяется голосовое дрожание спереди в подключичных областях, боковых отделах и сзади - в над-, меж- и подлопаточных областях. Этот метод исследования позволяет пальпаторно определить проведение звуковых колебаний на поверхность грудной клетки. У здорового человека голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки одинаково, в патологических условиях выявляется его асимметрия (усиление или ослабление). Усиление голосового дрожания встречается при тонкой грудной клетке, синдроме уплотнения легочной ткани (пневмонии, пневмосклерозе, туберкулезе легких), компрессионном ателектазе, при наличии полостей и абсцессов, окруженных уплотненной легочной тканью. Ослабление голосового дрожания бывает при синдроме повышенной воздушности легочной ткани (эмфиземе легких), наличии жидкости или газа в плевральной полости (гидротораксе, пневмотораксе, экссудативном плеврите, гемотораксе), наличии массивных спаек. Пальпацией кроме того удается определить шум трения плевры (при обильных и грубых отложениях фибрина), сухие жужжащие хрипы при бронхитах и своеобразный хруст при подкожной эмфиземе.

Рис. 37. Определение голосового дрожания

(а)-на передней поверхности грудной клетки

28. Применение ингалятора при приступе бронхиальной астмы. Показания, противопоказания.

Алгоритм работы

1. Пациент должен тщательно прополоскать рот от остатков пищи.
2. Необходимо снять крышку с баллончика и хорошо его встряхнуть.
3. Следует выдохнуть и плотно обхватить губами мундштук баллончика.
4. Лекарственное средство вдыхается с одновременным нажатием на баллончик.
5. После этого мундштук вынимается, а дыхание задерживается на 10 секунд.
6. В заключении делается выдох, а баллончик закрывается.

Показания к применению:

бронхиальная астма;

болезнь легких в хронической обструктивной форме.

Противопоказаниями к применению служат:

Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.

Осторожно назначают при вирусных заболеваниях.

Не назначается при грибковых поражениях.

При патологиях печени.

Детский возраст младше 6 месяцев.

29. Техника и правила проведения сравнительной перкуссии легких.

Сравнительная перкуссия легких проводится с целью выявления патологии в них, путем сравнения измененного перкуторного звука над патологическим очагом со звуками над симметричным участком здорового легкого.

Правила проведения сравнительной перкуссии:

1. Палец-плессиметр располагается симметрично по отношению к оси тела больного, и перкутируют средней перкуссией, за исключением надключичных областей, где проводится тихая перкуссия.

2. На передней поверхности грудной клетки перкутируют над ключицей, располагая палец-плессиметр параллельно ей, затем ударяют непосредственно по ключице (она является плессиметром) и потом перкутируют по среднеключичной линии по межреберьям до четвертого ребра (рис.3а).

3. На боковых поверхностях грудной клетки перкутируют от подмышечной впадины вниз по средней подмышечной линии справа и слева, также по межреберьям (руки больного заведены за голову) (рис.3с).

4. На задней поверхности перкутируют следующим образом: вначале над остью лопатки и палец-плессиметр располагается параллельно ей, затем в межлопаточной области палец-плессиметр располагается вертикально ближе к лопатке, после этого перкутируют по лопаточной линии справа и слева от угла лопатки вниз по межреберьям (локти больного сведены спереди) (рис.3в).

Заключение: при сравнительной перкуссии легких над симметричными участками выслушивается ясный легочный звук.

У здорового человека над легкими перкуторный звук может быть несколько тише и короче в следующих точках:

1. Над верхушкой правого легкого, т.к. больше развиты мышцы правого плечевого пояса.

2. Во II и III межреберьях спереди слева, за счет более близкого расположения сердца.

3. В правой подмышечной области вследствие близости расположения печени.

Патологические изменения звука возникают при различных заболеваниях легких. ***Притупление перкуторногозвука***возникает при уменьшении воздушности легких (при очаговой пневмонии, пневмосклерозе, утолщении плевральных листков - после перенесенных плевритов, скоплении небольшого количества жидкости в плевральной полости - в начальной и конечной стадии экссудативного плеврита).

Тупой звуквыслушивается при полном отсутствии воздуха в легком - синдром уплотнения легочной ткани (стадия опеченения крупозной пневмонии, большие полости заполненные содержимым - гнойный абсцесс, эхинококковая киста), гидротораксе.

Тимпанический звук выслушивается при синдромах пневмоторакса, полости в легком.

У больных с эмфиземой легких (синдром повышенной воздушности легких) выслушивается ***коробочный звук***.

Притупленно-тимпанический звукобразуется в случаях снижения эластического напряжения легочной ткани, а также при спадании альвеол (начальная стадия ателектаза) или заполнении их воспалительной жидкостью (начальная и конечная стадии крупозной пневмонии).

Топографическая перкуссия легких применяется для определения верхних и нижних границ легких, экскурсии легких, пространства Траубе.

Верхние границы легких спереди определяют от центра ключицы (палец плессиметр располагается параллельно ей) вверх и кнутри тихой перкуссией до тупого звука. Границу отмечают по нижнему краю пальца-плессиметра.

В норме- верхние границы легких спереди располагаются на 3-4 см выше ключицы.

Верхние границы легких сзади определяют от гребня лопатки (палец-плессиметр располагается параллельно ей) вверх и кнутри тихой перкуссией до тупого звука, границу отмечают по нижнему краю пальца-плессиметра и сравнивают с остистым отростком шейного позвонка.

В норме - верхняя граница легких сзади располагается на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Верхние границы легких смещаются кверху при увеличении легких (эмфизема), ***книзу*** - при сморщивании верхушек легкого (пневмосклероз, обтурационный ателектаз).

Нижние границы легких перкутируют по ориентировочным линиям: справа начинают от окологрудинной линии и заканчивают по околопозвоночной линии, слева начинают от передней подмышечной и заканчивают по околопозвоночной линии. Перкутируют средней перкуссией сверху вниз (палец-плессиметр располагается горизонтально) по межреберьям (по средне-ключичной линии перкутируют от ключицы, по лопаточной - от угла лопатки) от ясного легочного до тупого звука. Граница легкого отмечается по верхнему краю пальца-плессиметра и обозначается относительно нижнего края ребра. Отсчет ребер производится спереди по краю грудины, сзади - от угла лопатки (она прикрывает VII ребро), снизу от XII ребра или по остистым отросткам позвонков.

30. Техника и правила аускультации легких.

1. Впомещении, где проводится аускультация, должно быть тихо и тепло.

2. По возможности больной занимает вертикальное положение (если позволяет состояние больного), обнажен до пояса.

3. Стетоскоп плотно и герметично прижимают к грудной стенке.

4. В каждой точке аускультации выслушивают 2 -3 дыхательных цикла.

Запомните:

Звуки низкой частотылучше проводятся при использовании стетоскопа без мембраны, особенно с широкой воронкой, и при слабом давлении стетоскопа на кожу.

Звуки высокой частотылучше выслушивать фонендоскопом с мембраной, при сильном давлении его на кожу или стетоскопом с узкой воронкой.

Техника выслушивания легких с помощью стетоскопа или фонендоскопа показана на рис. 1.Последовательность аускультации легких спереди, в боковых отделах и сзади представлена на рис. 2.-3.

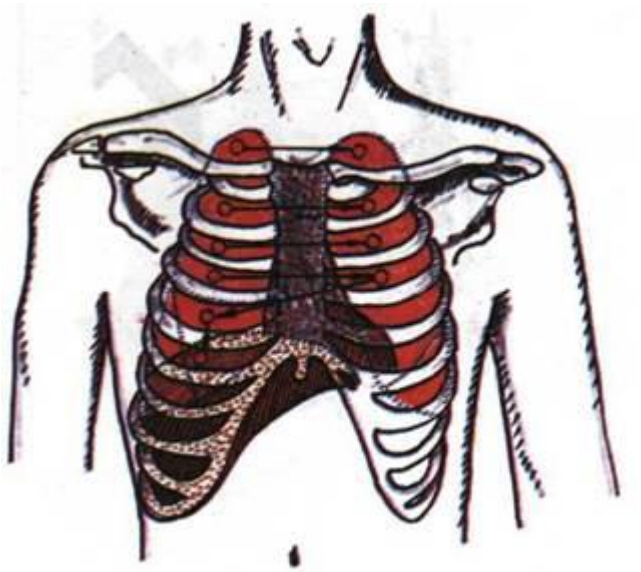


Рис.1

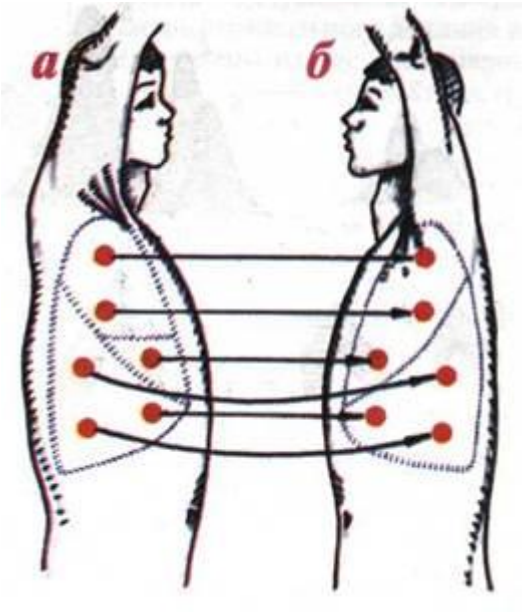


Рис.2..Последовательность выслушивания легких спереди. Схема.

При выслушивании фонендоскоп устанавливается поочередно на симметричных участках грудной клетки справа и слева практически в тех же зонах, что и при проведении сравнительной перкуссии.

Следует помнить, что при проведении аускультации легких в боковых отделах грудной клетки руки больного подняты за голову. При аускультации сзади голова больного слегка опущена, руки скрещены на груди. Перемещение фонендоскопа по грудной клетке следует проводить в последовательности, указанной на рисунках.

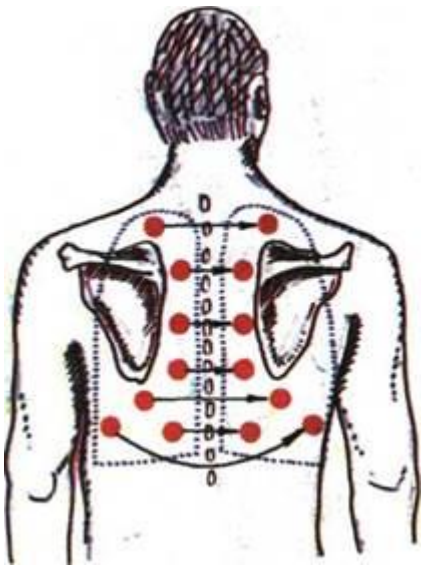


Рис.3. Последовательность аускультации легких сзади. Схема..

Для оценки основных дыхательных шумов проводят выслушивание в указанных зонах на фоне спокойного дыхания больного через нос. При наличии дополнительных дыхательных шумов прибегают к специальным приемам для уточнения характера звуков: просят больного глубоко дышать ртом, выслушивают дыхание на фоне форсированного вдоха и выдоха, после откашливания, лежа на боку или спине, более плотно прижав фонендоскоп, имитируют вдох, используют и другие диагностические приемы.

Обнаруженные изменения дыхания и побочные дыхательные шумы описывают, используя принятые топографические ориентиры на грудной клетке (над-, подключичные области, подмышечные области, над-, меж-, подлопаточные области, уровень соответствующих ребер и т.п.).

31.Масляная клизма. Показания, противопоказания, методика выполнения.

Масляная клизма. **Цель**. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания: упорные запоры; противопоказания к очистительной клизме.

Оснащение. Масло вазелиновое, подсолнечное, оливковое или другое жидкое пищевое масло в количестве 50-100 мл, подогретое до +38 °С на водяной бане; шприц Жане или резиновый баллончик емкостью 50-100 мл; ректальная трубка или катетер, используемый только для постановки клизм; подкладная клеенка и пеленка; стерильная марлевая салфетка; водяная баня; водяной термометр; резиновые перчатки; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Постановка масляной клизмы, алгоритм.

Масло, растекаясь по стенке прямой кишки, обволакивает каловые массы, расслабляет кишечную мускулатуру, что способствует размягчению и выделению кала. Так как эффект наступает через 10- 12 ч, масляную клизму обычно ставят на ночь в палате, подстелив под пациента клеенку и пеленку.

1. Набирают масло, подогретое до температуры +38 °С, в шприц Жане (или резиновый баллончик) в назначенной дозе.

2. Предлагают пациенту лечь на правый бок, согнуть ноги в коленях и подтянуть их к животу.

3. Надевают резиновые перчатки.

4. Ректальную трубку, предварительно смазанную маслом, берут салфеткой и вводят в прямую кишку на 10-15 см (сначала трубка вводится на 3 - 4 см по направлению к пупку, а затем до 10-15 см параллельно копчику).

5. Выпускают из шприца (баллончика) воздух, соединяют его с ректальной трубкой.

6. Медленно толчками вводят масло в прямую кишку.

7. Закончив введение масла, отсоединяют шприц от трубки. Трубку пережимают и извлекают из прямой кишки.

8. Рекомендуют пациенту не двигаться 10 - 15 мин, затем принять удобное положение и лежать до утра (спать).

9. Утром у пациента интересуются, был ли стул.

10. Ректальную трубку, шприц Жане (или баллончик) сразу же после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, далее обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. При строгом постельном режиме положение пациента во время постановки клизмы остается на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами.

32. Подготовка пациента к биохимическому анализу крови

Кровь сдавать утром натощак. Исключить физические и эмоциональные перегрузки, прием алкоголя накануне и курение в течение 1 ч., диагностические и лечебные процедуры до взятия крови.

Допускается сдача крови в течение дня. В этом случае последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3 часа до сдачи крови.

33. Определение отеков у пациента

Показания: исследование системы органов мочевыделения, сердечно-сосудистой, эндокринной системы.

Противопоказания:нет.

Подготовить: кожный антисептик для обработки рук

Подготовка пациента:

1. Пациента раздеть.

2. Предложить лечь на спину или усадить.

Техника выполнения:

1.Выполнить гигиеническую обработку рук, руки согреть.

2.Отеки можно определять на стопах, лодыжках, голенях, крестце.

3.Сдавить большим пальцем мягкие ткани над костными образованиями в течение 3 - 5 секунд.

4.Проверить образование ямки на месте сдавливания. Появление ямки свидетельствует о наличии отека.

5.Определение отёков на лице проводят визуально, при этом уделяют внимание периорбитальной области.

Последующий уход: не требуется.

Возможные осложнения:нет.

Примечания:В норме у здорового человека отеков нет.

34. Определение частоты дыхательных движений у больного с обструктивным бронхитом. Норма. Отклонения.

Цель: оценка состояния сердечно-сосудистой системы и общего состояния пациента

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Оснащение:

Секундомер или часы с секундной стрелкой

Лист наблюдения за пациентом

Алгоритм действий:

1. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его
2. Положить свою руку на лучевую артерию пациента, как для подсчета пульса (чтобы отвлечь внимание пациента)
3. Подсчитать число движений грудной клетки или эпигастральной области за 1 минуту (вдох и выдох считается за 1 дыхательное движение)
4. Внести полученные цифровые данные в лист наблюдения

Примечание:

Частота дыхания у взрослого в норме 16-18 в минуту. Частое дыхание - тахинноэ. Редкое дыхание - брадинноэ

35. Подсчет суточного диуреза у больного с хроническим пиелонефритом.

Цель. Изучение водного обмена в организме. Показания. Нарушение процессов кровообращения и мочевыделения. Оснащение. Банка объемом 3л с этикеткой; горшок с этикеткой; мерная колба; листок учета выпитой жидкости.

Техника измерения суточного диуреза:

1. Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящем исследовании. Подробно объясняют, что завтра утром в 6.00 ему необходимо помочиться в унитаз и подойти к постовой медицинской сестре для измерения массы тела. Все следующие мочеиспускания в течение суток (до утра следующего дня) пациенту необходимо совершать в горшок и переливать в банку.

Последнее мочеиспускание в банку пациенту необходимо сделать в 6.00 утра следующего дня и повторно подойти к постовой медицинской сестре для взвешивания. Кроме того, с завтрашнего утра в течение суток пациенту необходимо учитывать количество выпитой жидкости, а также съеденные фрукты, овощи и жидкие блюда. Количество жидкости по мере ее употребления необходимо записывать в «Листке учета выпитой жидкости». Среднего размера фрукты и овощи принято считать за 100 г жидкости.

2. Через сутки медицинской сестре необходимо измерить количество мочи в трехлитровой банке, подсчитать количество выпитой жидкости и отметить эти данные, а также массу тела пациента до исследования и в его конце в температурном листе в соответствующих графах.

Примечание. Если пациент преклонного возраста или ослаблен, то учет выпитой жидкости ведет сама медицинская сестра.

36. Помощь медицинской сестры при лихорадке в различные периоды на примере больного с крупозной пневмонией.

Принципы ухода за лихорадящими больными в зависимости от стадии (периода) лихорадки можно кратко сформулировать следующим образом:

– в первый период лихорадки необходимо «согреть» больного,

– во второй период лихорадки следует «охладить» больного,

– в третий период необходимо предупредить падение АД и сердечно-сосудистые осложнения.

Помощь в первом периоде лихорадки

Медицинская сестра должна:

1. Обеспечить постельный режим,
2. Тепло укрыть пациента,
3. К ногам положить грелку;
4. Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.),
5. Контролировать физиологические отправления,
6. Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

Помощь во втором периоде лихорадки

Медицинская сестра должна:

1. Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.
2. Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).
3. Заменить теплое одеяло на легкую простыню.
4. Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).
5. На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.
6. При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).
7. Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, а губы смазывать вазелиновым маслом.
8. Питание осуществлять по диете № 13.
9. Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.
10. Проводить профилактику пролежней.

Помощь в третьем периоде лихорадки

При *критическом снижении температуры тела* пациента медицинская сестра должна:

1. Вызвать врача.
2. Приподнять ножной конец кровати и убрать подушку из-под головы.
3. Контролировать АД, пульс.
4. Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.
5. Дать крепкий сладкий чай.
6. Укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки.
7. Следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).

При *литическом снижении температуры тела* пациента медицинская сестра должна:

1. Создать пациенту покой.
2. Контроль Т°, АД, ЧДД, PS.
3. Производить смену нательного и постельного белья.
4. Осуществлять уход за кожей.
5. Перевод на диету № 15.
6. Постепенное расширение режима двигательной активности.

37. Методика забора рвотных масс, промывных вод и мочи для бактериологического исследования.

Оснащение: стерильная сухая посуда (можно прокипятить 3-5 мин) с широким горлом, закрывающаяся резиновой пробкой, тазик для сбора рвотных масс, чашка Петри, ложка для сбора рвотных масс, шпатель, лоток, воронка и толстый зонд, кипяченая вода для сбора первой порции промывных вод, фартук 2 шт., пеленка, стакан кипяченой воды для полоскания рта пациента, бланки направления материала на бактериологическое исследование, перчатки, сухая хлорная известь, растворы антисептика для проведения дезобработки таза, фартука, перчаток, ветошь.

Сбор рвотных масс

Медсестра проводит подготовительный этап сбора рвотных масс. Надевает фартук и чистые перчатки. Таз для сбора рвотных масс ополаскивает водой и обдает кипятком. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить ему цель и ход процедуры.

На дно таза устанавливает половинку чашки Петри. Пациента усаживают на стул, одевают фартук. Раздражают заднюю стенку глотки пациента. При возникновении рвоты медсестра оказывает помощь пациенту: придерживает голову, вытирает пеленкой рот, после выделения рвотных масс подает воду для полоскания рта. Воду при полоскании рта нельзя выплевывать в лоток.

Рвотные массы 50 – 150 мл собирают ложкой из чашки Петри и переносят в посуду с широким горлом, закрыть банку крышкой и обработать поверхность банки салфеткой смоченной в дезинфектанте, салфетку в лоток для отработанного материала. Собранный материал, до доставки в лабораторию, хранить в холодильнике.

Сбор промывных вод желудка

Медсестра проводит подготовительный этап промывания желудка. Выполняет промывание желудка толстым зондом кипяченой водой. На исследование забирают всю первую порцию промывных вод в посуду с широким горлом. После сбора промывных вод закрыть банку крышкой и обработать поверхность банки салфеткой смоченной в дезинфектанте, салфетку в лоток для отработанного материала. Собранный материал, до доставки в лабораторию, хранить в холодильнике. Проводят обеззараживание оставшихся рвотных масс и промывных вод желудка: (200 гр. хлорной извести на 1 кг рвотных масс и промывных вод желудка экспозиция 90 мин). В заключительном этапе манипуляции обеззараживают фартуки, перчатки, таз и салфетки.

Заполняется направление в бактериологическую лабораторию.

38. Взятие мазка из носа и зева. Показания.

Цель. Определение микрофлоры зева.

Показания. Воспалительные заболевания зева.

Оснащение. Стерильный шпатель; стерильная пробирка с пробкой и пропущенным через пробку стержнем с ватным тампоном на конце (готовит бактериологическая лаборатория); направление в бактериологическую лабораторию.

Мазок из зева

1. Осматривают полость рта. Обращают внимание на язык, миндалины, зев. Определяют место взятия отделяемого на исследование.

2. Осторожно придерживая пробку, извлекают стержень из пробирки, не касаясь ее наружных стенок и окружающих предметов. Пробирку ставят в штатив.

3. Левой рукой I, II и III пальцами берут шпатель. Просят пациента открыть рот. Прижимают шпателем язык, вводят тампон в полость рта и снимают отделяемое с определенного места.

4. Осторожно и быстро извлекают тампон из полости рта и, не касаясь наружных стенок пробирки и окружающих предметов, опускают его в пробирку.

5. В направлении указывают время взятия отделяемого.

6. Пробирку с направлением доставляют в лабораторию не позднее 2 ч с момента забора.

7. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

Мазок из носа.

Цель. Исследование микрофлоры носа.

Показания. Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей.

Оснащение. Стерильная пробирка с пробкой и пропущенным через нее стержнем с ватным тампоном на конце, промаркированная буквой «Н»; направление в бактериологическую лабораторию; штатив.

Техника взятия мазка из носа:

1. Усаживают (укладывают) пациента, просят слегка запрокинуть голову.

2. Левой рукой берут из штатива пробирку, а правой извлекают стержень с тампоном. Сделать это нужно аккуратно, не касаясь тампоном окружающих предметов.

3. Пробирку ставят в штатив.

4. Левой рукой приподнимают кончик носа пациента, а правой легкими вращательными движениями вводят тампон в нижний носовой ход с одной стороны, а затем с другой на глубину 1,5 - 2,0 см.

5. Извлекают тампон и быстро опускают в пробирку, не касаясь ее наружных стенок.

6. Отправляют пробирку в бактериологическую лабораторию, указав время взятия мазка.

Примечание. Мазок должен быть доставлен в лабораторию не позднее чем через 2 ч после взятия. Лабораторные исследования относятся к дополнительным методам и являются одной из важнейших частей обследования пациента. В ряде случаев данные лабораторных исследований оказывают решающее значение для постановки диагноза. Результаты дополнительных исследований во многом зависят от правильности подготовки пациентов. Часть исследований проводится всем без исключения пациентам, отдельные исследования осуществляются строго по показаниям в зависимости от диагноза.

39. Техника и правила измерения роста и массы тела. Расчет ИМТ.

Алгоритм измерения роста, массы тела и ИМТ

Оснащение

1. Ростомер.
2. Весы.
3. Перчатки.
4. Одноразовые салфетки.
5. Бумага, ручка

Подготовка и проведение процедуры

6. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (обучению измерения роста, массы тела и определения ИМТ) и получить его согласие.

7. Вымыть и осушить руки.

8. Подготовить ростомер к работе, поднять планку ростомера выше предполагаемого роста, положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента).

9. Попросить пациента снять обувь и встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком.

10. Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.

11. Опустить планку ростомера на голову пациента и определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки.

12. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости — помочь сойти). Сообщить пациенту о результатах измерения, записать результат.

13. Объяснить пациенту о необходимости измерения массы тела в одно и тоже время, на голодный желудок, после посещения туалета.

14. Проверить исправность и точность медицинских весов, установить равновесие (для механических весов) или включить (для электронных), постелить салфетку на площадку весов

15. Предложить пациенту разуться и помочь ему встать на середину площадки весов, провести определение массы тела пациента.

16. Помочь пациенту сойти с площадки весов, сообщить ему результат исследования массы тела, записать результат.

Окончание процедуры

17. Надеть перчатки, снять салфетки с площадки ростомера и весов и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Поверхность ростомера и весов обработать дезинфицирующим раствором однократно или двукратно с интервалом 15 минут в соответствии с методическими указаниями по применению дезинфицирующего средства.

18. Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором,

19. Вымыть и осушить руки.

20. Определить ИМТ (индекс массы тела) — масса тела (в кг) рост (в м 2) Индекс меньше 18,5 — недостаточная масса тела; 18,5 — 24,9 — нормальная масса тела; 25 — 29,9 — избыточная масса тела; 30 — 34,9 — ожирение 1 степени; 35 — 39,9 — ожирение II степени; 40 и больше — ожирение III степени. Записать результат.

21. Сообщить пациенту ИМТ, записать результат.

40. Техника измерения АД

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, постовой температурный лист, ручка.

Алгоритм выполнения манипуляции:

1.Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход манипуляции, получить его согласие.

2.Вымыть, осушить руки.

3.Приготовить все необходимое.

4.Усадить пациента к столу или придать удобное положение, лежа на спине.

5.Уложить руку пациента в разогнутом положении, ладонью вверх.

6.Подложить под локоть сжатую в кулак кисть его свободной руки или полотенце, свернутое в валик.

7.Освободить плечо пациента от рукава одежды.

8.Наложить манжету тонометра на обнаженное плечо на 2-3 см выше локтевого сгиба (на уровне сердца) так, чтобы между ней и плечом проходил 1-2 пальца.

9.Трубки манжеты направить вниз.

10.Проверить положение стрелки тонометра (должна совпадать с «0» отметкой), расположить его на уровне глаз.

11. Пропальпировать пульс в локтевой ямке на плечевой или лучевой артерии.

12.Приложить на место пульсации артерии фонендоскоп, слегка прижимая.

13.Закрыть вентиль на грушевидном баллоне тонометра.

14.Нагнетать в манжету воздух (сжимая грушевидный баллон), пока давление в манжете по показаниям манометра не превысит на 20-30 мм. рт. ст. тот уровень, при котором перестает определяться (выслушиваться) пульсация артерии.

15.Открыть вентиль грушевидного баллона и с постоянной скоростью 2-3 мм рт. ст выпускать воздух из манжеты, одновременно выслушивать фонендоскопом тоны (шумы) Короткова.

16.Отметить показания манометра в момент появления первых последовательных тонов – это соответствует величине систолического артериального давления.

17.Выпускать далее с той же скоростью воздух из манжеты, выслушивать ослабевающие тоны Короткова.

18.Отметить момент исчезновения (а не их приглушения) тонов Короткова – это соответствует величине диастолического артериального давления.

19.Выпускать воздух из манжеты, выслушивая тоны Короткова, до уровня давления в манжете равному «0».

20.Дать возможность пациенту отдохнуть 1-2 мин.

21.Измерить артериальное давление повторно.

22.Снять манжету, придать пациенту удобное положение (сидя или лежа).

23.Записать полученные данные в постовой температурный лист (дробью), сообщить их пациенту.

24.Вымыть, осушить руки.

4. Критерии и шкалы для интегрированной оценки уровня сформированности компетенций

Индикаторы компетенции	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже Минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок.
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами.	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественным недочетами, выполнены все задания в полном объеме.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач.	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам.	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

4.1 Критерии оценки дифференцированного зачета по учебной практике ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

При определении оценки необходимо исходить из следующих критериев:

Оценка ответа обучающегося при письменном опросах проводится по пятибалльной системе, т.е. за ответ выставляется одна из отметок: 1 (плохо), 2 (неудовлетворительно), 3 (удовлетворительно), 4 (хорошо), 5 (отлично).

Тест оценивается следующим образом:

«5» - 90-100% правильных ответов на вопросы;

«4» - 80-89% правильных ответов на вопросы;

«3» - 70-79% правильных ответов на вопросы;

«2» - 0-69% правильных ответов на вопросы.

При определении оценки необходимо исходить из следующих критериев:

- сумма знаний, которыми обладает студент (теоретический компонент – системность знаний, их полнота, достаточность, действенность знаний, прочность, глубина и др. критерии оценки);

- понимание сущности педагогических явлений и процессов и их взаимозависимостей; - умение видеть основные проблемы (теоретические, практические), причины их возникновения; - умение теоретически обосновывать возможные пути решения существующих проблем (теории и практики).

Оценка «отлично»: 5 баллов

Ответы на поставленные вопросы в билете излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Делаются обоснованные выводы. Соблюдаются нормы литературной речи.

Оценка «отлично» предполагает глубокое знание всего курса, понимание всех явлений и процессов, умение грамотно оперировать медицинской терминологией. Ответ студента на каждый вопрос билета должен быть развернутым, уверенным, ни в коем случае не зачитываться дословно, содержать достаточно четкие формулировки. Такой ответ должен продемонстрировать знание материала лекций, базового учебника и дополнительной литературы. Оценка «отлично» выставляется только при полных ответах на все основные и дополнительные вопросы.

Оценка 5 («отлично») ставится студентам, которые при ответе:

- обнаруживают всестороннее систематическое и глубокое знание программного материала;

- демонстрируют знание современной учебной и научной литературы;

- способны творчески применять знание теории к решению профессиональных задач;

- владеют понятийным аппаратом;

- демонстрируют способность к анализу и сопоставлению различных подходов к решению заявленной в билете проблематики;

Оценка «хорошо»: 4 балла

Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

Оценка «хорошо» ставится студенту за правильные ответы на вопросы билета, знание основных характеристик раскрываемых вопросов в рамках рекомендованного

учебниками и положений, данных на лекциях. Обязательно понимание взаимосвязей между явлениями и процессами, знание основных закономерностей.

Оценка 4 («хорошо») ставится студентам, которые при ответе: -обнаруживают твёрдое знание программного материала; - усвоили основную и наиболее значимую дополнительную литературу; - способны применять знание теории к решению задач профессионального характера; - допускают отдельные погрешности и неточности при ответе.

Оценка «удовлетворительно»: 3 балла

Допускаются нарушения в последовательности изложения. Демонстрируются поверхностные знания вопроса. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

Оценка 3 («удовлетворительно») ставится студентам, которые при ответе:

- в основном знают программный материал в объёме, необходимом для предстоящей работы по профессии;
- в целом усвоили основную литературу;
- допускают существенные погрешности в ответе на вопросы экзаменационного билета. Оценка «удовлетворительно» предполагает ответ только в рамках лекционного курса. Как правило, такой ответ краток, приводимые формулировки являются недостаточно четкими, нечетки, в ответах допускаются неточности. Положительная оценка может быть поставлена при условии понимания студентом сущности основных категорий по рассматриваемому и дополнительным вопросам.

Оценка «неудовлетворительно»: 2 балла

Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний. Оценка «неудовлетворительно» предполагает, что студент не разобрался с основными вопросами изученных в процессе обучения, не понимает сущности процессов и явлений, не может ответить на простые вопросы. Оценка «неудовлетворительно» ставится также студенту, списавшему ответы на вопросы и читающему эти ответы экзаменатору, не отрываясь от текста, а просьба объяснить или уточнить прочитанный таким образом материал по существу остается без ответа.

Оценка 2 («неудовлетворительно») ставится студентам, которые при ответе:

- обнаруживают значительные пробелы в знаниях основного программного материала;
- допускают принципиальные ошибки в ответе на вопросы экзаменационного билета.

Критерии оценки дифференцированного зачета

№	Дисциплина	Баллы максимальные
1	Решение тестовых заданий	35
2	Оценка представленных лабораторных методов исследования	5
3	Определение словам	10
	Итог	50

Инструкция для преподавателя

45-50 баллов	90-100%	Отлично
40-44 баллов	80-89 %	Хорошо
35-39 баллов	70-79%	Удовлетворительно
Менее 35 баллов	Менее 70 %	Неудовлетворительно

Оценки объявляются в день проведения дифзачёта.

4.2. Критерии оценки дифференцированного зачета по производственной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

№	Дисциплина	Баллы максимальные
1	Защита истории болезни	10
2	Манипуляционная техника	5
	Итог	15

Инструкция для преподавателя

15-14 баллов	90-100%	Отлично
13-12 баллов	80-89 %	Хорошо
11 баллов	70-79%	Удовлетворительно
Менее 11 баллов	Менее 70 %	Неудовлетворительно

Критерии оценки защиты истории болезни

Критерии	Баллы
Жалобы, анамнез в полном объеме, правильно.	3
Жалобы, анамнез собраны с незначительными ошибками.	2
Жалобы, анамнез со значительными нарушениями, не в полном объеме.	1
Жалобы, анамнез собраны неправильно	0
Объективное обследование проведены в полном объеме	3
Объективное обследование проведены с незначительными ошибками.	2
Объективное обследование проведены со значительными нарушениями, не в полном объеме.	1
Объективные обследования не проведены	0
План дополнительных исследований составлен с учетом стандартов	3
План дополнительных обследований составлен с незначительными ошибками.	2
План дополнительных обследований составлен с ошибками	1
План дополнительны обследований не составлен	0
Принципы лечения и профилактики соблюдены	1
Принципы лечения и профилактики не соблюдены	0

Критерии оценки манипуляционной техники

Критерии	Баллы
Рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке	5

для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;	
Рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;	4
Рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;	3
Затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами	2

Оценки объявляются в день проведения зачета

ШАБЛОН бланка дифференцированного зачёта по учебной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Рассмотрено на заседании	Утверждаю:
ЦМК ЛД:	Зам. директора по учебной работе:
_____	_____
«___» _____20__ г.	«___» _____20 __ г.

Дифференцированный зачёт по учебной практике по ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

Специальность: 31.02.01 «Лечебное дело»

Вариант ___

Результаты освоения программы: овладение профессиональными компетенциями:

ПК 2.1-ПК 2.4

Общие компетенции: ОК 1-ОК 9

Инструкция по выполнению работы

Внимательное прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики, в условиях имитирующих стационар на муляже или фантоме. Можете использовать учебные таблицы.

Время выполнения задания – 50 минут.

<u>Часть А: Выберите один верный ответ</u>

1. Основная причина развития острого бронхита:

а) алкоголизм
б) курение
в) ОРВИ
г) переохлаждение

2. Основная причина развития хронического бронхита:

а) курение
б) ОРВИ
в) переохлаждение
г) гиповитаминоз

3. Данные аускультации при бронхите:

а) бронхиальное дыхание
б) крепитация
в) сухие и влажные хрипы
г) шум трения плевры …

Часть B: Оцените представленный общий клинический анализ мочи

Показатель	**Результат**
Удельный вес	1,024
Белок	0,33 г/л
Лейкоциты	7-8 в поле зрения
Эритроциты	Сплошь в поле зрения

Часть C: Дайте определение следующим словам

1. Гастрит – …
2. Ишемия – …
3. Анемия – …

ШАБЛОН бланка дифференцированного зачёта
по производственной практике ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Рассмотрено на заседании	Утверждаю:
ЦМК ЛД:	Зам. директора по учебной работе:
_____	_____
«___» _____20__ г.	«___» _____20 __ г.

Дифференцированный зачёт по производственной практике ПМ 02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Тема 2 Диагностика и лечение в терапии

Специальность: 31.02.01 «Лечебное дело»
Вариант ___

Результаты освоения программы: овладение профессиональными компетенциями:
ПК 2.1-ПК 2.4.
Общие компетенции: ОК 1-ОК 9

Инструкция по выполнению работы
Внимательное прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики, в условиях имитирующих стационар на муляже или фантоме. Можете использовать учебные таблицы.
Время выполнения задания – 25 минут.

Билет 1

1. Защита истории болезни.

2. Продемонстрируйте технику измерения артериального давления

Подпись преподавателя _____

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутренние болезни учебник/ под ред В.С. Моисеева. 3–е издание. - М. : ГЭОТАР-Медиа,2 тома,2019

2. Пропедевтика клинических дисциплин . сборник заданий: задачник Л.С.Фролькис.- М,: КНОРУС,2019

3. Диагностика инфекционных заболеваний: МДК01.01 Пропедевтика клинических дисциплин/А.К. Белоусова. – Ростов н/Д: Феникс, 2019

4. Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. училищ и колледжей / Б. И. Зудин, Н. Г. Кочергин, А. Б. Зудин. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970437773.html

5. Инфекционные болезни. [Электронный ресурс] : учебник / Н. Д. Ющук, Г. Н. Кареткина, Л. И. Мельникова. - 5-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970434673.htm

6. Психические болезни с курсом наркологии [Электронный ресурс] : учебник / Ю.Г. Тюльпин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970429723.html